

# Netwerkontwikkeling voor zorg en welzijn



Noordhoff Uitgevers

**Lineke Verkooijen, Jeroen van Andel,  
Quinta Ansem, Ron Weber**

2e druk



# Netwerkontwikkeling voor zorg en welzijn

Lineke Verkooijen  
Jeroen van Andel  
Quinta Ansem  
Ron Weber

---

Tweede druk

Noordhoff Uitgevers Groningen/Utrecht

Ontwerp omslag: Michiel Uilen  
Omslagillustratie: Matjaz Slanic - iStock

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](http://www.mijnnoordhoff.nl).

*Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die  
desondanks onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en  
uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen  
gegevens houden zij zich aanbevolen.*



0 / 18

© 2018 Noordhoff Uitgevers bv Groningen/Utrecht, The Netherlands.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor verschuldigde vergoedingen te voldoen aan Stichting Reprorecht (postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.stichting-pro.nl](http://www.stichting-pro.nl)).

*All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the publisher.*

ISBN (ebook) 978-90-01-88550-2  
ISBN 978-90-01-88549-6  
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 de transitie van 1 januari 2015 is de verzorgingsstaat in Nederland formeel losgelaten. Het belangrijkste oogmerk van deze transitie is het voeren van 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 transitie heeft verregaande betekenis voor de zorg- en welzijnssector gehad. Er is nu sprake van een fundamentele transformatie. Er wordt veel van de burger zelf verwacht terwijl ook de professional in zorg en welzijn een andere rol heeft toebedeeld 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 terugrijpen naar oude werkwijzen en overtuigingen. Dit boek probeert een handreiking te zijn voor huidige en toekomstige werkers in de zorg- en welzijnssector bij het realiseren van een verandering die door hulpverleners en 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:

- Netwerkontwikkeling en ondersteuning binnen eigen kring (deel I)
- Ondersteuning door bijzondere netwerkleden (deel II)
- Netwerkontwikkeling als professionele opdracht (deel III)

In het eerste deel wordt vooral aandacht besteed aan wat een sociaal netwerk is, aan de functies 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 netwerkleden die soms voor korte, soms voor langere tijd aan een sociaal netwerk worden toegevoegd. Met bijzondere netwerkleden worden in dit boek professionals en vrijwilligers bedoeld.



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 boek wordt ingeleid met een algemeen hoofdstuk over de ontwikkeling van verzorgingsstaat naar waarborgstaat.

Via [www.netwerkontwikkeling.noordhoff.nl](http://www.netwerkontwikkeling.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*

*Jeroen van Andel*

*Quinta Ansem*

*Ron Weber*

# Inhoud

## 1 Van verzorgingsstaat naar waarborgstaat? 9

- 1.1 Inleiding 9
- 1.2 Zorg- en welzijnssector in Nederland 10
- 1.3 Ordening in zorg en welzijn 11
- 1.4 Nederland als verzorgingsstaat 14
- 1.5 Werken aan een participatiesamenleving 17
- 1.6 Nederland als waarborgstaat? 21
- 1.7 Betekenis ontwikkelingen voor zorg- en welzijnssector 22
  - Samenvatting 25
  - Kernbegrippen 26
  - Verwerkingsopdrachten 29

## DEEL 1

### Netwerkontwikkeling en ondersteuning binnen eigen kring 33

## 2 Het leven van het eigen leven 35

- 2.1 Inleiding 35
- 2.2 Zelfbeschikking 36
- 2.3 Eigen kracht 38
- 2.4 Eigen regievoering 40
- 2.5 Individuele diversiteit 43
- 2.6 Persoonlijk of sociaal netwerk 44
- 2.7 Persoonlijk netwerk als sociaal kapitaal 47
  - Samenvatting 49
  - Kernbegrippen 51
  - Verwerkingsopdrachten 55

## 3 Ondersteuning bij het leven van het eigen leven 59

- 3.1 Inleiding 59
- 3.2 Ervaren kwaliteit van leven 60
- 3.3 Eigen netwerk ontwikkelen 63
- 3.4 Rollen binnen de steunfunctie van het netwerk 67
- 3.5 Steunfunctie van het netwerk aanwenden 69
- 3.6 Hulp bij het aanwenden van de steunfunctie 71
  - Samenvatting 74
  - Kernbegrippen 76
  - Verwerkingsopdrachten 79

## DEEL 2

### Ondersteuning door bijzondere netwerkleden 83

#### 4 Paradigmashift 85

- 4.1 Inleiding 85
- 4.2 Van oud naar nieuw paradigma 86
- 4.3 Hulpverleners- en hulpvragersperspectief 87
- 4.4 Zeggenschap 90
- 4.5 Invloed of inspraak van hulpvrager(s) op het aanbod 93
- 4.6 Participatie 96
- 4.7 Paradigmashift en de professionele opdracht 98
  - Samenvatting 101
  - Kernbegrippen 103
  - Verwerkingsopdrachten 106

#### 5 Generieke competenties van bijzondere netwerkleden 109

- 5.1 Inleiding 109
- 5.2 Hulpverleningsprocessen 110
- 5.3 Hulpverleningsprocessen en nieuwe competenties 114
- 5.4 Aanbod van steun, zorg of hulp 116
- 5.5 Informeren en uitnodigen tot invloed 117
- 5.6 Omgaan met de vraag 118
- 5.7 Organiseren van steun, zorg of hulp 123
  - Samenvatting 125
  - Kernbegrippen 127
  - Verwerkingsopdrachten 130

## DEEL 3

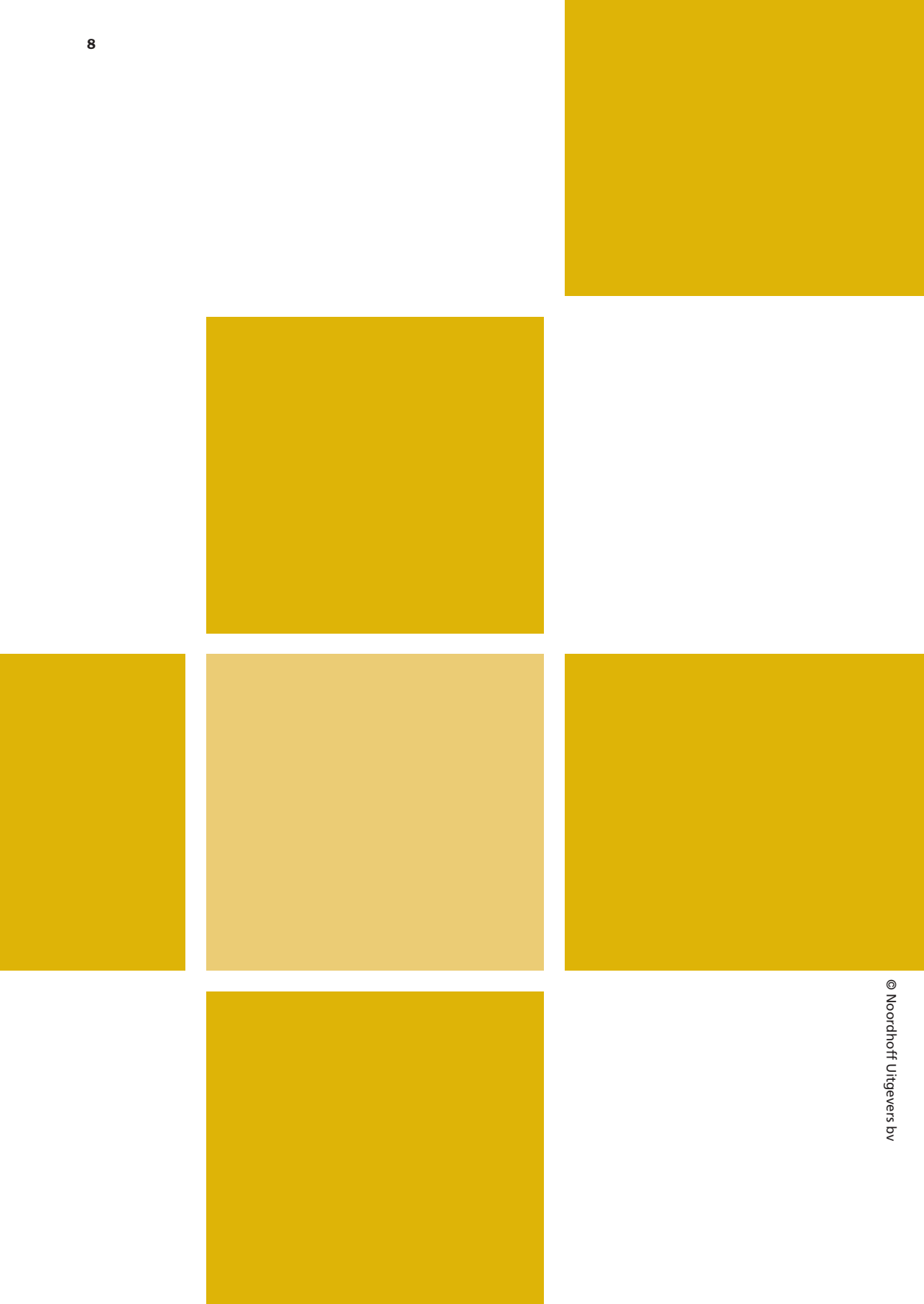
### Netwerkontwikkeling als professionele opdracht 133

#### 6 Kracht van het netwerk 135

- 6.1 Inleiding 135
- 6.2 Over netwerkontwikkeling en netwerkondersteuning 136
- 6.3 Een krachtig sociaal netwerk 138
- 6.4 Netwerkondersteuning 141
- 6.5 Professionele opdracht nader beschouwd 143
- 6.6 Kracht van het netwerk vaststellen 146
  - Samenvatting 151
  - Kernbegrippen 153
  - Verwerkingsopdrachten 157



<b>7</b>	<b>Omgevingsgerichte en persoonsgerichte netwerkkondersteuning</b>	<b>161</b>
7.1	Inleiding	161
7.2	Hulpvraag als vertrekpunt	162
7.3	Bereidheid, beschikbaarheid en vaardigheid netwerkleiden	163
7.4	Kritieke succesfactoren netwerkkondersteuning	166
7.5	Omgevingsgerichte netwerkkondersteuning	169
7.6	Persoonsgerichte netwerkkondersteuning	174
7.7	Inclusieve samenleving als opbrengst	178
	Samenvatting	180
	Kernbegrippen	182
	Verwerkingsopdrachten	185
	<b>Literatuur</b>	<b>188</b>
	<b>Illustratieverantwoording</b>	<b>191</b>
	<b>Register</b>	<b>192</b>
	<b>Over de auteurs</b>	<b>196</b>



# 1

## Van verzorgingsstaat naar waarborgstaat?

- 1.1 Inleiding
- 1.2 Zorg- en welzijnssector in Nederland
- 1.3 Ordening in zorg en welzijn
- 1.4 Nederland als verzorgingsstaat
- 1.5 Werken aan een participatiesamenleving
- 1.6 Nederland als waarborgstaat?
- 1.7 Betekenis ontwikkelingen voor zorg- en welzijnssector

### 1.1 Inleiding

Alles is altijd aan verandering onderhevig. Niets blijft zoals het was. Veranderingen kunnen heel ingrijpend zijn, omdat het bekende verdwijnt en er iets onbekends voor terugkomt. Maar een verandering kan ook heel leuk blijken te zijn. Of een verbetering. Ooit hadden we bijvoorbeeld geen internet. In het begin waren er mensen die het internet volstrekte onzin vonden. Je kon toch gewoon bellen of een brief sturen. Een ander voorbeeld is de pinautomaat. Eerst kon je je geld bij een bank halen tijdens openingstijden. Je werd bediend door een persoon. Met de invoering van de pinpas moest je een nummer onthouden en kon je op straat geld uit een apparaat halen. Wanneer je maar wilde. De één vond dit verschrikkelijk, de ander vond het een zegen. Gelukkig lijkt iedereen uiteindelijk aan een verandering te wennen. Zelfs zodanig dat je op een bepaald moment niet eens meer weet dat het ooit anders was. Wie kent bijvoorbeeld de bandrecorder of de diaprojector nog? En wie kan zich nog voorstellen geen telefoon bij zich te hebben? Dan raak je toch in paniek?

We leven in een samenleving 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 leidinggevendenden. Steun, zorg of hulp zijn dichterbij de bewoner georganiseerd dan ooit tevoren. De professional en leidinggevende hebben andere rollen gekregen. In dit eerste hoofdstuk wordt ingegaan op belangrijke maatschappelijke veranderingen en ontwikkelingen die van invloed zijn of zijn geweest op de

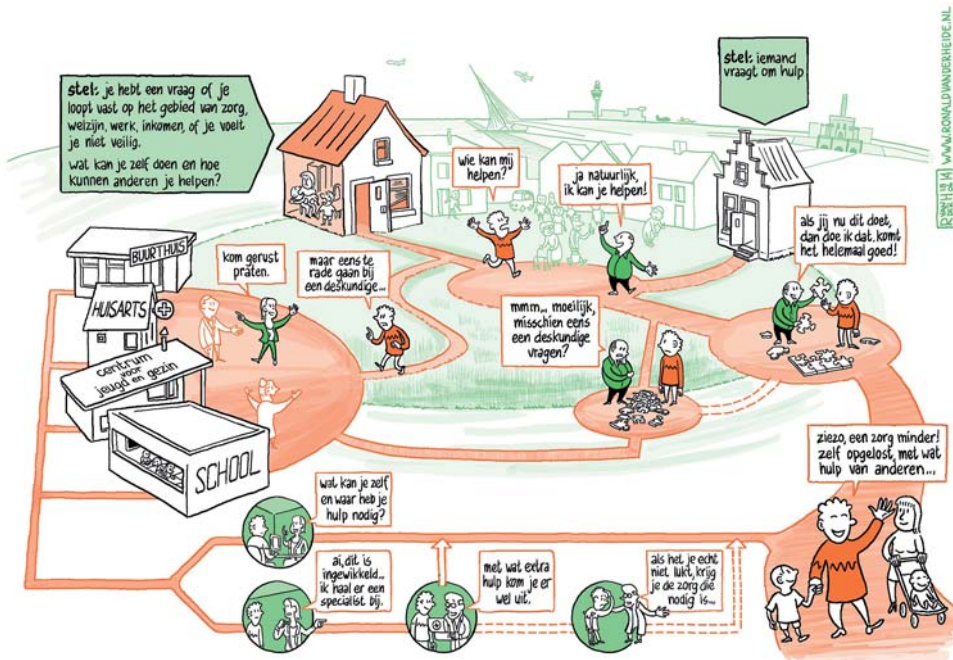
huidige zorg- en welzijnssector. Inzicht in deze ontwikkelingen is nodig voor een goed begrip van de overige hoofdstukken.

## 1.2 Zorg- en welzijnssector in Nederland

Hoewel de zorgsector en de welzijnssector veelal apart benoemd worden, is het toch lastig om precies aan te geven waarin ze zich van elkaar onderscheiden. Op enig moment en in toenemende mate lijken ze bovendien in elkaar over te gaan. Beide sectoren willen een bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven. De zorgsector of de gezondheidszorg is echter vooral gericht op de gezondheid van individuen en van daaruit op de kwaliteit van leven van het individu. De welzijnssector of welzijnszorg is vooral gericht op het welzijn van de samenleving en van individuele burgers daarin, ofwel de kwaliteit van (samen)leven. De normen en waarden met betrekking tot die kwaliteit van (samen)leven worden binnen de welzijnszorg in belangrijke mate bepaald door het politieke klimaat. Dit geldt in veel mindere mate voor de gezondheidszorg, die vooral vanuit de eigen professionele en/of wetenschappelijke kennis met betrekking tot gezondheid en ziekte handelt en op basis daarvan kwaliteit van leven duidt. Uit onderzoek is inmiddels duidelijk geworden dat welzijn en gezondheid onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Zo blijkt bijvoorbeeld dat door een kwalitatief goede welzijnszorg, de vraag naar gezondheidszorg afneemt. Binnen de gezondheidszorg is de aandacht voor activiteiten die gericht zijn op welzijn de laatste jaren toegenomen.

In dit boek maken we geen strikt onderscheid tussen zorgsector en 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, worden meerdere ordeningsprincipes gebruikt.

## 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. Maar als ze op alfabet worden geordend, wordt het al een stuk simpeler. Andere ordeningsprincipes kunnen zijn: op genre, op kleur, op grootte of op jaar van verschijnen. Het ene principe past overigens wel beter bij een bepaald doel dan het andere. Een bibliotheek op kleur kan een kunstzinnige uiting zijn, maar is minder geschikt voor het vinden van dat ene boek. *Ordeningsprincipes* helpen dus om complexe systemen op een rijtje te krijgen en ze daarmee beter te overzien en te doorgronden. Soms is binnen de zorg- en welzijnssector het ene ordeningsprincipe een tijd meer in de mode, dan weer het andere. Belangrijke ordeningsprincipes met betrekking tot steun, zorg of hulp (hierna kortweg aangeduid als zorg), zijn te onderscheiden op basis van:

Ordenings-  
principes

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

### 1.3.1 Ordeningsprincipe: doel van de zorg

De zorgsector kent op hoofdlijnen de volgende vijf doelen:

- 1 *Positieve zorg*, of zorg die gericht is op het bewerkstelligen van gezondheids- of welzijnsbevorderend gedrag bij de Nederlandse inwoners. Een voorbeeld hiervan is de promotie van gezonde voeding door het Voedingscentrum. Positieve zorg
- 2 *Preventieve zorg*, of zorg die gericht is op het voorkomen of minimaliseren van de gevolgen van ziekte of beperkingen. Voorbeelden hiervan zijn het verplichten van fietshelmen en bevolkingsonderzoeken voor het vroegtijdig opsporen van kanker. Preventieve zorg
- 3 *Curatieve zorg*, of zorg die gericht is op het herstel van ziekte/beperkingen of het aanpakken en oplossen van problemen. Bijvoorbeeld het operatief verwijderen van een ontstoken blindedarm. Curatieve zorg
- 4 *Palliatieve zorg*, 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. Palliatieve zorg
- 5 *Terminale zorg*, of zorg die gericht is op het realiseren van een zo humaan mogelijk levenseinde. Terminale zorg

Deze indeling kent zijn oorsprong in de geneeskunde. Vooral de behandeling van een ziekte of beperking staat centraal. Gevolg hiervan is dat bijvoorbeeld langdurige thuiszorg voor ouderen lastig te plaatsen is in deze indeling. Formeel zou het kunnen vallen onder palliatieve zorg, maar in de praktijk wordt deze term veelal niet verbonden aan thuiszorg voor ouderen. Ook veel welzijnsactiviteiten zijn niet goed in deze indeling onder te brengen.

### 1.3.2 Ordeningsprincipe: degene die de zorg verleent

Alle mensen hebben op enig moment in hun leven zorg nodig. Als kind wordt 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

- *Zelfzorg*; degene die zorgt, is dezelfde persoon als degene die de zorg ontvangt.

#### Gebruikelijke zorg

- *Gebruikelijke zorg*; degene die zorgt, is een huisgenoot van degene die de zorg krijgt.

#### Mantelzorg

- *Mantelzorg*; dit is zorg door en voor mensen uit het eigen sociale netwerk. Achter het geven van mantelzorg staat zodanig doorgaans geen organisatie.

#### Vrijwilligershulp

- *Vrijwilligershulp*; dit is zorg door mensen die hiervoor geen of een beperkte vergoeding ontvangen. Deze zorg wordt veelal vanuit een organisatie ondersteund.

#### Professionele zorg

- *Professionele zorg*; dit is zorg die verleend wordt door iemand die daartoe een opleiding heeft gevolgd en daarvoor een salaris ontvangt.

Tegenwoordig lijkt het begrip mantelzorger soms een nieuwe betekenis te hebben gekregen. Zo heeft een zorgorganisatie ooit bekendgemaakt dat zij 'mantelzorgers gaan verplichten om 4 uur extra zorg te geven per maand'. Maar met zo'n verplichting is het geen mantelzorg meer en zelfs geen vrijwilligerszorg. Ook kun je via je zorgverzekering soms aanspraak maken op vervangende mantelzorgers als je zelf even niet kunt. 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*. De nieuwe mantelzorger lijkt qua positie tussen de vrijwillige en de professionele zorg geplaatst te kunnen worden.

### 1.3.3 Ordeningsprincipe: afstand tussen zorggebruiker en zorgverlener

Een andere indeling heeft te maken met de afstand tussen zorggebruiker en zorgverlener of de bereikbaarheid van de zorgverlener voor de zorggebruiker. Er is sprake van een soort hiërarchische indeling, ook wel echelons genoemd. Van oorsprong werden vier echelons onderscheiden:

#### Nulde echelon

- 1 *Het nulde echelon of nuldelijnszorg* bestond uit zorg die gegeven werd door anderen dan professionele zorgverleners in de individuele zorg. Het ging dan bijvoorbeeld om zelfzorg, mantelzorg, vrijwilligers en straathoekwerkers. Een groot deel van de welzijnszorg werd geplaatst in het nulde echelon. Voor de jeugdhulpverlening werden ook scholen en kinderopvang gerekend tot het nulde echelon.

#### Eerste echelon

- 2 *Het eerste echelon of eerstelijnszorg* bestond uit zorg geleverd door professionele zorgverleners waartoe zorggebruikers zich rechtstreeks konden wenden. Een verwijzing van een andere zorgprofessional of zorgverlener was niet nodig. Het bekendste voorbeeld was de huisarts.

- 3 *Het tweede echelon of tweedelijnszorg* bestond uit zorg die niet direct toegankelijk was voor zorggebruikers. Daartoe was een verwijzing nodig van iemand vanuit het eerste echelon. Voorbeelden zijn specialistische zorg in een ziekenhuis of gespecialiseerde jeugdzorg.
- 4 *Het derde echelon of derdelijnszorg* betrof alle zorg waarbij een burger werd opgenomen in een instelling. Een klassiek voorbeeld is de zorg in een verpleeghuis. Veel vormen van residentiële jeugdzorg, dus zorg voor jeugd die verblijft in een tehuis of instelling, waren ook op te vatten als derdelijnszorg. Voor dit type zorg was veelal een indicatie nodig die werd afgegeven door een onafhankelijk indicatieorgaan.

Tweede echelon

Derde echelon

1

Ook deze indeling komt van oorsprong uit de gezondheidszorg. Het principe van de echelonnering stamt uit de jaren zeventig van de vorige eeuw en is gebaseerd op het uitgangspunt: lichte hulp waar mogelijk, en zwaardere hulp waar nodig en op doorverwijzing. Zeker de eerstelijnszorg, en dan met name de huisarts, zou een soort *poortwachtersfunctie* moeten vervullen. Vanuit deze functie 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. In de uitvoering van de zorg is de echelonnering echter niet altijd toereikend gebleken. Het blijkt een ongewenste scheiding tussen de echelons in de hand te werken en daarmee de samenwerking tussen hulpverleners en zorgorganisaties uit verschillende echelons lastiger te maken. De burger kan verloren raken in de kluwen van zorg- en welzijnsvoorzieningen.

Poortwachters-  
functie

De laatste jaren is er een nieuwe vorm van echelonnering te herkennen. Simpel weergegeven ziet dit er ongeveer als volgt uit:

- In de nulde lijn is er geen sprake meer van betaalde en/of professionele zorg, het gaat alleen om zelfzorg en mantelzorg.
- De *halfde lijn* bestaat uit zorg die gegeven wordt door vrijwilligers en uit professionals die het verlenen van zorg op de één of andere manier faciliteren, onder andere via doorverwijzing of indicering voor 'hogere' vormen van zorg. In hun generalistische taak, dus daar waar een professionaal breder moet kijken dan enkel vanuit het eigen specialisme en binnen de samenwerking met anderen, zijn sociale wijkteams bijvoorbeeld te situeren in de halfde lijn. Maar dat geldt ook voor opbouwwerkers, scholen of kinderopvang en een deel van het werk van huisartsen. Presentie (de kunst van het aanwezig zijn) en preventie behoren ook tot de halfde lijn.
- De eerste lijn bestaat nog steeds uit zorg geleverd door professionele zorgverleners 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).
- De *anderhalfde lijn 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

Halfde lijn

Anderhalfde lijn

echelon kunnen uitgebreide ambulante zorg of ondersteuning behoren en instellingszorg van tijdelijke aard.

- De tweede lijn 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. Ook een ziekenhuis behoort tot de tweedelijnszorg.

### 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 thuis ontvangt. Dit wordt <i>extramurale zorg, ambulante zorg of zorg thuis</i> genoemd.   |
| Semimurale zorg  | 2 Zorg die de zorggebruiker in een instelling ontvangt, terwijl hij of zij zelf thuis woont. Dit wordt <i>semimurale zorg</i> genoemd.   |
| Intramurale zorg | 3 Zorg die de zorggebruiker in een instelling ontvangt, waar hij of zij tevens 24 uur per dag verblijft. Dit wordt <i>intramurale zorg of klinische zorg</i> genoemd. In de jeugdzorg spreekt men in dit kader veelal van <i>residentiële zorg</i> . |

Deze indeling benadrukt de combinatie van zorg en ergens verblijven of wonen. Nadeel hiervan is dat het ergens verblijven kosten met zich meebrengt als huur, schoonmaak en voeding. Deze zijn in principe geen onderdeel van zorg. Iedereen moet dat betalen. De vraag in hoeverre zorg en wonen gescheiden zouden moeten zijn, lijkt een blijvende politieke discussie.

### 1.3.5 Ordeningsprincipe: zorgduur

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

- |                  |  |
|------------------|--|
| Langdurige zorg  | 1 De <i>chronische zorg, langdurige zorg of long stay care</i> , die vooral bestaat uit verpleging en verzorging binnen de zogeheten care sector (o.a. verpleeghuis en thuiszorg). |
| Kortdurende zorg | 2 De <i>kortdurende zorg of short stay care</i> die veelal op behandeling en herstel gericht is en meer in de <i>cure</i> sector (o.a. ziekenhuis) plaatsvindt.                    |

Deze indeling is vooral in de gezondheidszorg van toepassing en minder in de welzijnszorg. Ook deze indeling kent zijn beperkingen. Een duidelijke scheiding tussen beide typen zorg is lastig te geven. Daarom kom je heel af en toe ook de term *middellangdurende zorg of medium stay care* tegen, bijvoorbeeld in de GGZ of de verslavingszorg.

Middellangdurende zorg

Al deze mogelijke indelingen onderschrijven de stelling dat de zorg- en welzijnssector organisatorisch gezien zeer complex in elkaar zit.

## 1.4 Nederland als verzorgingsstaat

In Nederland is kort na de Tweede Wereldoorlog begonnen met het opbouwen van de 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 rechten als vrijheid van meningsuiting, godsdienstvrijheid en recht op onderwijs.



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

#### 1.4.1 Politieke benadering

Bij de *politieke benadering* van de verzorgingsstaat gaat het om vraagstukken van recht, rechtvaardigheid en onderlinge solidariteit. Samen te vatten als: *Wie krijgt wat, wanneer en hoe?*

In een verzorgingsstaat speelt het solidariteitsbeginsel of solidariteitsprincipe een belangrijke rol. Het *solidariteitsbeginsel* 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. Er is sprake van een inkomensafhankelijke bijdrage in de kosten van de zorgsector per inwoner van Nederland. Dus mensen met een hoger inkomen dragen meer bij dan mensen met een lager inkomen.

Om dezelfde zorg in dezelfde omstandigheden te kunnen bieden, moet men kunnen vaststellen of er inderdaad sprake is van dezelfde omstandigheden. Dit is niet eenvoudig gebleken en heeft door de jaren heen geleid tot een voortdurende aanpassing van wet- en regelgeving en een uitdijende bureaucratie. Om tegemoet te komen aan het uitgangspunt dat iedereen in dezelfde omstandigheden recht heeft op dezelfde zorg, wordt meestal gewerkt met afvinklijstjes. Men moet dan bijvoorbeeld voldoen aan bepaalde objectieve voorwaarden om een scootmobiel te kunnen krijgen. Of men deze wel of niet gebruikt doet er niet toe. Het aantonen van het voldoen aan deze voorwaarden betekent doorgaans veel papieren invullen door zowel de betreffende burger als door anderen, zoals hulpverleners of ambtenaren. Bovendien blijkt er veel controle nodig om misbruik tegen te gaan.

#### 1.4.2 Macro-economische benadering

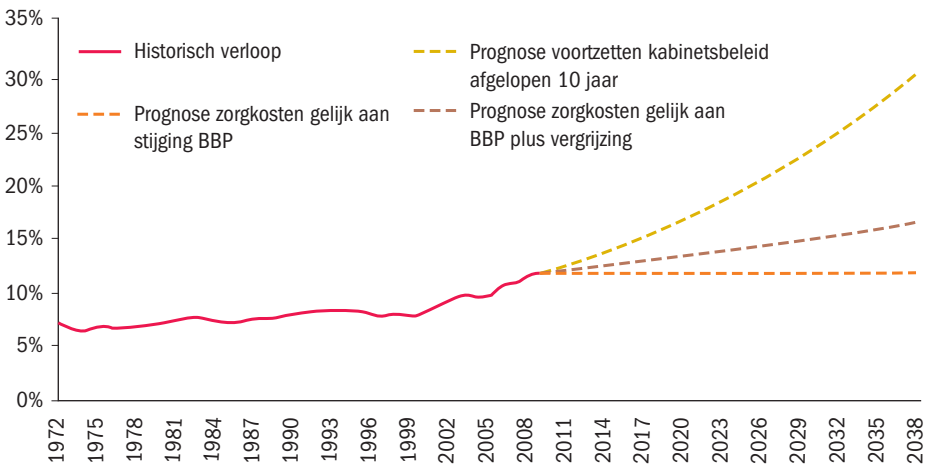
Bij de *macro-economische benadering* van de verzorgingsstaat gaat het om vraagstukken die betrekking hebben op de inkomsten en uitgaven van een land. Hierbij gaat het om vragen als: *Wat betekent de verzorgingsstaat voor het bruto binnenlands product en de economische groei?*

Door de bestaanszekerheid die een verzorgingsstaat biedt, is er minder sprake van zichtbare armoede of sociale ellende. In het straatbeeld kom je bijvoorbeeld weinig zwervers of bedelaars tegen. Dit gold ook voor Nederland. Een verzorgingsstaat leidt doorgaans ook tot een sociaal stabiele samenleving. Dit komt onder meer de ontwikkeling van het bedrijfsleven en daarmee de welvaart ten goede. De vele producten die in een economisch welvarend land op de markt komen, leiden tot een toename van de keuzemogelijkheden en stimuleren de consumptie. Het kunnen kiezen en consumeren is ook binnen de zorg- en welzijnssector in Nederland een steeds belangrijker thema geworden. De toegenomen welvaart leidt bovendien tot een hogere levensverwachting.

### Bruto binnenlands product

De financiële kosten van een verzorgingsstaat bedragen veelal een aanzienlijk percentage van het bruto binnenlands product. Het *bruto binnenlands product* (BBP) betreft alle inkomsten binnen de staatsgrenzen van een land. Het staat voor de totale waarde van alle goederen en diensten die in een bepaalde periode, meestal een jaar, door een bepaald land zijn geproduceerd. Het wordt vaak gezien als de belangrijkste maat voor de inkomsten van een land. Figuur 1.2 toont een overzicht van de zorgkosten als percentage van het BBP in Nederland over een langere periode.

FIGUUR 1.2 Zorgkosten als percentage van het BBP



Bron: CBS StatLine, OECD, analyse Finance Ideas

### Vergrijzing

Gedurende ongeveer dertig jaar, tussen 1972 en 2000, is er nauwelijks een stijging waar te nemen. Vanaf 2000 laat figuur 1.2 een duidelijke stijging zien. Deze stijging wordt mede veroorzaakt door de zogeheten vergrijzing. De term *vergrijzing* wordt gebruikt om aan te geven dat het aandeel van ouderen in een bevolking stijgt ten opzichte van de andere leeftijdsgroepen. De gemiddelde leeftijd van de Nederlanders stijgt dus. Met het stijgen van de leeftijd wordt de kans dat iemand zorg nodig heeft groter. En daarmee stijgen de kosten van een verzorgingsstaat als alles blijft zoals het is.

Zoals de figuur ook laat zien was de prognose in 2010 dat als er niets werd gedaan de zorgkosten de pan uit zouden rijzen. Een belangrijke reden voor het verlaten van de verzorgingsstaat was de noodzaak om deze kostenstijging terug te dringen.

Als in een periode de welvaart afneemt, zoals bij de economische crisis van 2008, en de zorgkosten gelijk blijven, dan drukken de zorgkosten ook zwaarder op de uitgaven van de overheid. Hoewel de verzorgingsstaat in eerste instantie dus een positief effect heeft op de welvaart, lijkt er zich na verloop van tijd een omslagpunt voor te doen onder invloed van factoren als vergrijzing en economische teruggang.

### 1.4.3 Sociologische benadering

Bij de *sociologische benadering* van de verzorgingsstaat gaat het om vraagstukken die betrekking hebben op de samenleving en de onderlinge betrekkingen van mensen in die samenleving. In dit geval gaat het om vragen als: *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? Naast deze 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.

## 1.5 Werken aan een participatiesamenleving

Vanuit de overheid worden burgers nadrukkelijk 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*.

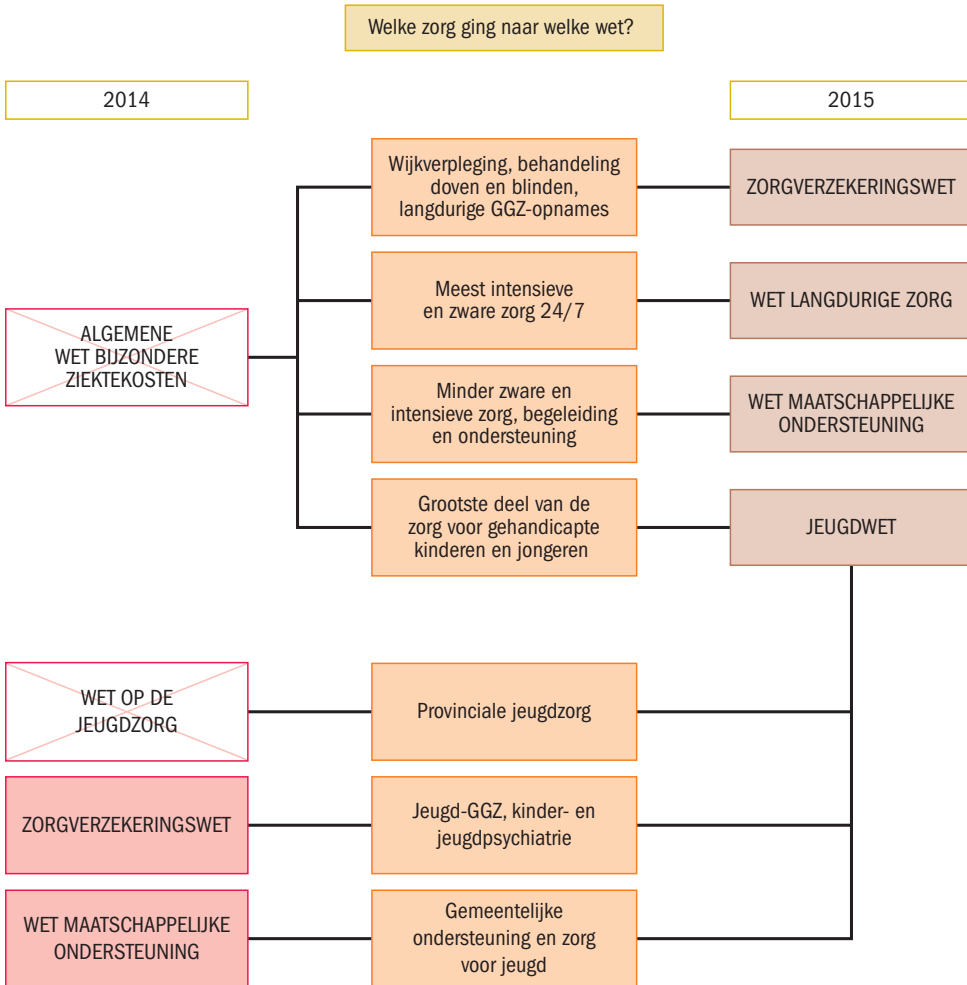
Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Participatiesamenleving

### 1.5.1 Over transitie en transformatie

Op 1 januari 2015 vond er een belangrijke wijziging in de Nederlandse wet- en regelgeving rond zorg en welzijn plaats. Figuur 1.3 toont een belangrijk deel van deze wijzigingen, namelijk 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 van 2015



In het sociale domein gaat het met name om de drie wetten:

- Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)
- Jeugdwet
- Participatiewet (deze wet staat niet in figuur 1.3, omdat deze wet uit de sector 'Werk en inkomen' komt)

Voor de uitvoering van deze drie wetten zijn de Nederlandse gemeenten, met andere woorden de gemeentelijke overheden, verantwoordelijk.

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

- Wet langdurige zorg (Wlz)
- Zorgverzekeringswet

Voor de uitvoering van deze wetten is de nationale overheid verantwoordelijk.

De wet- en regelgeving is per 1 januari 2015 dusdanig gewijzigd, dat er sprake is van een *transitie* of een fundamentele verandering op systeemniveau met een grote impact op de samenleving. Deze wijziging van de wet- en regelgeving, of *stelselwijziging*, 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.

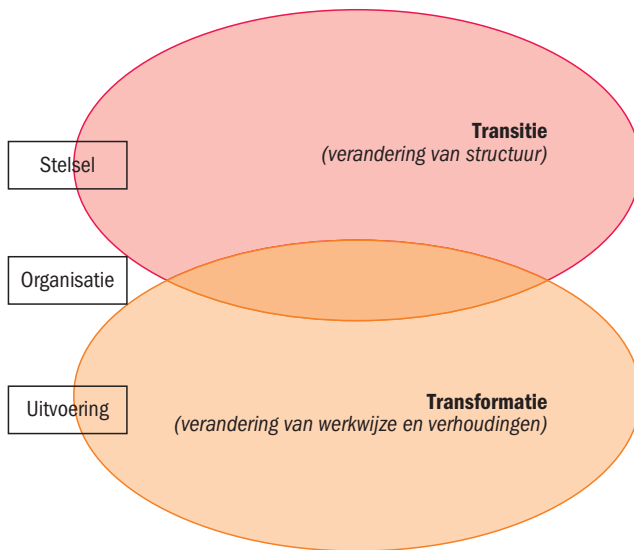
Met de transitie wordt de omslag of *transformatie* van de verzorgingsstaat naar een participatiesamenleving beoogd. De transitie betreft dus de stelselwijziging, met het begrip transformatie wordt de werkelijke wijziging in de samenleving bedoeld. Figuur 1.4 toont het verschil.

Transitie

Stelselwijziging

Transformatie

FIGUUR 1.4 Transitie en transformatie



Transitie van taken, bevoegdheden en budgetten vergt dus ook verandering of transformatie van de uitvoering. Transformatie is een langdurig proces met verandering van werkwijzen en verhoudingen tussen betrokkenen op micro-, meso- en macroniveau. Met het *microniveau* wordt doorgaans het directe contact tussen hulpvrager en hulpverlener aangeduid. Het *mesoniveau* betreft het direct voorwaardenscheppend niveau hiervoor, zoals een zorg- of welzijnsorganisatie en hoe dit voorwaardenscheppend niveau reilt

Microniveau

Mesoniveau

**Macroniveau**

en zeilt. Met het *macroniveau* gaat het om het gemeentelijk en/of beleidsniveau, met name de wet- en regelgeving en de uitwerkingen naar beleid hiervan.

De veranderingen van de huidige transformatie betreffen:

- ander gedrag van professionals, cliënten en andere inwoners
- andere cultuur bij instellingen en professionals
- andere werkwijzen in de zorg- en welzijnssector
- anders met elkaar omgaan van inwoners, cliënten, professionals, instellingen en gemeenten

In 2015 heeft Minister Plasterk (van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties) de transformatieopdracht voor de zorg- en welzijnssector als volgt verwoord:

- 1 Meer maatwerk dat beter dan voorheen is afgestemd op de individuele ondersteuningsbehoefte.
- 2 Meer integraliteit zodat burgers werkelijk centraal staan.
- 3 Minder zorgen, meer stimuleren/aansluiten.
- 4 Betere preventie.
- 5 Meer aandacht voor effectiviteit en efficiëntie.
- 6 Minder escalatie naar de eerstelijns- en de tweedelijnszorg en -ondersteuning.

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.

### 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 en passende zorg 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. In dit kader spreekt men sinds 2007 ook wel over de *kanteling*. Met het begrip kanteling lijken meerdere veranderingen in onze samenleving te worden aangeduid. Deze veranderingen hebben allemaal te maken met de grote omwenteling in de overtuigingen die betrekking hebben op zorg- en welzijnsvoorzieningen. Onder invloed van de transitie van 2015 is deze omwenteling of kanteling nog in een versnelling terechtgekomen.

**Kanteling****Kaderwet**

De Wmo is een *kaderwet*, wat betekent dat de wet de kaders aangeeft waarmee elke gemeente haar eigen beleid kan maken. Een beleid dat afgestemd moet worden op de wensen en samenstelling van de inwoners van die gemeente. Er is sprake van lokale beleidsvrijheid, maar wel met inbreng van de direct betrokkenen, met een maximaal transparante besluitvorming en met maximale inzichtelijkheid wat betreft de bereikte resultaten. De gemeenteraad stelt daartoe een of meer plannen vast voor een periode van

maximaal vier jaar, met de hoofdzaken van het door de gemeente te voeren beleid voor maatschappelijke ondersteuning en de beoogde resultaten. Daarbij moet onder andere duidelijk worden hoe keuzevrijheid wordt geboden aan burgers die afhankelijk zijn van maatschappelijke ondersteuning. 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 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 transformatie en efficiëntie. 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 vooral 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 en participatie of meedoen en meedenken centraal.

## 1.6 Nederland als waarborgstaat?

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

### 1.6.1 Terugtrekkende overheid

Wanneer we spreken over een *terugtrekkende of terugtrekkende overheid* bedoelen we dat de overheid, waar het maatschappelijke taken betreft, veel minder hooi op haar vork neemt. Anders gezegd gaat het erom dat de overheid niet meer de verantwoordelijkheid neemt voor het uitvoeren van bepaalde taken of het in stand houden van bepaalde voorzieningen. Een overheid die zich terugtrekt, richt zich slechts op een paar kerntaken waarbij wordt verondersteld dat andere taken door de inwoners zelf worden opgepakt. In dit kader wordt ook wel gesproken over een *kleine overheid*. Niet alleen klein ten aanzien van de taakstelling, maar ook ten aanzien van de omvang ervan. Dus met minder bestuurslagen, minder politici en minder ambtenaren. Een samenleving met een kleine overheid wordt tegenwoordig ook wel een *waarborgstaat* genoemd. Hiermee wordt bedoeld: 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.

Terugtrekkende  
of terugtrekkende  
overheid

Kleine overheid

Waarborgstaat

### 1.6.2 Veronderstelde gevolgen voor de samenleving

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. Het zogenaamde maatschappelijk middenveld, ook wel *civil society* of burgermaatschappij genoemd, komt meer aan zet. 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 sportvereniging. Ooit waren er vele 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.

Civil society

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

Burgerinitiatief

Meer *burgerinitiatief*, dus wanneer het initiatief door burgers is genomen waar voorheen de overheid dit deed, betekent ook de verwachting dat de markt in gaat spelen op het terugtreden van de overheid. Producten en diensten die niet langer onder invloed staan van de overheid worden door nieuwe marktpartijen met nieuwe inzichten aangeboden. De burger bepaalt of heeft de regie. De overheid van een waarborgstaat faciliteert dit type ontwikkelingen en ziet erop toe dat de kwaliteit gewaarborgd blijft.

Het lijkt erop dat Nederland zich ontwikkelt richting een waarborgstaat. 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.

## 1.7 Betekenis ontwikkelingen voor zorg- en welzijnssector

Hoewel de verzorgingsstaat formeel de hele tweede helft van de vorige eeuw de samenleving heeft bepaald, is de verandering richting een participatie-samenleving binnen de zorg en welzijnssector al veel eerder ingezet. Deze verandering wordt wel geduid 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.

Vermaatschappelijking van de zorg



Tot ver 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.

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 wordt minder belangrijk, het individu komt voorop te staan. Burgers worden steeds mondiger. Dit geldt ook voor hulpvragers en hun vertegenwoordigers. Met deze ontwikkeling komt meer nadruk te liggen op emancipatie. Dit leidt tot *emancipatiebewegingen* of bewegingen die zich inzetten voor de belangen van bepaalde groepen, in dit geval vooral de 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.

Individualisering

Emancipatiebewegingen

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.

Antipsychiatrie

### **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.

Bij 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 leidende principe. Bovendien worden 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

Functionele  
integratie

Sociale  
integratie

- 1 *fysieke integratie* of wonen in een gewone buurt of wijk
- 2 *functionele integratie* door gebruik te maken van gewone voorzieningen in de buurt of wijk
- 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

De ontwikkeling van een verzorgingsstaat naar een participatiesamenleving en de beweging richting een waarborgstaat 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 nieuwe 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.

Na deze inleidende verkenning wordt op basis van de volgende drie onderdelen in de overige hoofdstukken hier dieper op ingegaan:

- 1 Netwerkontwikkeling en ondersteuning binnen eigen kring (deel 1)
- 2 Ondersteuning door bijzondere netwerkleiden (deel 2)
- 3 Netwerkontwikkeling als professionele opdracht (deel 3)

# Samenvatting

- ▶ Nederland was decennia lang een verzorgingsstaat wat wil zeggen dat de overheid de primaire verantwoordelijkheid had 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. Nederland ontwikkelt 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 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 zorg op maat, dicht bij huis. De transitie leidt tot een transformatie of een langdurig proces met verandering van werkwijzen en verhoudingen tussen betrokkenen op micro-, meso- en macroniveau.
- ▶ De verwachting is dat Nederland zich ontwikkelt tot een waarborgstaat met als beoogde opbrengst een participatiesamenleving, waarin een kleine overheid minder taken en verantwoordelijkheden ten behoeve van het welzijn van haar burgers op zich neemt. Dit biedt meer ruimte voor burgerinitiatief en zorg voor elkaar. Dit boek probeert een handreiking te zijn voor (toekomstige) werkers in de zorg- en welzijnssector bij de worsteling met de bij deze ontwikkeling passende rollen. Centraal hierbij staat het begrip 'netwerkontwikkeling'.

# Kernbegrippen

1

---

<b>Anderhalve lijn</b>	De anderhalve lijn bestaat uit zorg waarvoor een verwijzing en/of indicatie nodig is vanuit de helfde 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.
<b>Burgerinitiatief</b>	Bij burgerinitiatief gaat het om een initiatief dat genomen is door burgers, waar voorheen de overheid dit deed.
<b>Civil society</b>	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.
<b>Community care</b>	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.
<b>Deïstitutionalisering</b>	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.
<b>Extramuralisering of transmuralisering</b>	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.
<b>Halfde lijn</b>	De helfde lijn bestaat uit zorg die gegeven wordt door vrijwilligers en uit professionals die het verlenen van zorg op de één of andere manier faciliteren, onder andere via doorverwijzing of indicering voor 'hogere' vormen van zorg. In hun generalistische taak zijn sociale wijkteams bijvoorbeeld te situeren in de helfde lijn, maar ook opbouwwerkers, scholen of kinderopvang en een deel van het werk van huisartsen. Presentie en preventie behoren ook tot de helfde lijn.

---

<b>Individualisering</b>	Individualisering is de ontwikkeling waarbij de groep minder belangrijk wordt en het individu voorop komt te staan.
<b>Kaderwet</b>	Een kaderwet geeft de kaders aan waarmee de uitvoerder van de wet zelf beleid moet maken. De Wmo, waarvan de gemeente de uitvoerder is, is een voorbeeld van zo'n kaderwet.
<b>Kanteling</b>	Met kanteling wordt de grote omwenteling in overtuigingen met betrekking tot zorg- en welzijnsvoorzieningen binnen onze samenleving bedoeld.
<b>Maatschappelijk steunsysteem</b>	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.
<b>Macro-economische benadering</b>	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.
<b>Macroniveau</b>	Het macroniveau duidt op het gemeentelijk en/of beleidsniveau, met name de wet- en regelgeving en de uitwerkingen naar beleid hiervan.
<b>Mesoniveau</b>	Het mesoniveau betreft het direct voorwaardenscheppend niveau voor het microniveau, zoals een zorg- of welzijnsorganisatie, en hoe dit voorwaardenscheppend niveau reilt en zeilt.
<b>Microniveau</b>	Met microniveau wordt doorgaans het directe contact tussen hulpvrager en hulpverlener aangeduid.
<b>Participatiesamenleving</b>	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.
<b>Politieke benadering</b>	De politieke benadering is een manier van kijken naar vraagstukken waarbij je vooral geïnteresseerd bent in welke keuzes een overheid maakt ten aanzien van wie wat krijgt, in welk geval en hoe.
<b>Sociologische benadering</b>	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.

<b>Solidariteitsbeginsel of solidariteitsprincipe</b>	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.
<b>Terugtrekkende of terugtrekkende overheid</b>	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.
<b>Transformatie</b>	Langdurig proces van verandering van werkwijzen en verhoudingen tussen betrokkenen op micro-, meso- en macro-niveau.
<b>Transitie</b>	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.
<b>Vermaatschappelijking van de zorg</b>	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.
<b>Verzorgingsstaat</b>	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.
<b>Waarborgstaat</b>	Een land wordt een waarborgstaat 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.

# Verwerkingsopdrachten

## CASUS 1: HELPEN BURGERS ELKAAR VOLDOENDE?

In de pers verschijnen geregeld 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 blijk 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 in de Haagse Roggeveenstraat 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 te vertrouwen op de kracht van burgers zelf.*

*Bron: nos.nl, juni 2017*

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](http://www.wetten.nl).
- c Wat betekent deze zeggenschap voor jou als professional?