

Netwerk in onderhoud

Netwerkontwikkeling voor
zorg en welzijn



Noordhoff

Lineke Verkooijen, Quinta Ansem,
Ron Weber

3^e editie

Netwerk in onderhoud

Netwerkontwikkeling voor zorg en welzijn

Lineke Verkooijen
Quinta Ansem
Ron Weber

Derde editie
Noordhoff

Ontwerp omslag: Michiel Uilen

Omslagillustratie: Rawpixel, iStockphoto

Eventuele op- en aanmerkingen over deze of andere uitgaven kunt u richten aan:
Noordhoff Uitgevers bv, Afdeling Hoger Onderwijs, Antwoordnummer 13, 9700 VB
Groningen of via het contactformulier op www.mijnnoordhoff.nl.

De informatie in deze uitgave is uitsluitend bedoeld als algemene informatie. Aan deze informatie kunt u geen rechten of aansprakelijkheid van de auteur(s), redactie of uitgever ontleenen.

0 / 25



©2025 Noordhoff Uitgevers bv, Groningen/Utrecht, Nederland

Alle rechten voorbehouden. Tekst- en datamining niet toegestaan.

All rights reserved. Text- and datamining not permitted.

ISBN(ebook) 978-90-01-14129-5

ISBN 978-90-01-14128-8

NUR 752

Woord vooraf

Nederland was decennia lang een verzorgingsstaat: de overheid had de primaire verantwoordelijkheid voor het welzijn van haar burgers. Hiervoor werden onder meer zorg- en welzijnsorganisaties ingezet. Sinds 1 januari 2015 is de verzorgingsstaat in Nederland formeel losgelaten.

Sindsdien wordt gewerkt aan een samenhangend lokaal beleid om participatie van alle burgers mogelijk te maken en te bevorderen, uitgevoerd dicht bij de burger door een daarvoor goed toegeruste gemeente. Daarbij is het uitgangspunt dat pas als het mensen niet lukt op eigen kracht of met hulp uit de sociale omgeving 'mee te doen', de professionals een verantwoordelijkheid hebben om burgers te ondersteunen. De nadruk ligt dus niet meer zoals bij de verzorgingsstaat op het realiseren van welzijn van alle burgers, maar op het realiseren van participatie of 'meedoen'. Daarom wordt ook wel gezegd dat Nederland een participatiesamenleving is geworden. De overheid neemt nog maar voor een beperkt deel de verantwoordelijkheid voor het welzijn van de burgers op zich, en richt zich op het uitvoeren van kerntaken en een gegarandeerd minimum aan bestaanszekerheid.

Deze verandering heeft verregaande betekenis voor de zorg- en welzijnssector gehad. Er wordt veel van de burger zelf verwacht terwijl ook de professional in zorg en welzijn een andere rol heeft gekregen. De grote vraag is of er sprake zal zijn van duurzaamheid. Of de onzekerheid die elke grote verandering met zich meebrengt niet zal gaan leiden tot een teruggrijpen naar oude werkwijzen en overtuigingen.

Dit boek *Netwerk in onderhoud* probeert een handreiking te zijn voor huidige en toekomstige werkers in de zorg- en welzijnssector bij het realiseren van een verandering die door hulpverleners én hulpvragers als positief wordt ervaren. Centraal in dit boek staat het begrip netwerkontwikkeling, of de aandacht voor de rol van het sociale netwerk van een of meerdere individuen die zorg, hulp of steun nodig hebben.

Het boek is opgebouwd uit drie delen:

- 1 Netwerkontwikkeling en ondersteuning binnen eigen kring
- 2 Ondersteuning door bijzondere netwerkleden
- 3 Netwerkontwikkeling als professionele opdracht

In het eerste deel wordt vooral aandacht besteed aan wat een sociaal netwerk is, wat de functies zijn van een sociaal netwerk en hoe en waarom mensen aan het netwerk worden toegevoegd of uit het netwerk verdwijnen.

In het tweede deel gaat het over de bijzondere netwerkliden die soms voor korte, soms voor langere tijd aan een sociaal netwerk worden toegevoegd. Met bijzondere netwerkliden worden in dit boek professionals en vrijwilligers bedoeld, onder wie bijvoorbeeld ook de ervaringsdeskundigen vallen.

In het derde deel wordt netwerkontwikkeling als professionele opdracht nader uitgewerkt, met aandacht voor de kracht van het netwerk, persoonsgerichte netwerkondersteuning en omgevingsgerichte netwerkondersteuning.

Het eerste hoofdstuk is een algemeen hoofdstuk met achtergrondkennis. Centraal hierin staat de ontwikkeling van onze samenleving van een echte verzorgingsstaat naar een meer voorwaardenscheppende staat. In de derde druk is dit hoofdstuk volledig op de schop gegaan. De meest recente en verwachte ontwikkelingen voor de zorg- en welzijnssector zijn erin verwerkt. Uiteraard is dit ook in de rest van het boek doorgetrokken. Netwerkontwikkeling betekent nog meer dan voorheen: 'Netwerk in onderhoud'.



Op **www.studiemeester.noordhoff.nl** is tevens online-materiaal beschikbaar.

We hopen dat de lezer net zoveel plezier aan het lezen van dit boek zal beleven als wij aan het schrijven ervan.

De auteurs,

Lineke Verkooijen
Quinta Ansem
Ron Weber

Inhoud

1	Samen leven	9
1.1	Samenleven en samen <i>leven</i>	10
1.2	Zorg- en welzijnssector in Nederland	11
1.3	Ordering in zorg en welzijn	12
1.4	Nederland als verzorgingsstaat	18
1.5	Werken aan een participatiesamenleving	21
1.6	Nederland als voorwaardenscheppende staat?	25
1.7	Betekenis maatschappelijke ontwikkelingen voor zorg en welzijn	27
	Samenvatting	31
	Kernbegrippen	32
	Verwerkingsopdrachten	37

DEEL 1 NETWERKONTWIKKELING EN ONDERSTEUNING BINNEN EIGEN KRING 41

2	Het leven van het eigen leven	43
2.1	Eigen leven	44
2.2	Zelfbeschikking	44
2.3	Eigen kracht	48
2.4	Eigen regievoering	50
2.5	Individuele diversiteit	53
2.6	Persoonlijk of sociaal netwerk	54
2.7	Persoonlijk netwerk als sociaal kapitaal	57
	Samenvatting	61
	Kernbegrippen	62
	Verwerkingsopdrachten	67
3	Ondersteuning bij het leven van het eigen leven	71
3.1	Steun geven of krijgen	72
3.2	Ervaren kwaliteit van leven	72
3.3	Eigen netwerk ontwikkelen	76
3.4	Rollen binnen de steunfunctie van het netwerk	80
3.5	Steunfunctie van het netwerk aanwenden	83
3.6	Hulp bij het aanwenden van de steunfunctie	86
	Samenvatting	90
	Kernbegrippen	91
	Verwerkingsopdrachten	95

DEEL 2 ONDERSTEUNING DOOR BIJZONDERE NETWERKLEDEN 99

- 4 Paradigmashift 101**
 - 4.1 Dingen veranderen 102
 - 4.2 Van oud naar nieuw paradigma 102
 - 4.3 Hulpverleners- en hulpvragersperspectief 104
 - 4.4 Zeggenschap 108
 - 4.5 Invloed of inspraak van hulpvrager(s) op het aanbod 111
 - 4.6 Participatie 115
 - 4.7 Paradigmashift en de professionele opdracht 118
 - Samenvatting 121
 - Kernbegrippen 123
 - Verwerkingsopdrachten 126
- 5 Generieke competenties van bijzondere netwerkleiden 129**
 - 5.1 Nieuwe competenties 130
 - 5.2 Hulpverleningsprocessen 130
 - 5.3 Hulpverleningsprocessen en nieuwe competenties 136
 - 5.4 Aanbod van steun, zorg of hulp 138
 - 5.5 Informeren en uitnodigen tot invloed 140
 - 5.6 Omgaan met de vraag 141
 - 5.7 Organiseren van steun, zorg of hulp 147
 - Samenvatting 148
 - Kernbegrippen 149
 - Verwerkingsopdrachten 152

DEEL 3 NETWERKONTWIKKELING ALS PROFESSIONELE OPDRACHT 155

- 6 Kracht van het netwerk 157**
 - 6.1 Verbinding 158
 - 6.2 Over netwerkontwikkeling en netwerkondersteuning 159
 - 6.3 Een krachtig sociaal netwerk 161
 - 6.4 Netwerkondersteuning 165
 - 6.5 Professionele opdracht nader beschouwd 167
 - 6.6 Kracht van het netwerk vaststellen 171
 - Samenvatting 177
 - Kernbegrippen 179
 - Verwerkingsopdrachten 183

7	Omgevingsgerichte en persoonsgerichte netwerkondersteuning	187
7.1	Hulp nodig	188
7.2	Hulpvraag als vertrekpunt	188
7.3	Bereidheid, beschikbaarheid en vaardigheid netwerkliden	190
7.4	Kritieke succesfactoren netwerkondersteuning	193
7.5	Omgevingsgerichte netwerkondersteuning	198
7.6	Persoonsgerichte netwerkondersteuning	204
7.7	Inclusieve samenleving als opbrengst	209
	Samenvatting	211
	Kernbegrippen	213
	Verwerkingsopdrachten	216
	Literatuurlijst	219
	Illustratieverantwoording	223
	Register	224
	Over de auteurs	228



Samen leven

Jij, de lezer, wij, de schrijvers, en alle andere mensen leven in een samenleving. De meesten van ons leven ook samen met anderen. Jij misschien ook wel. Waarschijnlijk heb je al eens moeten nadenken over wat jij wel of niet leuk vindt aan samen leven, of aan wat je belangrijk vindt. Wat vind je echt niet leuk? En wat vind jij het allerbelangrijkste? Met elkaar samen leven kent meerdere invalshoeken die alle van invloed kunnen zijn op netwerkontwikkeling.

1

- 1.1 Samenleven en samen *leven* 10
- 1.2 Zorg- en welzijnssector in Nederland 11
- 1.3 Ordening in zorg en welzijn 12
- 1.4 Nederland als verzorgingsstaat 18
- 1.5 Werken aan een participatiesamenleving 21
- 1.6 Nederland als voorwaardenscheppende staat? 25
- 1.7 Betekenis maatschappelijke ontwikkelingen voor zorg en welzijn 27

1.1 Samenleven en samen *leven*

Samen leven kan heel letterlijk vorm krijgen in 'samen wonen'. Bijvoorbeeld in een studentenhuis met ieder een eigen kamer of wonen bij je ouders. Ook als je alleen woont, leef je vaak samen met anderen. Je zit met bekenden op een sportclub, je volgt met je medestudenten hetzelfde college of doet samen een schoolopdracht en je gaat chillen met vrienden.

Misschien heb je inmiddels opgemerkt dat we twee woorden gebruiken:

- samenleving
- samen leven

Eigenlijk gaat het om het verschil tussen *samenleven* en *samen leven*. Bij *samenleven* heb je, of je het leuk vindt of niet, met andere mensen te maken. Je bent een onderdeel van een collectief, wat we ook wel een maatschappij noemen. Bij *samen leven* heb je min of meer een keus. Wil ik met die partner de volgende stap zetten of ga ik toch eerst voor latten? Wil ik in dat studentenhuis wonen? Of nog bij mijn ouders blijven? Of juist alleen wonen? Min of meer een keus, want met omstandigheden zoals woningnood zijn deze voorbeelden niet altijd een vrije keuze. Soms moet je met elkaar wonen terwijl je dat helemaal niet wilt, een soort gedwongen *samenleven*. Bij *samenleven* is het daarom ook belangrijk om tijd te besteden aan het voorkomen van irritaties. Maar ook als je niet gedwongen samen leeft kunnen irritaties ontstaan, ook al ben je meestal vooral bezig om samen iets moois van je leven te maken.

Om irritaties te voorkomen en goed samen te kunnen leven zijn de volgende dingen heel belangrijk:

- ontmoeten, de ander (willen) kennen
- respect en rekening houden met elkaar
- elkaar helpen als dat nodig is

Samen leven doen we grofweg op drie niveaus:

- 1 gezin, familie, vrienden, dus met de mensen waar je nauw bij betrokken bent
- 2 wijk/buurt/bubbel, dus met de mensen die wat meer op afstand van je staan, maar die je nog wel min of meer kent
- 3 maatschappij, dus met al die mensen, waarvan je de meesten niet kent, maar waarvoor wel dezelfde afspraken en regels gelden

Alles is altijd aan verandering onderhevig. Niets blijft zoals het was. Dat geldt ook voor de afspraken en regels in een *samenleving*.

We leven op dit moment in een *samenleving* met grote *diversiteit* waarin veel gebeurt en waarin veranderingen soms heel snel gaan. Ook als het om

de zorg- en welzijnssector gaat. Dit kan onzekerheid geven bij burgers, maar ook bij professionals en leidinggevenden. Om duurzame, toegankelijke en betaalbare steun, zorg of hulp te garanderen en te blijven garanderen, moet deze meer dan ooit tevoren samen georganiseerd worden. Samen met degenen die de steun, zorg of hulp nodig hebben, samen met informele ondersteuners en samen met professionals van andere organisaties. De rollen van professionals en leidinggevenden blijven hierdoor veranderen. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op belangrijke maatschappelijke veranderingen en ontwikkelingen die van invloed zijn of zijn geweest op de huidige zorg- en welzijnssector. Inzicht in deze ontwikkelingen is nodig voor een goed begrip van de overige hoofdstukken.

1.2 Zorg- en welzijnssector in Nederland

Hoewel de zorgsector en de welzijnssector vaak apart benoemd worden, is het toch lastig om precies aan te geven waarin ze van elkaar verschillen. Bovendien lijken ze op sommige punten in elkaar over te gaan of hetzelfde te beogen. Toch doen we een poging.

Beide sectoren willen een bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven van mensen.

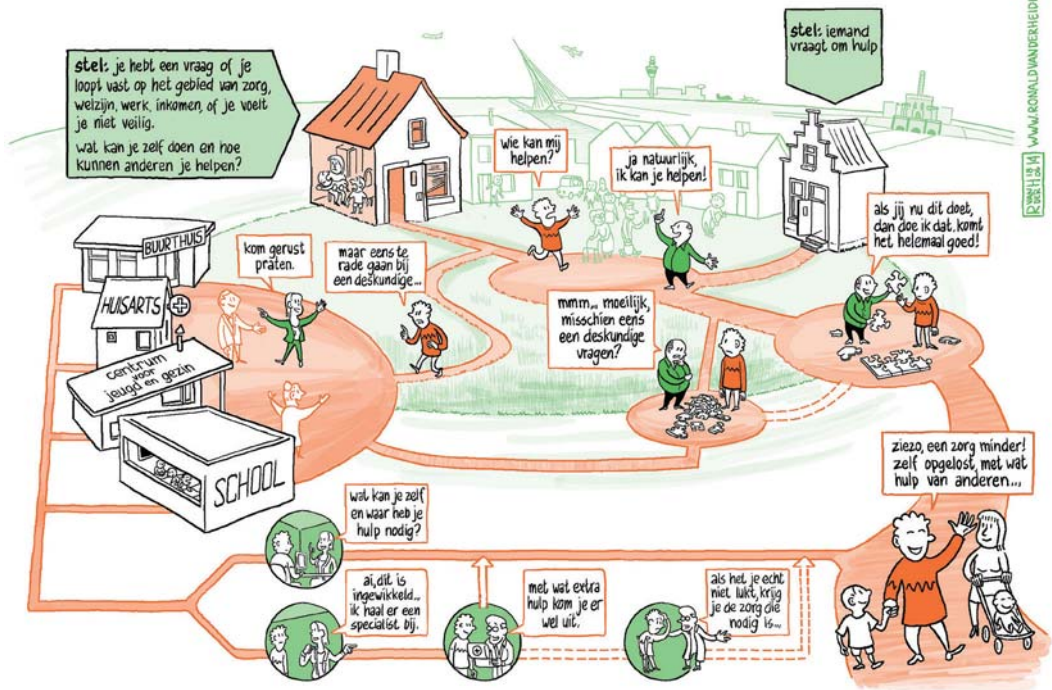
De welzijnssector of welzijnzorg is vooral gericht op het welzijn van de samenleving en van individuele burgers daarin, ofwel de kwaliteit van *samenleven*. De normen en waarden met daarvan afgeleide afspraken en regels van dit *samenleven* worden in de welzijnzorg vooral bepaald door het politieke klimaat. Immers de politiek maakt de wetten, dus de afspraken en regels.

De zorgsector of de gezondheidszorg is vooral gericht op de gezondheid van individuen en van daaruit op de kwaliteit van leven van het individu. De gezondheidszorg handelt vooral vanuit de eigen professionele en/of wetenschappelijke kennis over gezondheid en ziekte en draagt op basis daarvan bij aan kwaliteit van leven.

Uit onderzoek is inmiddels duidelijk geworden dat welzijn en gezondheid onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Zo blijkt bijvoorbeeld dat door een kwalitatief goede welzijnzorg, de vraag naar gezondheidszorg afneemt.

In dit boek maken we geen strikt onderscheid tussen de zorgsector en de welzijnssector wanneer dit geen toegevoegde waarde heeft.

Figuur 1.1 Complexiteit zorg- en welzijnssector



De zorg- en welzijnssector in Nederland is behoorlijk complex georganiseerd. Om toch grip op de materie te krijgen, gebruikt men vaak ordeningsprincipes.

1.3 Ordening in zorg en welzijn

Om grip te krijgen op complexe zaken is indeling of ordening een goed hulpmiddel. Veel dingen kunnen echter op verschillende manieren geordend worden. Denk bijvoorbeeld aan een bibliotheek met duizenden boeken. Het is heel lastig om het juiste boek te vinden zonder enige vorm van ordening. Als ze op alfabet worden gezet, wordt het al een stuk simpeler. Het ene principe past overigens wel beter bij een bepaald doel dan het andere. Een bibliotheek met boeken gerangschikt op kleur kan er prachtig uitzien, maar is minder geschikt voor het vinden van dat ene boek.

Orderings-
principes

Orderingsprincipes helpen dus om complexe systemen op een rijtje te krijgen en ze daarmee beter te overzien en te doorgronden. Dit geldt ook voor de zorg- en welzijnssector.

Orderingsprincipes voor steun, zorg of hulp (hierna kortweg aangeduid als *zorg*), zijn bijvoorbeeld te onderscheiden op basis van:

- doel van de zorg
- degene die de zorg verleent
- afstand tussen zorggebruiker en zorgverlener
- plaats waar de zorg gegeven wordt
- zorgduur

Om de verschillende soorten zorg overzichtelijk op een rijtje te krijgen zijn er dus meerdere invalshoeken. In de volgende vijf paragrafen beschrijven we deze invalshoeken met de bijbehorende soorten zorg.

1.3.1 Ordeningsprincipe: doel van de zorg

De zorgsector kent op hoofdlijnen de volgende vijf doelen:

Positieve zorg	1 <i>Positieve zorg</i> , of zorg die gericht is op het bewerkstelligen van gezondheids- of welzijnsbevorderend gedrag bij de Nederlandse inwoners. Voorbeelden hiervan zijn de promotie van gezonde voeding en gefinancierde welzijnsinitiatieven.
Preventieve zorg	2 <i>Preventieve zorg</i> , of zorg die gericht is op het voorkomen of minimaliseren van de gevolgen van ziekte of (welzijns)beperkingen. Voorbeelden hiervan zijn het verplichten van fietshelmen, ontmoetingsplekken inrichten om eenzaamheid te voorkomen en bevolkingsonderzoeken voor het vroegtijdig opsporen van kanker.
Curatieve zorg	3 <i>Curatieve zorg</i> , of zorg die gericht is op het herstel van ziekte/(welzijns)beperkingen of het aanpakken en oplossen van problemen. Voorbeelden hiervan zijn het operatief verwijderen van een ontstoken blindedarm en schuldhulpverlening.
Palliatieve zorg	4 <i>Palliatieve zorg</i> , of zorg die gericht is op het realiseren van een zo optimaal mogelijk leven met een ziekte en/of beperking. Herstel is niet meer mogelijk. Pijnstilling bij chronische pijn is een voorbeeld hiervan.
Terminale zorg	5 <i>Terminale zorg</i> , of zorg die gericht is op het realiseren van een zo humaan mogelijk levenseinde.

Deze indeling kent zijn oorsprong in de geneeskunde. Vooral de *behandeling* van een ziekte of beperking staat centraal. Gevolg hiervan is dat bijvoorbeeld langdurige of blijvende thuiszorg voor ouderen lastig te plaatsen is in deze indeling. Formeel zou dit type thuiszorg kunnen vallen onder palliatieve zorg, maar in de praktijk wordt deze term meestal niet verbonden aan thuiszorg voor ouderen. Ook veel welzijnsactiviteiten zijn (nog) niet goed onder te brengen bij palliatieve of terminale zorg, hoewel er steeds meer aanwijzingen zijn dat dit een kwestie van tijd is. Zo stimuleert de overheid via subsidies nu ook expliciet welzijnsinitiatieven in de laatste levensfase.

Het lastige van het woord 'zorg' is dat het zoveel kan betekenen. In 2024 omvat 'zorg' volgens de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet zorg en dwang (Wzd): *bejegening, verzorging, verpleging, behandeling, begeleiding, bescherming, beveiliging, en onvrijwillige zorg*. Deze betekenis is ook van toepassing voor de Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet.

Als je uitsluitend naar het doel kijkt, zijn er grofweg twee soorten zorg:

- 1 Je ervoor inspanssen en bereiken dat iets er is of komt, bijvoorbeeld: ik zorg ervoor dat jouw been weer bruikbaar wordt of ik zorg ervoor dat je je financiën weer op orde hebt.
- 2 Aandacht en zorg geven aan iemand, bijvoorbeeld: ik zorg voor jou zolang je been in het gips zit of zolang je je financiën niet op orde hebt.

Behandelkunde
Verzorgkunde

Het eerste type zorg is gericht op behandelen (zie punt 1), je zou het ook *behandelkunde* kunnen noemen, het tweede type is gericht op verzorgen (zie punt 2) of *verzorgkunde*.

1.3.2 Ordeningsprincipe: degene die de zorg verleent

Alle mensen hebben op enig moment in hun leven zorg nodig. Als kind word je verzorgd door je ouders. Als volwassene ben je de ene keer degene die de zorg geeft, de andere keer degene die de zorg krijgt. Zorg kan dus door verschillende mensen worden gegeven.

In dit kader spreken we van:

- | | |
|--------------------|---|
| Zelfzorg | • <i>Zelfzorg</i> ; degene die zorgt, is dezelfde persoon als degene die de zorg ontvangt. |
| Gebruikelijke zorg | • <i>Gebruikelijke zorg</i> ; degene die zorgt, is een huisgenoot van degene die de zorg krijgt. |
| Mantelzorg | • <i>Mantelzorg</i> ; dit is zorg door en voor mensen uit het eigen sociale netwerk. Achter het geven van mantelzorg als zodanig staat doorgaans geen organisatie. |
| Vrijwilligershulp | • <i>Vrijwilligershulp</i> ; dit is zorg door mensen die hiervoor geen of een beperkte vergoeding ontvangen. Deze zorg wordt veelal vanuit een organisatie ondersteund. |
| Professionele zorg | • <i>Professionele zorg</i> ; dit is zorg die verleend wordt door iemand die daarvoor een opleiding heeft gevolgd en daarvoor een salaris ontvangt. |

Samenzorg

Tegenwoordig lijkt het begrip mantelzorger soms een nieuwe en/of bredere betekenis te hebben gekregen. *Samenzorg* is een nieuwe vorm van mantelzorg, waarbij een groep mensen gaat samenwonen, veelal in eigen wooneenheden, die beloven voor elkaar te zorgen. Gebruikelijke zorg is onderdeel van de mantelzorg geworden en mantelzorg wordt meer en meer georganiseerd, al dan niet met mensen uit het eigen sociale netwerk

en/of vrijwilligers. Zo proberen sommige zorgorganisaties of gemeenten mantelzorgers te 'verplichten' om een afgesproken aantal uur zorg te geven aan een specifieke cliënt. Ook kun je via je zorgverzekering soms aanspraak maken op vervangende mantelzorgers als je zelf even niet kunt.

Langzamerhand lijkt dit ordeningsprincipe beperkt te zijn tot betaalde en onbetaalde zorg.

Prof. dr. J. C. M. Hattinga Verschure bedacht in 1972 het woord mantelzorg. Hij omschrijft het als:

Zorg in een kleine groep, waarin de leden onderling in relatie staan, op basis van emotionele banden. Deze vorm van zorgverlening geschiedt op basis van stilzwijgende bereidheid tot wederkerigheid. Ieder individu van de groep kan zowel zorgverlener als zorgontvanger zijn.

Dit kun je lezen in zijn boek *Het verschijnsel zorg*.

1.3.3 Ordeningsprincipe: afstand tussen zorggebruiker en zorgverlener

Een andere indeling heeft te maken met de afstand tussen zorggebruiker en zorgverlener. *Hoe kun je als zorggebruiker bij de juiste zorgverlener komen?*

Echelons

Bij dit ordeningsprincipe is er sprake van een soort rangorde, ook wel *echelons* genoemd. In het verleden werden er vier echelons onderscheiden. Het nulde echelon of nuldelijnszorg, het eerste echelon of eerstelijnszorg, het tweede echelon of tweedelijnszorg en het derde echelon of derdelijnszorg. Het nulde echelon ben je zelf en/of je naaste(n). Via het eerste echelon kon je bij het tweede echelon komen en via het tweede echelon bij het derde.

Poortwachtersfunctie

Deze indeling in echelons komt van oorsprong ook uit de gezondheidszorg net als die van het doel van de zorg. Echelon-denken komt uit de jaren zeventig van de vorige eeuw met als uitgangspunt: lichte hulp waar mogelijk, zwaardere hulp waar nodig en op doorverwijzing. Zeker de eerstelijnszorg, en vooral de huisarts, zou een soort *poortwachtersfunctie* moeten vervullen. Zo waakt de eerstelijnszorg over de toegang tot de hogere echelons. Dit vooral om overconsumptie van zorg tegen te gaan en zo de zorg betaalbaar te houden. Dit is niet echt gelukt. Echelonering blijkt bovendien samenwerking tussen hulpverleners van verschillende echelons lastig te maken. Dit geldt voor professionals en zorgorganisaties, maar ook

Ervarings- deskundigen

voor vrijwilligers, mantelzorgers en *ervaringsdeskundigen*. En de burger kan verloren raken in de kluwen van zorg- en welzijnsvoorzieningen.

Op dit moment is de volgende indeling te herkennen:

Nuldelijnszorg

- In de *nuldelijnszorg* gaat het alleen om zelfzorg en onbetaalde mantelzorg. Er is geen sprake van betaalde en/of professionele zorg.

Halfdelijnszorg

- De *halfdelijnszorg* bestaat uit zorg die gegeven wordt door informele zorgers en/of ervaringsdeskundigen en faciliterende professionals. Doorverwijzing of indicering voor 'hogere' vormen van zorg doen enkel de professionals. Het generalistische werk van sociale en GGZ-wijkteams is een voorbeeld van professionele halfdelijnszorg. Het gaat hierbij vooral om de samenwerking met anderen en breder kijken dan alleen het eigen specialisme. Dit geldt ook voor opbouwwerkers, scholen of kinderopvang en de zorg van georganiseerde ervaringsdeskundigen zoals bepaalde cliëntondersteuners of belangenbehartigers. Ook een deel van het werk van huisartsen hoort hier bij. Preventie behoren bij uitstek tot de halfde lijn.

Eerstelijnszorg

- De *eerstelijnszorg* bestaat nog steeds uit zorg geleverd door professionele en betaalde zorgverleners al dan niet met ervaringsdeskundigheid en waartoe zorggebruikers zich rechtstreeks kunnen wenden. Een verwijzing van een andere zorgprofessional of zorgverlener is niet nodig. Het bekendste voorbeeld is nog steeds de huisarts met ondersteunende professionals zoals de praktijkondersteuner huisartsenzorg geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ).

Anderhalfdelijns- zorg

- De *anderhalfdelijnszorg* of *anderhalvelijnszorg* bestaat uit zorg waarvoor een verwijzing en/of indicatie nodig is vanuit de halfde of de tweede lijn. Het is het resultaat van 'opschalen' of 'afschalen'. Iemand wordt bijvoorbeeld eerst in een algemeen ziekenhuis opgenomen en gaat voor verder (en goedkoper) herstel naar een zorghotel. In dit geval is er sprake van afschalen. Ook kan vanuit de halfde lijn van het sociale wijkwerk bijvoorbeeld worden opgeschaald naar complexere zorgverlening in de anderhalfde lijn zoals gespecialiseerde opvoedingsondersteuning. Tot dit echelon kunnen uitgebreide ambulante zorg of ondersteuning behoren en instellingszorg van tijdelijke aard.

Tweedelijns- zorg

- De *tweedelijnszorg* bestaat uit zorg waarvoor een verwijzing nodig is vanuit de eerste lijn of via een indicatie. Het betreft met name zorg waarbij een burger is opgenomen in een instelling, zoals een ziekenhuis. Derdelijnszorg valt qua toegang onder de tweedelijnszorg en betreft de academische ziekenhuizen en specialistische centra, die met hun kennis ondersteunend zijn aan de tweede lijn. Binnen de tweede en derde lijn kan men ook naar elkaar verwijzen.

1.3.4 Ordeningsprincipe: plaats waar de zorg gegeven wordt

Een vierde indeling betreft de plaats waar de zorg gegeven wordt. Hiervoor worden verschillende termen gebruikt. Het gaat om:

Extramurale
zorg

1 Zorg die de zorggebruiker vanuit thuis ontvangt. Dit wordt *extramurale zorg*, *ambulante zorg* of *zorg thuis* genoemd. Denk aan de wijkverpleging, crisiszorg thuis of opvoedingsondersteuning thuis. Ook de huisarts of de fysiotherapeut valt onder dit type zorg.

Semimurale
zorg

2 Zorg die de zorggebruiker voor een deel van de dag in een instelling ontvangt, terwijl deze zelf thuis woont. Dit wordt *semimurale zorg* genoemd. Denk aan dagbesteding.

Intramurale zorg

3 Zorg die de zorggebruiker in een instelling ontvangt, waar hij of zij tevens 24 uur per dag verblijft. Dit wordt *intramurale zorg* of *klinische zorg* genoemd. Denk aan een verpleeghuis of een instelling voor gehandicaptenzorg. In de jeugdzorg spreekt men in dit kader veelal van *residentiele zorg*.

Deze indeling benadrukt de combinatie van zorg en ergens verblijven of wonen. Een beperking van deze indeling is dat het ergens verblijven kosten met zich meebrengt zoals huur, schoonmaak en voeding. Al jaren wordt discussie gevoerd over de mate waarin wonen onderdeel van de zorgkosten moet of kan zijn. Huisvestingskosten hebben de zorg inmiddels zodanig extra duur gemaakt, dat intramurale zorg zoveel mogelijk is teruggedrongen. Dit is ook herkenbaar in de trend 'zo lang mogelijk thuis'. De vraag in hoeverre zorg en wonen gescheiden zouden moeten zijn, lijkt voorlopig nog wel op de politieke agenda te blijven staan.

1.3.5 Ordeningsprincipe: zorgduur

Een laatste indeling die we willen noemen is op basis van de zorgduur. We onderscheiden drie typen:

Langdurige zorg

1 *chronische zorg*, *langdurige zorg* of *long stay care*, met veelal grofweg 80% verzorgkunde, 20% behandelkunde zoals je ziet in een verpleeghuis- of de thuiszorg

Middellang-
durende zorg

2 *middellangdurende zorg* of *medium stay care*, bijvoorbeeld in de GGZ of de verslavingszorg, maar tegenwoordig ook veel ziekenhuiszorg met veelal grofweg 20% verzorgkunde en 80% behandelkunde

Kortdurende
zorg

3 *kortdurende zorg* of *short stay care* met veelal vooral behandelkundige zorg, zoals een poliklinische behandeling in het ziekenhuis

Ook deze indeling kent zijn beperkingen. Een duidelijke scheiding tussen typen zorg uitsluitend op basis van duur in een zorginstelling is lastig te geven en eigenlijk alleen gebaseerd op het perspectief van de professional. Een eenduidiger indeling op basis van duur en meer vanuit de patiënt/cliënt

Tijdelijke zorg
Blijvende zorg

geredeneerd, is: 'tijdelijke' en 'blijvende' zorg. Waarbij *tijdelijke zorg* een zorgbehoefte betreft die ooit overgaat, terwijl dit bij *blijvende zorg* niet het geval is, zoals bij veel van de zorg in een verpleeghuis. Een ander woord voor blijvende zorg is chronische zorg.

Al deze mogelijke indelingen laten goed zien dat de zorg- en welzijnssector organisatorisch gezien zeer complex in elkaar zit.

1.4 Nederland als verzorgingsstaat

Bestaans-
zekerheid

In Nederland is kort na de Tweede Wereldoorlog sterk ingezet op het verder realiseren van een verzorgingsstaat. Na de crisisjaren en de oorlog waren de Nederlanders toe aan meer *bestaanszekerheid*. Er was grote behoefte aan een sterke overheid die burgers kon beschermen tegen persoonlijk leed en armoede. Een overheid die kansen bood tot zelfontplooiing via het centraal stellen van rechten zoals vrijheid van meningsuiting, godsdienstvrijheid en recht op onderwijs.

Verzorgings-
staat

Een land wordt een *verzorgingsstaat* genoemd wanneer het welzijn van de burgers een primaire verantwoordelijkheid van de overheid is. De overheid doet dit via wet- en regelgeving en financiële middelen met name op het gebied van gezondheidszorg, onderwijs, werkgelegenheid en sociale zekerheid. De overheid van een verzorgingsstaat garandeert haar burgers bovendien een bestaansminimum. Over een verzorgingsstaat wordt ook wel gezegd dat deze haar burgers verzorgt van wieg tot graf.

Sinds 1 januari 2015 is in Nederland de verzorgingsstaat formeel losgelaten. Voor een goed begrip van de huidige situatie is enige kennis van hoe het ooit was en waarom het soms nog zo is, echter wel van belang. Daarom zoomen we nog wat dieper in op de betekenis van de verzorgingsstaat voor Nederland.

Er kan op verschillende manieren naar het verschijnsel verzorgingsstaat worden gekeken. Bijvoorbeeld via een:

- politieke benadering
- macro-economische benadering
- sociologische benadering

In de volgende drie subparagrafen bespreken we deze benaderingen uitvoeriger.

1.4.1 Politieke benadering

Bij de *politieke benadering* van de verzorgingsstaat horen vraagstukken over recht, rechtvaardigheid en onderlinge solidariteit. Samen te vatten als: *wie krijgt wat, wanneer en hoe?*

Solidariteits-
beginsel of
solidariteits-
principe

In een verzorgingsstaat speelt het *solidariteitsbeginsel of solidariteitsprincipe* een belangrijke rol. Volgens het solidariteitsbeginsel heeft iedereen recht op een bestaansminimum. Dat betekent ook dat iedereen recht heeft op dezelfde zorg in dezelfde omstandigheden. De kosten voor die zorg worden door alle burgers gezamenlijk gedragen, waarbij mensen met een hoger inkomen meer betalen dan mensen met een lager inkomen.

‘Dezelfde zorg in dezelfde omstandigheden bieden’ betekent dat je moet vaststellen of er sprake is van ‘dezelfde omstandigheden’. Door de jaren heen is dit niet eenvoudig gebleken en dit heeft geleid tot voortdurende aanpassing van wet- en regelgeving en een uitdijende bureaucratie. Als hulpmiddel werden vaak afvinklijstjes gebruikt. Om een scootmobiel te krijgen moest men bijvoorbeeld voldoen aan bepaalde objectieve criteria. Of de scootmobiel werd gebruikt of niet, deed er niet toe. Het checken of voldaan werd aan de criteria leidde tot veel onnodig papierwerk of bureaucratie.

1.4.2 Macro-economische benadering

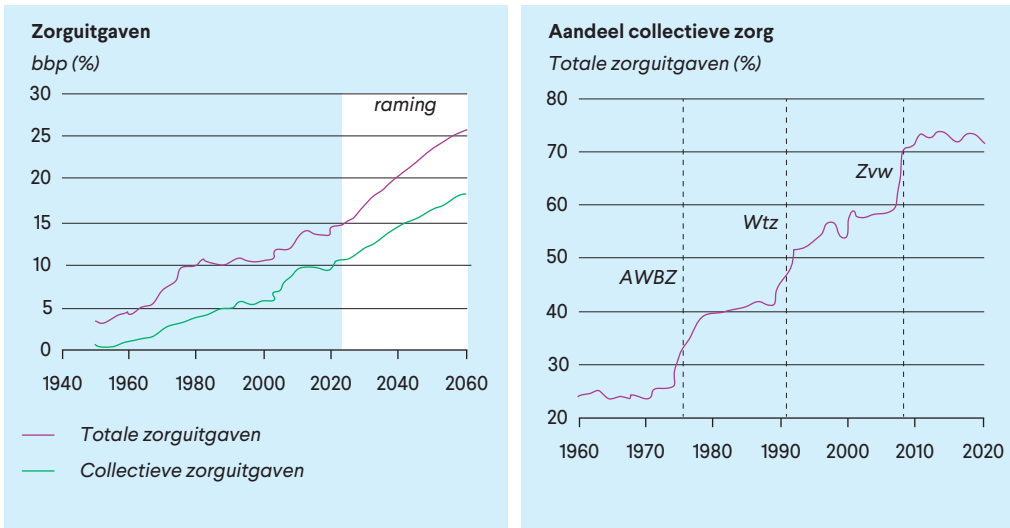
Macro-
economische
benadering

Bij de *macro-economische benadering* van de verzorgingsstaat horen vraagstukken over inkomsten en uitgaven van een land, zoals: *wat betekent de verzorgingsstaat voor het bruto binnenlands product en de economische groei?*

De bestaanszekerheid die een verzorgingsstaat biedt, leidt doorgaans tot een sociaal stabiele samenleving met toenemende welvaart, meer consumptie en economische groei. De toegenomen welvaart bracht in Nederland bovendien een hogere levensverwachting met zich mee.

Bruto binnen-
lands product

Een verzorgingsstaat vraagt veel van het *bruto binnenlands product* (BBP). Het BBP wordt vaak gezien als de belangrijkste maat voor de inkomsten van een land. Het BBP omvat alle inkomsten binnen de staatsgrenzen van een land. Figuur 1.2 toont een overzicht van de zorguitgaven als percentage van het BBP in Nederland over een langere periode. Ook geeft het een voorspelling tot 2060. De totale zorguitgaven zijn de collectieve zorguitgaven + de private zorguitgaven. Private zorguitgaven zijn bijvoorbeeld aanvullende verzekeringen en eigen betalingen.

Figuur 1.2 Zorguitgaven als percentage van het BBP

Bron: Centraal Planbureau (CPB), (2022)

Vergrijzing

Tussen 1972 en 2000 zijn de totale zorguitgaven als percentage van het BBP nauwelijks gestegen. Het aandeel van ouderen in onze samenleving is sinds 2000 ten opzichte van de andere leeftijdsgroepen gestegen. Met deze zogeheten *vergrijzing* verwacht men meer zorggebruik. Figuur 1.2 (links) laat vanaf 2000 een duidelijke stijging zien in zorguitgaven. Een verwachting is dat onder invloed van een verder toenemende vergrijzing de zorgkosten als percentage van het BBP blijven stijgen.

In de jaren van de verzorgingsstaat werd er steeds meer zorg door de overheid betaald. Via wetten werd dit mogelijk gemaakt. Figuur 1.2 (rechts) laat zien dat bij de invoering van wetten waarmee duidelijk meer zorg werd gefinancierd (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) – 1968, Wet Toelating Zorginstellingen (Wtz) – 1986, Zorgverzekeringswet (Zvw) – 2006), de collectieve zorguitgaven onmiddellijk behoorlijk omhoog gingen.

In 2010 voorzag men dat als er niets werd gedaan, de zorguitgaven de pan uit zouden gaan rijzen. Een belangrijke reden voor het verlaten van de verzorgingsstaat was de noodzaak om deze uitgavestijging terug te dringen.

1.4.3 Sociologische benadering

Bij de *sociologische benadering* van de verzorgingsstaat horen vraagstukken over de samenleving en de onderlinge betrekkingen van mensen in die samenleving, zoals: *wat doet de verzorgingsstaat met mensen en groepen mensen?*

De bestaanszekerheid die een verzorgingsstaat biedt, geeft mensen de kans om hun eigen leven vorm te geven. Dit stelt met name kwetsbare groepen in staat zich te emanciperen. Zo maakten in Nederland na de Tweede Wereldoorlog steeds meer vrouwen gebruik van de mogelijkheid om buitenshuis te gaan werken en zo financieel onafhankelijk te worden. Ook biedt een verzorgingsstaat vrijwel iedereen de mogelijkheid om een opleiding te volgen en/of door te leren. Mede hierdoor worden burgers van een verzorgingsstaat vaak ook mondiger.

Doordat de staat zich gedraagt als primaire verantwoordelijke voor het welzijn van zijn burgers, gaan burgers zich vaak afhankelijk opstellen ten opzichte van de overheid. Het voor elkaar zorgen wordt minder vanzelfsprekend. Immers, de overheid zorgt toch voor ons? Bovendien ontstaat er een meer eisende houding bij de burgers. Men heeft toch recht op zorg?

1.5 Werken aan een participatiesamenleving

Naast de beschreven nadelen van onze verzorgingsstaat werd de bijbehorende bureaucratie in toenemende mate als belemmerend ervaren voor het realiseren van de beoogde doelen in de zorg- en welzijnssector en het eigen initiatief van de burger. Het werd tijd voor een andere invalshoek.

Vandaar dat burgers sindsdien vanuit de overheid nadrukkelijk worden uitgenodigd tot verantwoordelijkheid voor het eigen welzijn en dat van elkaar. In het kader van de realisatie hiervan speelt sinds 1 januari 2007 de *Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)* een belangrijke rol. Samenhangend lokaal beleid om participatie van alle burgers mogelijk te maken en te bevorderen, uitgevoerd dicht bij de burger door een daarvoor goed toegeruste gemeente, is het belangrijkste oogmerk van deze wet. Het maatschappelijke doel van de Wmo is: meedoen. Daarbij is het uitgangspunt dat pas als het mensen niet lukt op eigen kracht of met hulp uit de sociale omgeving mee te doen, de gemeente een verantwoordelijkheid heeft om burgers te ondersteunen. De nadruk ligt dus niet meer zoals bij de verzorgingsstaat op het realiseren van welzijn van alle burgers, maar op het realiseren van participatie of meedoen, met andere woorden op het realiseren van een *participatiesamenleving*.

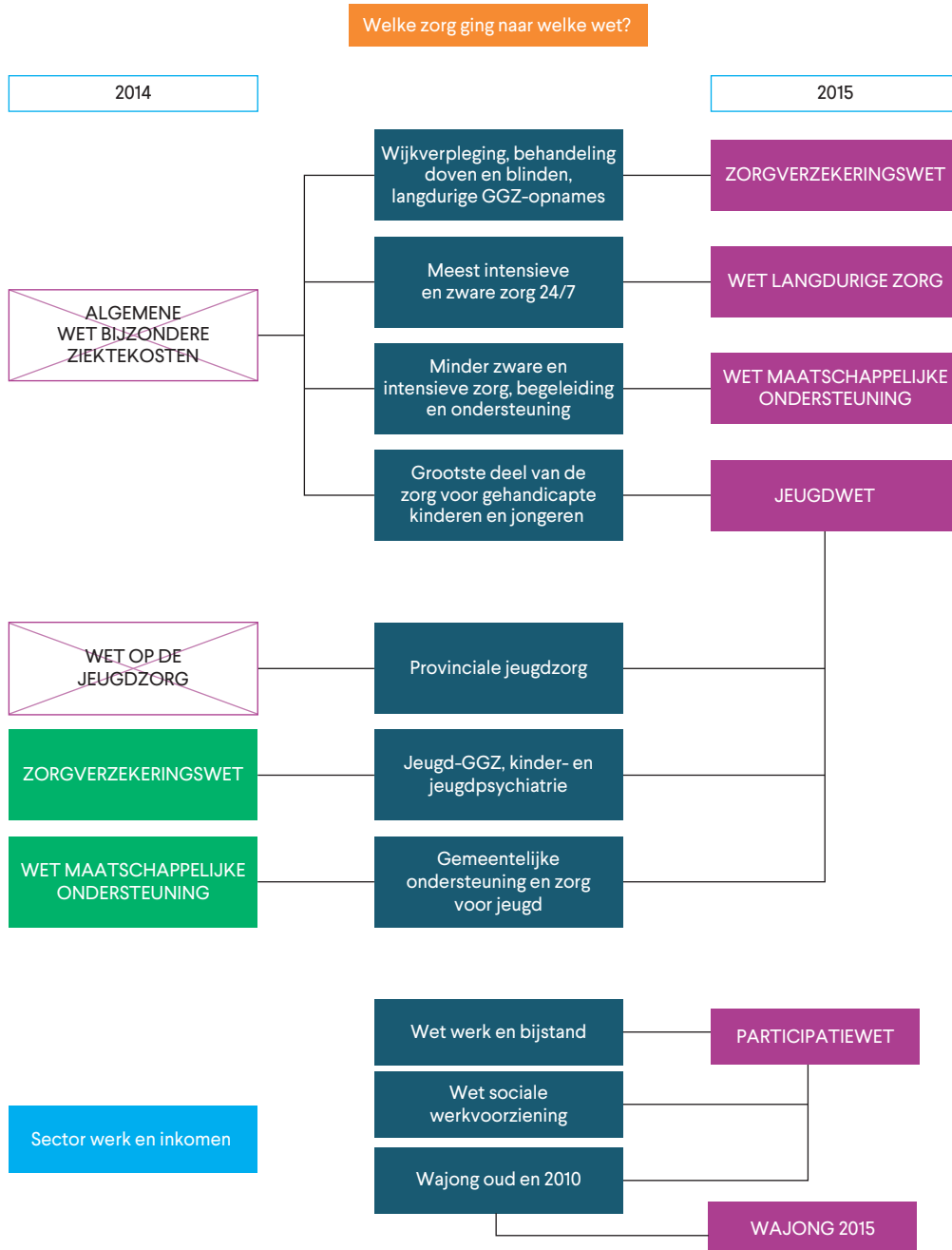
Wet
maatschappelijke
ondersteuning
(Wmo)

Participatie-
samenleving

1.5.1 Over transitie en transformatie

Op 1 januari 2015 vond er een grote wijziging in de Nederlandse wet- en regelgeving plaats rond zorg en welzijn. Figuur 1.3 toont de belangrijkste wijzigingen: het vervallen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Wet op de jeugdzorg, en een verschuiving van een aantal onderdelen van de ene wet naar een andere en/of nieuwe wet.

Figuur 1.3 Veranderingen vanaf 2015



In het sociale domein zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de uitvoering van de wetten;

- Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)
- Jeugdwet
- Participatiewet

De vierde wet in het sociale domein, de Wajong (Wet werk en Arbeids-ondersteuning Jonggehandicapten), valt in de uitvoering onder het UWV (Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen). Het UWV is een zelfstandig bestuursorgaan (ZBO) dat valt onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW).

In de zorgsector gaat het vooral om de volgende twee wetten:

- Zorgverzekeringswet (Zvw)
- Wet langdurige zorg (Wlz)

Voor de uitvoering van deze wetten zijn verschillende partijen verantwoordelijk met overkoepelend het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

De wet- en regelgeving is per 1 januari 2015 dusdanig gewijzigd, dat er sprake is van een *transitie* of een fundamentele verandering op systeem-niveau met een grote impact op de samenleving. Deze wijziging van de wet- en regelgeving, of *stelselwijziging*, heeft geleid tot een verandering in taken, bevoegdheden en budgetten van de zorg- en welzijnssector en daarmee tot een andere structuur en cultuur van deze sectoren.

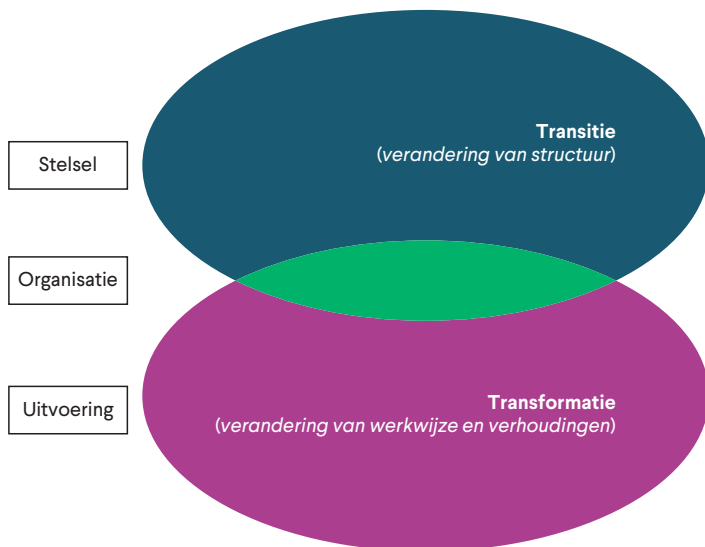
Met de transitie is de omslag of *transformatie* van de verzorgingsstaat naar een participatiesamenleving gemaakt.

Transitie

Stelselwijziging

Transformatie

Figuur 1.4
Transitie en
transformatie



De transformatieopdracht wordt ook wel aangeduid met:

eerst de burger/cliënt, dan het netwerk, dan de vrijwilliger, dan de professional.

Hiermee wordt bedoeld dat er niet onnodig iets moet worden overgenomen. Een professional moet dus niet te snel denken: *‘Laat mij dat maar even doen.’*

1.5.2 Meedoen en meedenken

De Wmo bevat dus een wettelijke opdracht aan gemeenten om voorzieningen te treffen en/of ondersteuning te bieden die het mensen mogelijk maken om mee te doen in de samenleving.

Met de komst van de eerste Wmo in 2007 is er, zoals daarvoor wel het geval was, geen sprake meer van een recht op *dezelfde ondersteuning in dezelfde omstandigheden*. De nadruk is vanaf dat moment komen te liggen op maatwerk of passende zorg en welzijnsondersteuning dicht bij huis. Afvinklijstjes, waarmee kan worden vastgesteld of iemand aan de juiste ‘eisen’ of beperkingen voldoet, zijn niet langer bruikbaar. De voorwaarden voor bijvoorbeeld het verkrijgen van een scootmobiel kunnen per persoon verschillend zijn. De burger heeft dus geen recht op een bepaald type zorg bij een bepaald type problematiek. De hoeveelheid zorg die vanuit de Wmo door een gemeente gefinancierd wordt, is in principe afhankelijk van het beleid en budget van de gemeente en niet van de zorgvragen van de burger.

Deze manier van denken is niet alleen te herkennen in de Wmo, maar ook in de Jeugdwet en de Participatiewet. De Wmo, de Jeugdwet en de Participatiewet verschillen qua onderwerp, maar vertonen voor gemeenten ook allerlei overeenkomsten. Ze beogen alle drie; meedoen en betaalbare passende zorg. Om dit te realiseren moeten gemeenten zich richten op samenhang. Dit is belangrijk, omdat de afzonderlijke wetten vaak gevolgen hebben voor dezelfde individuen of gezinnen.

De Wmo richt zich met name op volwassenen en ouderen, de Jeugdwet op jongeren tot 18 jaar en de Participatiewet moet er tevens voor zorgen dat meer mensen werk vinden. Dit geldt voor mensen met en zonder arbeidsbeperking. De Participatiewet bundelt daarom de regelingen op het terrein van werk en inkomen, waaronder de Wajong (voor jong gehandicapten).

De transformatieopdracht geldt overigens niet alleen voor de drie wetten in het sociale domein, maar ook voor de twee genoemde wetten van de zorgsector. Ook bij de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet staan zelfredzaamheid, samenredzaamheid en participatie of meedoen en meedenken centraal.

Passende zorg

Sinds januari 2023 is het Integraal Zorgakkoord (IZA) van kracht. Samen werken aan gezonde zorg is het doel. Zorgorganisaties, die voorheen werden gestimuleerd om te concurreren, moeten op zoek naar een andere manier van (samen)werken om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Een belangrijk onderdeel hierin vormt de 'passende zorg'. Ook in de zorgsector leidt een bepaalde aandoening niet meer automatisch tot een bepaald type zorg of behandeling. De zorg moet passen bij de betreffende persoon als geheel, niet alleen op basis van een ziekte of aandoening. 'Passende zorg' moet er voor zorgen dat ook in de toekomst iedereen goede zorg kan krijgen. Zo kan passende zorg voor een patiënt met hartfalen die zich wekelijks bij de huisarts meldt, een buddy blijken te zijn in plaats van een aanpassing van de hoeveelheid medicijnen en/of zuurstof. Bij 'Passende zorg' gaat het volgens het Zorginstituut Nederland (ZiNL, 2023) om vier basisprincipes.

De zorg:

- 1 werkt tegen een redelijke prijs (moet bijdragen aan kwaliteit van leven en/of aan gezondheid);
- 2 komt samen met en rondom de patiënt/cliënt tot stand (samen beslissen en/of afstemmen);
- 3 vindt plaats op het juiste moment en de juiste plek (zo dicht mogelijk bij de patiënt/cliënt);
- 4 gaat niet alleen over ziekte, maar ook over gezondheid en zelfredzaamheid (en/of samenredzaamheid).

Het toepassen van deze vier basisprincipes leidt tot 'mensgerichte' en 'houdbare' zorg. Er is ook een maatschappelijke opdracht, namelijk 'duurzame' zorg en die luidt:

'In 2040 draagt de zorg optimaal bij aan een gezond (samen)leven van alle mensen in Nederland, in het besef dat daarvoor niet meer mensen en middelen beschikbaar zijn dan nu en dat dit gepaard moet gaan met de laagst mogelijke impact op klimaat en milieu.'

(ZiNL, 2023)

1.6 Nederland als voorwaardenscheppende staat?

Werken aan een participatiesamenleving betekent dus het inzetten op zelfredzaamheid, samenredzaamheid en participatie of meedoen en meedenken van alle burgers in de samenleving. Dit veronderstelt een zich terugtrekkende overheid.

1.6.1 Terugtrekkende overheid

Terugtrekkende
of terugtreden-
de overheid

Een *terugtrekkende of terugtredende overheid* gaat zelf minder maatschappelijke taken uitvoeren. Anders gezegd: de overheid neemt niet meer de verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van bepaalde taken of het in stand houden van bepaalde voorzieningen.

Kleine overheid

Een overheid die zich terugtrekt, richt zich slechts op een paar kerntaken waarbij wordt verondersteld dat andere taken door de inwoners zelf worden opgepakt. Dit noemt men ook wel een *kleine overheid*. Niet alleen klein in taakstelling, maar ook in de omvang ervan. Dus met minder bestuurslagen, minder politici en minder ambtenaren. Een samenleving met een kleine overheid wordt tegenwoordig ook wel een *voorwaardenscheppende staat* genoemd. Daarbij zijn steeds meer taken en verantwoordelijkheden verschoven van nationaal niveau naar andere overheidslagen, bedrijven, organisaties in het maatschappelijk middenveld, en burgers (Van der Meer et al., 2019).

Voorwaarden-
scheppende
staat

1.6.2 Veronderstelde gevolgen voor de samenleving

Civil society

Het zogenaamde maatschappelijk middenveld, ook wel *civil society* of burgermaatschappij genoemd, komt bij een terugtrekkende overheid meer aan zet. De *civil society* omvat het geheel van organisaties van burgers die (1) niet gebaseerd zijn op familie- of vriendschapsbanden, (2) geen onderdeel zijn van de overheid en (3) geen winst nastreven. Voorbeelden hiervan zijn: een vrijwilligersorganisatie, een serviceclub, een kerkgenootschap en een sportvereniging. Ooit waren er heel veel van dit soort initiatieven. Vaak georganiseerd binnen groepen met dezelfde levensbeschouwelijke overtuiging zoals rooms-katholiek, protestants, liberaal of socialistisch, ook wel een zuil genoemd. Mede door de ontzuiling of het afnemen van het belang en de invloed van de verschillende zuilen, die in de tweede helft van de twintigste eeuw veel invloed heeft gehad op onze samenleving, zijn deze initiatieven in aantal behoorlijk afgenomen.

Het zogenaamde maatschappelijk middenveld, ook wel *civil society* of burgermaatschappij genoemd, komt bij een terugtrekkende overheid meer aan zet.

Er wordt verondersteld dat wanneer de overheid zich terugtrekt of terugtreedt, burgers meer zelf gaan doen. Dit geldt zowel voor individuen als voor groepen inwoners. Het zou gaan leiden tot meer burgerinitiatief en/of meer zorg voor elkaar. Tegenwoordig is het bijvoorbeeld mogelijk om als groep buurtbewoners van sociale woningen een eigen burgercoöperatie te beginnen, die de woningen in eigendom heeft en verhuurt. Ook zijn er in toenemende mate burgercoöperaties in bijvoorbeeld de zorg of ten behoeve van wijk- en volkstuinen te vinden.

Maar ook ongeorganiseerde burgers zouden actiever worden en zelf meer initiatief nemen in het kader van zorg en welzijn. Ouders, kinderen, burens, vrienden en/of kennissen gaan meer voor elkaar zorgen.

Burgerinitiatief

Meer *burgerinitiatief*, dus meer initiatief van burgers waar voorheen de overheid dit deed, betekent ook de verwachting dat de markt in gaat spelen op het terugtrekken van de overheid. Producten en diensten die niet langer onder invloed staan van de overheid worden door nieuwe marktpartijen met nieuwe inzichten aangeboden. De overheid van een voorwaarden-scheppende staat faciliteert dit type ontwikkelingen en ziet erop toe dat de kwaliteit gewaarborgd blijft.

Het lijkt erop dat Nederland zich ontwikkelt richting een voorwaarden-scheppende staat. Dus naar een samenleving waarin de overheid maar voor een klein deel de verantwoordelijkheid neemt voor het welzijn van de burgers en zich slechts richt op het uitvoeren van enkele kerntaken en een gegarandeerd minimum aan bestaanszekerheid.

1.7 Betekenis maatschappelijke ontwikkelingen voor zorg en welzijn

Vermaatschap-
pelijking van de
zorg

Hoewel de verzorgingsstaat formeel de hele tweede helft van de vorige eeuw de samenleving heeft bepaald, is de verandering richting een participatiesamenleving binnen de zorg en welzijnssector al veel eerder ingezet. Deze verandering wordt wel geduïd met de term *vermaatschappelijking van de zorg* of het streven om meer mensen met beperkingen, chronisch zieken, kwetsbare ouderen, jongeren met gedrags- en emotionele problemen, mensen die in armoede leven enzovoort, een eigen zinvolle plek in de samenleving te gunnen en hen daarbij waar nodig te helpen.

Tot laat in de vorige eeuw werden veel mensen met een psychiatrische, verstandelijke en/of lichamelijke beperking verzorgd in grote instellingen, die vaak diep verstopt lagen in de bossen. De bewoners waren doorgaans nauwelijks betrokken bij de samenleving.

Individualisering

Emancipatie-
bewegingen

Mede door de ontzuiling, of het afnemen van het belang en de invloed van verschillende levensbeschouwelijke overtuigingen, is er sinds het einde van de jaren zestig van de vorige eeuw in toenemende mate sprake van *individualisering*. De groep of gemeenschap werd minder belangrijk, het individu kwam voorop te staan. Burgers werden steeds mondiger. Dit gold ook voor hulpvragers en hun vertegenwoordigers. Met deze ontwikkeling kwam meer nadruk te liggen op emancipatie. Dit leidde tot *emancipatiebewegingen* of bewegingen die zich inzetten voor de belangen van bepaalde groepen, zoals hulpvragers met een psychiatrische, verstandelijke en/of lichamelijke beperking. In de psychiatrie bijvoorbeeld kwamen zowel beroepskrachten als (ex-)patiënten en familieleden in actie om te pleiten voor een betere rechtspositie en een meer menselijke behandeling van patiënten.

Antipsychiatrie

Door deze ontwikkeling ontstond de overtuiging dat mensen met welke beperking dan ook de kans moesten krijgen om gewaardeerde rollen in de samenleving te vervullen. Doordat instellingen weinig ruimte boden voor de eigenheid van individuele zorgvragers en hun fysieke omgeving zich veelal buiten de 'gewone' samenleving bevond, konden hulpvragers nauwelijks (nieuwe) relaties aangaan of contact met hun oorspronkelijke omgeving (blijven) onderhouden. Daarom vonden veel betrokkenen dat het isolement van de inrichting moest worden doorbroken. Deze beweging wordt ook wel de *antipsychiatrie* genoemd.

Inrichting van de zorg- en welzijnssector

Mede als antwoord op de geschetste ontwikkelingen ging de overheid zich vanaf het einde van de jaren zestig bezinnen op de inrichting van de zorg- en welzijnssector. In de jaren negentig van de vorige eeuw koos de overheid voor een radicale omwenteling. De vermaatschappelijking van zorg werd gestimuleerd via *extramuralisering* of *transmuralisering* en *deinstitutionalisering*. Een belangrijk resultaat hiervan was de terugkeer in de samenleving van mensen met een beperking.

Extramuralisering of transmuralisering betreft het streven om buiten de muren van een instelling gelijkwaardige zorg te bieden. De zorg wordt als het ware verplaatst van de instelling naar de eigen leefomgeving, bijvoorbeeld de eigen woning van de hulpvrager.

Als gevolg van de deinstitutionalisering worden mensen minder snel opgenomen in een instelling dan voorheen. Opname in een instelling is niet langer de eerste optie. Zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen, is het leidend principe. Bovendien zijn instellingen zoveel als mogelijk opgeheven, kleinschaliger ingericht of verplaatst naar de normale woonomgeving.

Mensen met een beperking in de samenleving

De terugkeer in de samenleving van mensen met een beperking vond gefaseerd plaats en kreeg vorm in de volgende drie stappen:

Fysieke
integratie

1 *fysieke integratie* of wonen in een gewone buurt of wijk

Functionele
integratie

2 *functionele integratie* door gebruik te maken van gewone voorzieningen in de buurt of wijk

Sociale
integratie

3 *sociale integratie* door het onderhouden van contacten met mensen uit de buurt of wijk

Hoewel de fysieke integratie wel te organiseren was, gold dat voor de functionele en met name de sociale integratie veel minder. Om de terugkeer van mensen met een beperking in de samenleving te bewerkstelligen en dan met name waar het gaat om de functionele en sociale integratie, werd midden jaren negentig het begrip *community care* in het Nederlandse gezondheidszorgbeleid geïntroduceerd. De term *community care* verwijst naar het ondersteunen van mensen met een beperking en hun sociale netwerk bij leven in en deelnemen aan de lokale samenleving. *Community care* wordt ook wel kortweg vertaald als: zorg in en door de samenleving.

Community
care

Maatschappelijk steunsysteem

Vermaatschappelijking en *community care* kwamen echter niet zonder meer van de grond. Steeds vaker hield de vermaatschappelijking in dat mensen buiten de instellingen helemaal geen zorg meer werd geboden. Voor echte *community care* lijkt een *maatschappelijk steunsysteem* van belang. Een maatschappelijk steunsysteem is een geheel van personen, hulpbronnen en voorzieningen dat mensen in staat stelt hun leven te leven. Een maatschappelijk steunsysteem is gekoppeld aan een bepaalde geografische regio, zoals een plaats, wijk of buurt. Onderdelen van een maatschappelijk steunsysteem kunnen onder meer zijn: winkels, vervoer, arbeidsvoorzieningen, sportvoorzieningen, scholen, een buurtcentrum, bureaus, familie, professionele hulp/dienstverleners.

Maatschappelijk
steunsysteem

Een maatschappelijk steunsysteem is gekoppeld aan een bepaalde geografische regio, zoals een plaats, wijk of buurt.

De ontwikkeling van een verzorgingsstaat naar een participatiesamenleving en de beweging richting een voorwaardenscheppende staat heeft dus verregaande betekenis voor de zorg- en welzijnssector gehad en dit zal voorlopig ook nog wel zo blijven. Er wordt immers veel van de burger zelf

verwacht terwijl ook de professional in een andere rol zit dan voorheen.

De grote vraag is waar zich voor bewoners, (toekomstige) professionals en zorg- en welzijnsorganisaties de grenzen bevinden met betrekking tot deze rollen en hoe hier, nu en in de toekomst, mee om te gaan. Dit boek probeert een handreiking te zijn voor (toekomstige) werkers in de zorg- en welzijnssector bij de worsteling met deze vraag. Centraal hierbij staat het begrip netwerkontwikkeling.

Tot hier de inleidende verkenning. Vervolgens kijken we naar drie onderdelen van netwerkontwikkeling en ondersteuning:

- 1 netwerkontwikkeling en ondersteuning binnen eigen kring
- 2 ondersteuning door bijzondere netwerkliden
- 3 netwerkontwikkeling als professionele opdracht

Samenvatting

- Nederland was decennia lang een verzorgingsstaat. De overheid had de primaire verantwoordelijkheid voor het welzijn van haar burgers. Hiervoor werden onder meer zorg- en welzijnsorganisaties ingezet.
- De zorg- en welzijnssector in Nederland is behoorlijk complex georganiseerd. Om de verschillende zorg- en welzijnsorganisaties te duiden worden vaak de volgende ordeningsprincipes gebruikt:
 - doel van de zorg
 - degene die de zorg verleent
 - afstand tussen zorggebruiker en zorgverlener
 - plaats waar de zorg gegeven wordt
 - zorgduur
- Bij een verzorgingsstaat speelt vanuit een politieke benadering het solidariteitsbeginsel een belangrijke rol. Bij de macro-economische benadering gaat het vooral om de betaalbaarheid van de verzorgingsstaat. Bij een sociologische benadering betreft het met name de invloed van de verzorgingsstaat op individuen en groepen.
- Sinds de transitie van 1 januari 2015 is de verzorgingsstaat in Nederland formeel losgelaten. Vanaf dat moment ontwikkelt Nederland zich naar een participatiesamenleving. Deze ontwikkeling is begonnen met de vermaatschappelijking van de zorg.
- De nadruk in de participatiesamenleving ligt niet langer op het realiseren van welzijn, maar op zelfredzaamheid, samenredzaamheid en participatie door iedereen. De transitie, of het veranderen van een vijftal wetten, speelt hierbij een belangrijke rol. Niet langer geldt het recht op dezelfde ondersteuning in dezelfde omstandigheden, maar gaat het om maatwerk of passende zorg en welzijnsondersteuning.
- De verwachting is dat Nederland zich ontwikkelt tot een voorwaardenscheppende staat met als beoogde opbrengst een participatiesamenleving, waarin een kleine overheid minder taken en verantwoordelijkheden voor het welzijn van haar burgers op zich neemt. Dit biedt meer ruimte voor burgerinitiatief en zorg voor elkaar. Centraal hierbij staat het begrip 'netwerkontwikkeling' en een passend professioneel handelen.

Kernbegrippen

Anderhalfdelijnszorg of anderhalvelijnszorg

Anderhalfdelijnszorg of anderhalvelijnszorg bestaat uit zorg waarvoor een verwijzing en/of indicatie nodig is vanuit de halfde of de tweede lijn. Het is het resultaat van 'opschalen' of 'afschalen'. Tot dit echelon kunnen uitgebreide ambulante zorg of ondersteuning behoren en instellingszorg van tijdelijke aard.

Behandelkunde

Behandelkunde betreft zorg gericht op 'behandelen' in de zin van: 'ik zorg ervoor dat jouw been weer bruikbaar wordt' of 'ik zorg ervoor dat je je financiën weer op orde hebt'.

Bestaanszekerheid

Bestaanszekerheid gaat over voldoende middelen hebben om in je levensonderhoud te kunnen voorzien en in het verlengde daarvan als burger volwaardig en duurzaam in de samenleving mee te kunnen doen.

Blijvende zorg

Betreft een zorgbehoefte waarvan redelijkerwijs kan worden verwacht dat die nooit eindigt. Een ander woord voor blijvende zorg is chronische zorg.

Burgerinitiatief

Bij burgerinitiatief gaat het om een initiatief dat genomen is door burgers, waar voorheen de overheid dit deed.

Civil society

Met de term civil society wordt bedoeld op het geheel van organisaties van burgers die niet gebaseerd zijn op familie- of vriendschapsbanden, die geen onderdeel zijn van de overheid en die geen winst nastreven. Voorbeelden hiervan zijn: een vrijwilligersorganisatie, een serviceclub, een kerkgenootschap en een buurtvereniging.

Community care

Community care staat voor het ondersteunen van mensen met een beperking en hun sociale netwerk bij leven in en deelnemen aan de lokale samenleving. Community care wordt ook wel vertaald als: zorg in en door de samenleving.

Deïstitutionalisering

Bij deïstitutionalisering worden mensen minder snel opgenomen in een instelling dan voorheen. Opname in een instelling is niet langer de eerste optie. Zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen is het leidend principe. Bovendien worden instellingen zoveel als mogelijk opgeheven, kleinschaliger ingericht of verplaatst naar de normale woonomgeving.

Diversiteit

Diversiteit betekent verscheidenheid. In de brede opvatting gaat het om alle aspecten waarop mensen van elkaar verschillen. De zichtbare dingen – zoals leeftijd, huidskleur, geslacht, handicap – en de minder zichtbare dingen zoals culturele en sociale achtergrond, competenties en werkstijlen. Diversiteit is bovendien multidimensionaal. Mensen verschillen op meerdere aspecten van elkaar en de aspecten waarin ze van elkaar verschillen, kunnen ook weer verschillen. Dit leidt tot een oneindig aantal verschillen tussen mensen of individuele diversiteit.

Eerstelijnszorg

Eerstelijnszorg bestaat uit zorg geleverd door professionele en betaalde zorgverleners al dan niet met ervaringsdeskundigheid en waartoe zorggebruikers zich rechtstreeks kunnen wenden. Een verwijzing is niet nodig. Het bekendste voorbeeld is de huisarts met ondersteunende professionals zoals de praktijkondersteuner huisartsenzorg geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ).

Ervaringsdeskundigen

Ervaringsdeskundigen zijn al dan niet opgeleide mensen die door gerijpte en doorleefde ervaring van tegenslag, ziekte, beperking, lotgeval of levensomstandigheid in staat zijn om de opgedane kennis en ervaring in te zetten ten behoeve van systeemverbetering, persoonlijk herstel, of acceptatie van anderen.

Extramuralisering of transmuralisering

Extramuralisering of transmuralisering betreft het streven om buiten de muren van een instelling gelijkwaardige zorg te bieden. De zorg wordt als het ware verplaatst van de instelling naar de eigen leefomgeving, bijvoorbeeld de eigen woning, van de hulpvrager.

Halfdelijnszorg

De halfdelijnszorg bestaat uit zorg die gegeven wordt door informele zorgers en/of ervaringsdeskundigen en faciliterende professionals. Doorverwijzing of indicering voor 'hogere' vormen van zorg doen enkel de professionals. In hun generalistische taak zijn sociale wijkteams bijvoorbeeld te situeren in de halfde lijn, maar ook opbouwwerkers, scholen of kinderopvang en een deel van het werk van huisartsen. Presentie en preventie behoren ook tot de halfde lijn.

Individualisering

Individualisering is de ontwikkeling waarbij de groep minder belangrijk wordt en het individu voorop komt te staan.

Maatschappelijk steunsysteem

Een maatschappelijk steunsysteem is een geheel van personen, hulpbronnen en voorzieningen dat mensen in staat stelt hun leven te leven. Een maatschappelijk steunsysteem is gekoppeld aan een bepaalde geografische regio, zoals een plaats, wijk of buurt. Onderdelen van een maatschappelijk steunsysteem kunnen onder meer zijn: winkels, vervoer, arbeidsvoorzieningen, sportvoorzieningen, scholen, een buurtcentrum, burens, familie, professionele hulp/dienstverleners.

Macro-economische benadering

De macro-economische benadering is een manier van kijken naar vraagstukken waarbij je vooral geïnteresseerd bent in wat een bepaalde ontwikkeling betekent voor de inkomsten en economische groei van een land.

Macroniveau

Het macroniveau duidt op het gemeentelijk en/of beleidsniveau, met name de wet- en regelgeving en de uitwerkingen naar beleid hiervan.

Mesoniveau

Het mesoniveau betreft het direct voorwaardenscheppend niveau voor het microniveau, zoals een zorg- of welzijnsorganisatie, en hoe dit voorwaardenscheppend niveau reilt en zeilt.

Microniveau

Met microniveau wordt doorgaans het directe contact tussen hulpvrager en hulpverlener aangeduid.

Nuldelijnszorg

In de nuldelijnszorg gaat het alleen om zelfzorg en onbetaalde mantelzorg. Er is geen sprake van betaalde en/of professionele zorg.

Participatiesamenleving

In een participatiesamenleving ligt de nadruk niet op het realiseren van welzijn van alle burgers, maar op zelfredzaamheid en participatie of meedoen en meedenken van alle burgers in de samenleving.

Passende zorg

Passende zorg is zorg die moet passen bij de betreffende persoon als geheel doordat deze:

- 1 werkt tegen een redelijke prijs (moet bijdragen aan kwaliteit van leven en/of aan gezondheid);
- 2 samen met en rondom de patiënt/cliënt tot stand komt (samen beslissen en/of afstemmen);
- 3 plaatsvindt op het juiste moment en de juiste plek (zo dicht mogelijk bij de patiënt/cliënt);
- 4 niet alleen over ziekte gaat, maar ook over gezondheid en zelfredzaamheid (en/of samenredzaamheid).

Politieke benadering

De politieke benadering is een manier van kijken naar vraagstukken waarbij je vooral geïnteresseerd bent in de keuzes die een overheid maakt ten aanzien van wie wat krijgt, in welk geval en hoe.

Samenzorg

Er is sprake van samenzorg als een groep mensen samenwoont of gaat samenwonen en belooft voor elkaar te zorgen indien nodig.

Sociologische benadering

De sociologische benadering is een manier van kijken naar vraagstukken waarbij je vooral wilt weten wat bepaalde maatschappelijke ontwikkelingen betekenen voor mensen en groepen mensen, en wat die ontwikkelingen met hen doen.

Solidariteitsbeginsel of solidariteitsprincipe

Dit principe betreft de erkenning van het recht op een bestaansminimum voor iedereen. Dat betekent onder meer dat iedereen recht heeft op dezelfde zorg in dezelfde omstandigheden. De kosten worden door alle burgers gezamenlijk gedragen, waarbij de sterkste schouders de zwaarste lasten dragen.

Terugtrekkende of terugtrekkende overheid

Een terugtrekkende of terugtrekkende overheid neemt minder verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van bepaalde taken of het in stand houden van bepaalde voorzieningen dan voorheen. Een overheid die zich terugtrekt, richt zich slechts op een paar kerntaken waarbij wordt verondersteld dat andere taken door de burgers zelf worden opgepakt. In dit kader wordt ook wel gesproken over een kleine overheid.

Tijdelijke zorg

Betreft een zorgbehoefte waarvan redelijkerwijs kan worden verwacht dat die ooit overgaat.

Transformatie

Langdurig proces van verandering van werkwijzen en verhoudingen tussen betrokkenen op micro-, meso- en macroniveau.

Transitie

Een fundamentele verandering van de wet- en regelgeving (stelselwijziging) met grote impact op de samenleving die (in dit geval) leidt tot een verandering in taken, bevoegdheden en budgetten van de zorg- en welzijnssector, en daarmee tot een andere structuur en cultuur van deze sectoren.

Tweedelijnszorg

Tweedelijnszorg bestaat uit zorg waarvoor een verwijzing nodig is vanuit de eerste lijn of via een indicatie. Het betreft met name zorg waarbij een burger is opgenomen in een instelling, zoals en ziekenhuis. Derdelijnszorg valt qua toegang onder de tweedelijnszorg en betreft de academische ziekenhuizen en specialistische centra, die met hun kennis ondersteunend zijn aan de tweede lijn. Binnen de tweede en derde lijn kan men ook naar elkaar verwijzen.

Vermaatschappelijking van de zorg

Vermaatschappelijking van de zorg betreft het streven om meer mensen met beperkingen, chronisch zieken, kwetsbare ouderen, jongeren met gedrags- en emotionele problemen, mensen die in armoede leven enzovoort, een eigen zinvolle plek in de samenleving te gunnen en hen daarbij waar nodig te helpen.

Verzorgingsstaat

In een verzorgingsstaat draagt de overheid primaire verantwoordelijkheid voor het welzijn van haar burgers. Via wet- en regelgeving en financiële middelen garandeert een verzorgingsstaat haar burgers bovendien een bestaansminimum.

Verzorgkunde

Verzorgkunde betreft zorg gericht op 'verzorgen' in de zin van: ik zorg voor jou zolang je been in het gips zit of zolang je je financiën niet op orde hebt.

Voorwaardenscheppende staat

Een land wordt een voorwaardenscheppende staat genoemd wanneer de overheid slechts voor een klein deel de verantwoordelijkheid neemt voor het welzijn van de burgers en zich slechts richt op het uitvoeren van enkele kerntaken en een gegarandeerd minimum aan bestaanszekerheid.

Verwerkingsopdrachten

1

CASUS 1: **Helpen burgers elkaar voldoende?**

In de pers verschijnen soms artikelen in de volgende trant:

‘Zeventig procent van de Nederlandse huishoudens krijgt minimaal één toeslag. Bijvoorbeeld huurtoeslag, zorgtoeslag of kinderbijslag. Het systeem is te royaal. Er gaat 10 miljard in om. We betalen het met z’n allen. Hier moet iets aan gebeuren. De regels rondom maatschappelijke ondersteuning zijn meer gericht op de verstrekking dan op de controle. Gemeenten zijn belast met de handhaving, maar hebben hiervoor veel te weinig mensen. Om misbruik tegen te gaan moet er streng gecontroleerd worden en dat betekent meer mensen. Dit staat lijnrecht op de voorgenomen bezuinigingsronde. De zorg moet goedkoper. Burgers moeten elkaar proberen te helpen voordat ze de rekening naar de overheid sturen. De controle van de gemeente moet zich daartoe uitstrekken. Helpen burgers elkaar voldoende? En welke maatregelen moeten genomen worden om dit

te stimuleren? Steeds meer gemeenten gaan over tot het verplichten van vrijwilligerswerk voor bijstandsgerechtigden, inburgeraars en anderen die aanspraak maken op één of meer toeslagen. Wie iets krijgt moet ook iets terugdoen.’ Aldus betoogde wethouder De Vries op het jaarlijkse Wmo-congres. In reactie hierop liet een collega-wethouder van een andere gemeente weten dat ‘burgers elkaar inderdaad moeten helpen om de zorg betaalbaar te houden, maar dat zij dat wel moeten willen en kunnen. De gemeente moet zich niet zozeer richten op controle, maar op het “bespelen” van het gevoel van de burgers. Burgers moeten het gevoel hebben alsof ze het uit eigen beweging doen. De overheid kan de gevoelens van burgers beïnvloeden door blij te geven van erkenning. Bijvoorbeeld door vrijwilligers regelmatig in het zonnetje te zetten of een jaarlijks compliment voor mensen die elkaar helpen.’

Lees het artikel en vorm een mening over de uitlatingen van de beide wethouders.

- Schrijf een ingezonden brief van maximaal 500 woorden, waarin je je mening over de uitlatingen van beide wethouders beschrijft.
- Beargumenteer je mening met behulp van de inhoud van dit hoofdstuk.
- Bediscussieer de argumenten die je in je ingezonden brief gebruikt met minimaal één persoon.

CASUS 2: **Burgercoöperatie**

Huurders van een bepaalde straat kopen gezamenlijk hun 65 woningen van de woningcorporatie. Daarmee voorkomen zij dat de ruim honderd jaar oude huizen worden gesloopt, zoals de corporatie oorspronkelijk van plan was.

De bewoners zijn blij dat dankzij dit akkoord een groep bewoners die zoveel met elkaar heeft en zoveel met elkaar doet, intact kan blijven. 'Want dat was nooit gelukt als de gezinswoningen er waren gekomen die de woningcorporatie

hier na de sloop wilde neerzetten. Dan krijg je een grote groep nieuwe bewoners en is de samenhang in de buurt weg.'

De bewoners hebben samen een zogenoemde wooncoöperatie gevormd, een soort vereniging. Zij betalen straks maandelijks huur aan deze vereniging.

Het gemeentebestuur steunt dit initiatief omdat het helemaal aansluit op het beleid om burgerinitiatief te stimuleren.

In deze casus is sprake van zelfredzaamheid van inwoners. Zelfredzaamheid en zeggenschap hangen nauw samen.

- a Wat is zeggenschap? Zoek op internet definities. Welke definitie is volgens jou het meest passend? Beargumenteer je antwoord.
- b In hoeverre regelen de Wmo, de Jeugdwet en de Participatiewet zeggenschap van burgers? Bestudeer deze wetten via: www.wetten.nl
- c Wat betekent deze zeggenschap voor jou als professional?