



Nieuw beleid, nieuwe professionals

Implicaties van de Wmo
voor hulpverleners

Lilian Linders
Ike Bouma
Jan Steyaert

mei 2008

Nieuw beleid, nieuwe professionals

**Implicaties van de Wmo
voor hulpverleners**

Lilian Linders
Ike Bouma
Jan Steyaert

mei 2008

Inhoud

Voorwoord	5
1 Inleiding: De Wmo gaat ons allemaal aan.....	7
2 Wmo: de feiten... ..	9
2.1 Hervormingen in de zorg	9
2.2 Decentralisering naar gemeente	10
2.3 De zorgideologie van de wet	12
2.4 Andere nieuwigheden in de Wmo	16
2.5 Groeipijnen tijdens het ontstaan van de wet	20
2.6 Invoering, doorontwikkeling en voortschrijdend inzicht	24
2.7 Mensen met een beperking	30
2.8 Ouderen	34
2.9 Jeugd	40
3 Wmo beleid en beroepspraktijk in Eindhoven.....	49
3.1 Lokaal worstelen met een landelijke wet	49
3.2 Mensen met een beperking	57
3.3 Ouderen	59
3.4 Jeugd	67
4 Welke nieuwe professionaliteit is nodig door de Wmo?.....	81
5 Besluit	93
Beknopt tijdspad Wmo	95
Verwijzingen	96
Literatuur	97
Colofon	100



Voorwoord

De Wmo is inmiddels een begrip in de sociale sector. Nog even, en we weten niet meer dat die letters staan voor Wet Maatschappelijke Ondersteuning. De wet is nu ruim een jaar in werking. Maar al ruim voor de inwerkingtreding ging er een golf van activiteit door sociaal Nederland, zo blijkt ook uit deze publicatie van de Fontys Hogescholen.

De auteurs beschrijven de voorgeschiedenis van de wet. Ze laten zien op welke maatschappelijke ontwikkelingen de wet een antwoord is en in welke bestuurlijke context de voorbereiding plaats vond. Ze maken duidelijk wat er nieuw is aan de wet en hoe het op dit moment gesteld is met de uitvoering. Een gedegen studie waarin alles eens netjes op een rij staat.

Met deze publicatie willen de auteurs vooral laten zien wat de betekenis van de Wmo is voor de sociale sector en dan met name voor de mensen die in die sector werken. En voor hen die op dit moment worden opgeleid om in die sector te gaan werken. Na het landelijke verschuift het perspectief in het boek dan ook naar het lokale niveau, in casu Eindhoven. Immers, het is op het niveau van buurt en wijk waar maatschappelijke ondersteuning plaatsvindt. Daar ervaren sociale professionals de veranderingen die de Wmo met zich meebrengt, het sterkst. Omdat de wet gemeenten verplicht zich in te spannen om iederéén aan de samenleving te laten deelnemen (ook de meest geïsoleerde of kwetsbare inwoners), moeten de professionals op pad, er op af om deze inwoners te bereiken en te stimuleren om de stap naar meer participatie te zetten. Omdat de wet iedereen oproept een bijdrage te leveren aan maatschappelijke ondersteuning, ook burens, vrienden en vrijwilligers, moeten professionals samen met de informele hulpverleners bepalen wie wat kan doen. En moeten ze hen ondersteunen, zodat ze ook daadwerkelijk een bijdrage kunnen leveren. Omdat de inwoners van de stad meer bij ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van beleid betrokken moeten worden, moeten professionals ervoor zorgen dat ze goed zichtbaar zijn en dat ze de gewenste kwaliteit leveren. En omdat ook juist de stem van de hulp- of zorgvrager gehoord moet worden, moeten professionals niet alleen hun oor bij hen te luisteren leggen. Ze moeten vooral moeilijk bereikbare doelgroepen zien te bereiken en hen ondersteunen bij hun beleidsbetrokkenheid

Het is geen geringe opdracht die de Wmo sociale professionals geeft. Wmo-specifiek instrumentarium, dat hen behulpzaam kan zijn bij het vervullen van die opdracht, is op dit moment nog volop in ontwikkeling. Deze publicatie levert een bijdrage aan de ontwikkeling van dit instrumentarium. Echter, voordat de gereedschapskist goed gevuld zal zijn, moet er nog heel wat gebeuren. Hogescholen (en andere kennisorganisaties) vervullen hierin een belangrijke rol. En zoals altijd worden de oplossingen op dit moment in de praktijk gevonden.

Dus daar moeten we bij de ontwikkeling van het instrumentarium steeds weer naar terugkeren.

Dr Aletta Winsemius
Programmamanager Hulpverlening en Activering MOVISIE

1 Inleiding:

De Wmo gaat ons allemaal aan

Sinds enige jaren gaan veel van de discussies en gesprekken in de sociale sector over de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning, de Wmo. Die vervangt onder meer de Welzijnswet en de Wet Voorzieningen Gehandicapten. Het is goed dat substantiële delen van beleid af en toe groot onderhoud krijgen, gelet op het gecombineerde effect van een zich steeds ontwikkelende maatschappij, voortschrijdend inzicht in welk beleid effectief is en verschuivende voorkeuren in de samenleving. Een levensduur van 250 jaar voor beleid kunnen we ons nu niet meer voorstellen. Dat is ooit wel voorgekomen, zoals bij de eerste sociale wetgeving, het edict van Keizer Karel V uit 1531 dat armen het moeilijk maakte te bedelen buiten hun eigen woonplaats en parochies verplichtte alle armen uit het eigen grondgebied te ondersteunen.

Nieuw beleid brengt ook onzekerheid en onwennigheid met zich mee. Het vraagt verandering en aanpassing. Niet altijd is bij de goedkeuring van nieuw beleid meteen duidelijk hoe de uitvoering gaat verlopen, hoe één en ander er bij de implementatie van het beleid uit gaat zien. Over de invoering van de Wmo is al veel gezegd en geschreven. In deze publicatie trachten we de consequenties van de Wmo in beeld te brengen vanuit het perspectief van de professionals uit de sociale sector. Welke sociale interventies moeten ze uit hun gereedschapsbak verwijderen, welke nieuwe instrumenten komen erbij, welke competenties winnen of verliezen aan belang?

De Wmo werd met ingang van 1 januari 2007 ingevoerd door de Nederlandse gemeenten. De wet beslaat een groot terrein van de verzorgingsstaat (naast opgroeien/onderwijs en arbeidsmarkt), namelijk de zorg. Het gaat daarbij niet om de geneeskundige zorg (de 'cure'), maar om hulpverlening aan kwetsbare burgers en het werken aan algemene leefbaarheid. Dat is een heel divers terrein met diverse vormen van sociale interventies, zoals buurtbemiddeling of maaltijdvoorziening via tafeltje-dek-je. De zware en langdurige vormen zoals opname in een verzorgings- of verpleeghuis zijn geen onderdeel van de Wmo, maar blijven behoren tot het domein van de Awbz. De veranderingen daar hebben wel invloed op de reikwijdte van de Wmo.

Met de Wmo worden de gemeenten verantwoordelijk gemaakt voor de maatschappelijke ondersteuning. Maatschappelijke ondersteuning omvat het hele scala aan activiteiten die het mensen mogelijk maakt te participeren in de samenleving. Het gaat dan om zaken als zelfredzaamheid, steun uit het informele circuit, zoals mantelzorg en vrijwilligerswerk, en professionele steun zoals opvoedingsondersteuning, huishoudelijke hulp en informatie en advies. Leidmotief van de wet is 'meedoen', zo lang en zelfstandig mogelijk. Alleen als het echt niet anders kan biedt de gemeente een vangnet.

De wet gaat daarmee over iedereen: de burger die zorg nodig heeft én de omgeving van de burger die als potentiële hulpbron gezien wordt. Om het onderzoek toch enigszins in te perken hebben we gekozen voor drie doelgroepen, namelijk mensen met een beperking, ouderen en jeugd.

De wet bestrijkt een breed gebied van zorg en welzijn. De effecten van de wet op deze sector zouden omvangrijk kunnen zijn. Het hele werkveld krijgt te maken met de invoering van de Wmo. Tegelijkertijd staat de wet nog dusdanig in de kinderschoenen dat nog weinig bekend is over de feitelijke gevolgen ervan in de werkpraktijk. Voor veel professionals en docenten in de sociale sector is de Wmo nog omgeven met vraagtekens, vooral waar het gaat om de praktische gevolgen voor professionals in het sociale domein. Waarom is er een Wmo, wat staat er precies in die wet en wat moeten/kunnen wij ermee? In deze tekst brengen we de achtergrond en uitwerking van de belangrijkste beleidswijziging die tot de Wmo leiden in beeld voor onze beroepssector, evenals de implicaties daarvan voor studenten en docenten in de sector zorg en welzijn.

De Wmo gaat ervan uit dat maatschappelijke ontwikkeling en hulpverlening beter georganiseerd kunnen worden op lokaal niveau. Daar kan meer slagkracht en vitaliteit ontwikkeld worden. Elke gemeente moet dus eigen beleid gaan ontwikkelen, en daarom zal gemeente x gaan verschillen van gemeente y. Daarbij is wisselend perspectief nodig, want de wethouder zal in gemeente x een ander verhaal vertellen dan de ouderenbond of de brede welzijnsorganisatie. We hebben er daarom voor gekozen om – naast de nodige literatuurstudie – mensen van verschillend pluimage te interviewen (zie colofon voor een overzicht): vertegenwoordigers van vrijwilligersorganisaties, gemeenteambtenaren betrokken bij de wet en vertegenwoordigers van professionele organisaties in het werkveld. Alle interviews zijn na afloop uitgewerkt en ter goedkeuring voorgelegd aan de betrokkenen. Op deze plaats willen we al onze gesprekspartners bedanken voor hun medewerking.

Met het onderzoek trachten we drie vragen te beantwoorden. De eerste vraag gaat over de feitelijke inhoud van de Wmo en is vooral descriptief van aard. De tweede vraag behelst het lokale niveau, voornamelijk van de gemeente Eindhoven. Daarbij gaat het enerzijds om de gevolgen van de wet voor het gemeentebestuur, en anderzijds over de gevolgen voor de Eindhovense sociale sector. Onze derde vraag is over welke bijzondere kwaliteiten beroepskrachten uit de sociale sector moeten beschikken vanwege de invoering van de Wmo en wat daarvan de gevolgen zijn voor sociaalagogische opleidingen. Dit is meteen ook de structuur van de tekst. De drie vragen worden telkens in een hoofdstuk uitgewerkt en beantwoord.

2 Wmo: de feiten...

De kaders die de Wmo biedt en de doelstellingen van de wet zijn eenvoudig op te sporen via de talloze publicaties die sinds de conceptie van de wet het licht hebben gezien. Wat de wet precies betekent voor de burger en wat de gevolgen zijn voor de sectoren zorg en welzijn is wat minder gemakkelijk hieruit te distilleren. Het vertrekpunt voor het beantwoorden van die vraag ligt toch in het in beeld brengen van de totstandkoming en uitgangspunten van de nieuwe wet. Daarom starten we in dit hoofdstuk met een algemeen overzicht. Vervolgens nemen we onder de loep wat de wet zegt over mensen met een beperking, ouderen en jeugd. Dit hoofdstuk blijft op landelijk niveau, in hoofdstuk 3 komt de lokale situatie in Eindhoven aan de orde.

2.1 Hervormingen in de zorg

De aanleiding tot de Wmo ligt in de problematische betaalbaarheid van zorg op langere termijn. We worden allemaal wat ouder en gezonder, maar alles samen leidt dat toch tot een groeiende zorgvraag die moeilijk te financieren blijft. In het hoofdlijnenakkoord van het tweede kabinet Balkenende van mei 2003 wordt dit al verwoord: “Kwaliteit en kwantiteit van de zorg schieten te vaak tekort, terwijl de kosten explosief stijgen. Het kabinet houdt nu reeds rekening met een stijging van de collectief verzekerde zorguitgaven boven de basisraming van het CPB van 1 miljard euro in de kabinetsperiode.” Ook in de brief van de staatssecretaris bij de contourennota (Ministerie van VWS, 2004) die vooraf ging aan de uiteindelijke wettekst worden verontrustende ontwikkelingen geschetst die de invoering van de Wmo noodzakelijk zouden maken. De toenemende vergrijzing en het groeiende pakket van verzekerde aanspraken leidden ertoe dat in Nederland aanzienlijk meer wordt uitgegeven aan deze zorg dan in de meeste andere landen in de Europese Unie.

Om zorg betaalbaar te houden wil het kabinet de Awbz beheersbaar maken en de druk van collectieve zorgbudgetten beperken. Om dit te realiseren hevelt het kabinet een deel van de Awbz over naar de Wmo. De Awbz, in 1968 van kracht gegaan, was oorspronkelijk bedoeld voor onverzekerbare risico's, vooral voor de bekostiging van verpleeghuizen en instellingen voor gehandicapten. De Awbz is vervolgens steeds meer uitgebreid met andere taken zoals ambulante zorg en huishoudelijke hulp. Hierdoor werd de Awbz een enorme kostenpost en steeg de maandelijkse bijdrage van werknemers aan deze verzekering significant. De kern, de 'oude' Awbz blijft ook na de overdracht van taken voorlopig bestaan. Recht op Awbz houden mensen die er zo ernstig aan toe zijn, dat ze eigenlijk in een verpleeghuis of andere 24-uurs instelling zouden moeten verblijven. Zij houden recht op zorg – ongeacht waar ze feitelijk wonen. Ook persoonlijke verzorging blijft vergoed uit de Awbz, bijv. hulp bij het opstaan, douchen, scheren, opmaken, aankleden, eten en drinken.

Vooralsnog wordt vooral huishoudelijke zorg uit de Awbz overgeheveld naar de Wmo. Een ander deel van de modernisering van de Awbz gaat op in een brede basisverzekering: de nieuwe zorgverzekering. Daarnaast zijn er veranderingen in gang gezet – zoals het

uniformeren van de indicatiestelling en de invoering van bekostiging naar zorgzwaarte - om binnen de Awbz tot een betere uitvoering en meer kwaliteit te komen.

Behalve delen uit de Awbz worden er nog meer wetten naar de Wmo overgeheveld. De nieuwe wet wordt een bundeling en vernieuwing van de bestaande welzijnswet, de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) (beiden uit 1994 en reeds gemeentelijk) en delen uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Awbz, uit 1968). Budgettair gaat het dan om 3 miljard euro (welzijnswet), 1 miljard (Wvg) en 1,3 miljard uit de Awbz. Bij de Wvg gaat het om rolstoelvoorzieningen, vervoervoorzieningen en woningaanpassing.

2.2 Decentralisering naar gemeente

“De lokale democratie gaat het werk doen”, zei Staatssecretaris Ross tijdens haar bijdrage in een Tweede Kamer debat over de Wmo (januari 2006). Eerder stelde ze dat de creativiteit van gemeenten de zorg overeind kan houden (Trouw, 1 mei 2004). Dat vat meteen de kern van het wetsvoorstel samen. De vitaliteit van maatschappelijke ondersteuning wordt in de Wmo gezocht in decentralisering. Daar waar de Awbz-budgetten op nationaal niveau oncontroleerbaar dreigen te groeien, is er op lokaal niveau ruimte voor betere aanwending van de middelen.

De contourennota van april 2004 omschrijft de huidige situatie van ondersteuning als een lappendeken met te weinig samenhang. “Deze lappendeken maakt het voor de burger onoverzichtelijk en nodeloos ingewikkeld om zorg en ondersteuning ‘op maat’ te regelen en daarmee moeilijk om voor zichzelf op te komen.” (contourennota p. 5). De nota verwijst daarbij onder meer naar het werk van de consumentenbond die ‘de grootste zorgfrustraties van consumenten in kaart’ bracht (Consumentenbond, 2002). Daartoe behoren de onvoorspelbare uitvoering van de Wvg door gemeenten en de onduidelijke indicatiestelling door regionale indicatie organen (RIO’s). Daar lijken in de perceptie van zorggebruikers bureaucratie en willekeur samen te gaan. Bovendien zijn er problemen met de zorgkantoren, persoonsgebonden budgets en thuiszorg. De consumentenbond stelt een eenvoudig alternatief voor, waarin de soevereine zorgconsument en één centraal loket centraal staan. Er ontstaat dan een heldere lijn van zorgvraag naar financieringsplan naar inkoop.

De contourennota vertaalt deze ambities naar meer ruimte voor de gemeenten. Immers, de burger wordt in zijn zelfredzaamheid tegengewerkt, maar ook de lokale overheid kan geen kant uit: “Gemeenten hebben in de huidige situatie (op lokaal niveau) onvoldoende mogelijkheden om regie te voeren over samenhangende activiteiten van aanbieders van zorg, wonen, welzijn en dienstverlening.” (contourennota, p. 4). Dat is ook de analyse van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in 2003: “In de bestaande situatie kan de andere zorg – ondersteuning van mensen met een beperking – niet uit de verf komen. De sturing is niet specifiek en direct; de verantwoordelijkheden van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten zijn onduidelijk verdeeld; er is geen helder onderscheid tussen zorgverzekering en lokaal bestuur.” (RVZ, 2003, p.25).

Door budgetten en verantwoordelijkheden te decentraliseren en in één hand te leggen,

ontstaat daar ruimte voor regie. Daarom gaan budgetten en beleidsruimte van het landelijke naar het gemeentelijke niveau. De oude welzijnswet en de Wvg en delen van de Awbz worden ondergebracht in de Wmo. Dat is een start, want volgende kabinetten kunnen beslissen om meer taken vanuit de Awbz over te hevelen naar de Wmo. In de gemeentelijke pilots wordt al geëxperimenteerd met de overdracht van ondersteunende en activerende begeleiding. De RVZ had eerder aangegeven groot voorstander te zijn van verregaande hervorkaveling van de Awbz. Ook activiteiten als persoonlijke verzorging en vervoer zouden zij in de Wmo ondergebracht willen zien (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2005). Recenter pleit diezelfde RVZ zelfs voor de gehele afschaffing van de Awbz en de overheveling van alle taken naar ofwel zorgverzekeraars of gemeenten. In dat scenario zouden alle activiteiten rond maatschappelijke ondersteuning onder de Wmo vallen. Die zou volgens de RVZ wel meer rechtszekerheid moeten gaan bieden door 'een aangescherpte compensatieplicht' (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2008). In maart 2008 kwam ook de SER met een advies over de verdere ontwikkeling van de Awbz. Daarin wordt gepleit om de Awbz strikt te beperken tot langdurige zorg. Nazorg na een medische behandeling of sociale hulp horen er niet in thuis. Vanuit dat uitgangspunt zou ondersteunende en activerende begeleiding overgaan van Awbz naar Wmo en zo nieuwe taken voor gemeenten vormen.

De verregaande decentralisering van zorg en welzijn komt niet eensklaps uit de lucht vallen. Zo kregen de gemeenten al in 1994 met de Welzijnswet en de Wet Voorzieningen Gehandicapten ruime bevoegdheden op het vlak van zorg en welzijn. De modernisering van de Awbz was eveneens al eerder ingezet. In het regeerakkoord Paars II uit 1998 werd deze al aangekondigd. Die modernisering was vooral gericht op kostenbeheersing, waarbij 2005 een 'bezuinigingsjaar' was met strengere criteria voor indicering en hogere eigen bijdragen. In feite werd er dus een uitgekleeft deel van de Awbz naar de gemeenten overgeheveld. Terwijl de verwachting is dat, gezien de gestaag toenemende vergrijzing, er steeds meer mensen gebruik van zullen maken.

Met het doorschuiven van verantwoordelijkheden naar gemeenten hoopt de overheid op betere afstemming tussen voorzieningen, het voorkomen van doublures en inefficiency en meer maatwerk. Gemeentes moeten ervoor gaan zorgen dat er een samenhangend stelsel van ondersteuning voor hun inwoners ontstaat en zij moeten daarbij een efficiëncyslag maken. Gemeenten zouden beter dan het rijk weten wat er leeft bij hun burgers en wat ze nodig hebben. Daardoor kunnen vraag en aanbod beter op elkaar afgestemd worden. Het gaat om zaken als het huishouden op orde houden, sociale ondersteuning bieden, het huis aanpassen, vervoer met een rolstoel enz. Elke gemeente kan dat op zijn eigen manier doen, in samenspraak met burgers. Gemeenten worden geacht dat zo goedkoop mogelijk te doen. Dat lijkt een verbetering. Wel zullen er verschillen tussen gemeenten gaan ontstaan in wachttijd of facilitering, bij de ene gemeente krijgt de burger meteen een aangepast toilet, bij de andere niet of alleen met een langere wachttijd.

De bestuurlijke vernieuwing die de Wmo met zich meebrengt behelst niet alleen meer verantwoordelijkheid en ruimte voor gemeenten (decentralisering), maar geeft ook

meer ruimte voor beleidsuitvoering aan organisaties en professionals in de publieke dienstverlening. Dat wordt ook wel horizontale sturing genoemd: “mechanismen waarmee een organisatie of een professional zeggenschap en inzicht geeft aan burgers (inclusief de ‘afnemers’ van publieke diensten zoals leerlingen en hun ouders en patiënten), aan andere professionals binnen en buiten de organisatie, aan andere eenheden en aan andere organisaties.” (RMO, 2002, p. 49).

2.3 De zorgideologie van de wet

De tot nu toe genoemde argumenten voor de invoering van de Wmo zijn vooral instrumenteel van aard. Ze gaan over demografie, het zorgstelsel, bestuurlijke vernieuwing en efficiency. Maar met het simpelweg overhevelen van allerlei verschillende (delen van) wetten naar één nieuwe wet zijn eerdergenoemde budgettaire problemen niet opgelost. De grootste kostenbeheersing verwacht het kabinet van bevordering en herstel van de zelfredzaamheid en door een groter beroep te doen op informele zorg. Ze wil de solidariteit van gezonde mensen met gehandicapten, zorgbehoevende ouderen en psychiatrische patiënten behouden en tegelijkertijd de kwaliteit van de zorg en de ondersteuning aan burgers verbeteren. Ook wil het kabinet de samenhang in voorzieningen voor deze mensen in hun directe omgeving verbeteren zodat ze zo lang mogelijk zelfstandig kunnen functioneren.

Daarom ligt er ook een meer ideologische visie ten grondslag aan het ontwerpen van de wet. Deze visie moet er (mede) voor zorgen dat de Wmo meer is dan de som der delen. Het gaat hier om een mentaliteitsverandering van de burger, die meer verantwoordelijkheid zal gaan moeten nemen.

Er is sprake van een herbezinning op collectieve, via de overheid georganiseerde, solidariteit. De analyse van het kabinet is dat de burger een te groot beroep doet op collectieve zorg en te weinig op eigen zelfredzaamheid en informele zorg: “Het kabinet heeft, naast de noodzakelijke maatregelen in verband met de houdbaarheid van de Awbz, met de principiële herbezinning op verantwoordelijkheden nog een reden zich nader te buigen over de inrichting van de Awbz. De gestegen welvaart sinds de invoering van de Awbz en de extramuralisering dwingen ons om scherper af te bakenen tussen enerzijds de collectieve verantwoordelijkheid en anderzijds de verantwoordelijkheid van de burger zelf.” (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2003, p.3) en “Uit de huidige praktijk van indicatiestelling blijkt dat het nemen van eigen verantwoordelijkheid en de vanzelfsprekendheid waarmee veel mensen elkaar helpen, vaker dan in het recente verleden wordt vervangen door – of gepaard gaat met – een beroep op het collectief systeem. Dit gebeurt bijvoorbeeld door een persoonsgebonden budget aan te vragen voor huishoudelijke hulp die tot dan toe zelf geregeld werd.” (ibid., p.5)

Ook in de contourennota wordt de analyse gemaakt van zorg die vanuit de informele sfeer wordt overgeheveld naar formele, betaalde zorg: “Waar het vroeger gewoon was dat mensen zelf de verantwoordelijkheid namen door bijvoorbeeld zelf maatregelen te treffen, is er de laatste jaren een verschuiving naar de Awbz opgetreden.” (Ministerie van VWS, 2004, p.4) en “De explosieve groei komt niet alleen door de vergrijzing of het

inlopen van wachtlijsten, maar ook door allerlei afwentelingen op de Awbz van zaken die mensen voorheen zelf oplosten of die in het gemeentelijk domein werden opgelost, èn door een groeiend gebruik van zorg per persoon (kwaliteitsvraag).” (Ministerie van VWS, 2004, p.23). Het kabinet van Balkenende II vindt dat de burger teveel zorg van de overheid verwacht: “...kan niet worden voldaan aan de (te) hooggespannen verwachtingen van burgers over het oplossend vermogen van de overheid.” (Ministerie van VWS, 2004, p.6). De omvorming van de verzorgingsstaat wordt onderbouwd met de stelling dat deze niet meer past bij de toegenomen mondigheid van de moderne burger (RMO, 2002, p.7). Deze mondigheid zou samenhangen met de toegenomen welvaart en opleiding van veel burgers. Hierdoor zouden zij meer dan vroeger in staat zijn hun eigen verantwoordelijkheid te nemen. De contourennota Wmo stelt dat de mondigheid van de burger is doorgeschoten. Hij eist vooral zijn eigen rechten op in ons zorgstelsel in plaats van meer verantwoordelijkheid te nemen voor het oplossen van knelpunten (Ministerie van VWS, 2004, p.3).

Meerdere bouwlagen in het zorggebouw

De Wmo verwacht veel van een grotere rol voor informele zorg. Daarom wordt er een zorgcontinuüm gebouwd met drie niveaus. De eerste bouwlaag van het zorgcontinuüm ligt bij de burger zelf en krijgt de vorm van zelfzorg of informele zorg. Dat kan om mantelzorg gaan, lotgenotencontacten of vrijwilligerswerk. Deze nadruk op informele zorg maakt dat de wet direct betrekking heeft op alle Nederlandse burgers: de burger die zorg nodig heeft én de overige burgers die als potentiële hulpbron gezien worden. Maatschappelijke ondersteuning omvat het hele scala aan activiteiten die het mensen mogelijk maakt te participeren in de samenleving. Alleen als het echt niet anders kan biedt de gemeente een vangnet. Dan komt de tweede bouwlaag in beeld met door de lokale overheid georganiseerde hulpverlening. Dat zijn de negen prestatievelden zoals ze in artikel 1 van de wet genoemd zijn:

1. Het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten;
2. op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden;
3. het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning;
4. het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers;
5. het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem;
6. het verlenen van voorzieningen aan mensen met een of een chronisch psychisch probleem en aan mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijke verkeer;
7. het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang;
8. het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen;
9. het bevorderen van verslavingsbeleid.

Tenslotte is er een derde bouwlaag in het zorgcontinuüm. Daar staat de nationale overheid in voor de 'zware zorg', waar de informele zorg of de lokale overheid niet in kunnen voorzien. Het gaat dan om de kerntaken van de Awbz, te weten "zware chronische en continue zorg die grote financiële risico's voor individuen met zich meebrengt en die particulier niet te verzekeren is" (ibid., p. 2).

Er is nog een mogelijke vierde bouwlaag, die in de debatten rond de Wmo nauwelijks benoemd is. Er is niet alleen sprake van een toegenomen mondigheid van burgers, maar ook van toegenomen koopkracht. De welvaart en bestedingsruimte die burgers nu hebben ligt vele malen hoger dan toen de collectieve zorgarrangementen ontstonden. Het is dus denkbaar dat de beperking van publieke dienstverlening ruimte doet ontstaan voor private dienstverlening, voor een commerciële markt van zorg en welzijn. De burger koopt er rechtstreeks zijn zorg in, zonder tussenkomst van de (lokale) overheid. De hulpverlener is niet langer werknemer bij een door de overheid gesubsidieerde organisatie, maar een ondernemer die werkt als vrijgevestigd maatschappelijk werker, of in bv. een zzp-statuuut of een (eigen) bedrijfje.

Voorbeeld van het ontstaan van deze private bouwlaag is de al jaren lopende discussie of rollators en andere hulpmiddelen onderdeel moeten blijven van de collectieve zorg, dan wel of de burger die best zelf kan kopen en betalen. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) is alvast voorstander van de laatste optie (maart 2007).

Jos van der Lans gebruikte voor het beschrijven van dit systeem met bouwlagen de metafoor van de auto (van der Lans, 2007). Die auto ontleent de capaciteit om te rijden aan de motor, wat vergelijkbaar is met de eerste bouwlaag uit de Wmo. Zelfzorg en informele zorg vormen de motor van de verzorgingsstaat, het fundament waarop solidariteit voor de kwetsbare burger berust. Als de motor van een auto stilgelegd wordt, kan die niet zomaar terug opstarten. Daarvoor is een kleinere startmotor nodig. Zo is de tweede bouwlaag, de Wmo-zorg, de startmotor voor de verzorgingsstaat. Tenslotte kan het gebeuren dat de auto of motor stuk is en de wegenwacht moet ingrijpen. Dat is dan de derde bouwlaag, de Awbz-zorg, alleen te gebruiken bij hoge nood en zo kort mogelijk. Van der Lans benoemt de vierde bouwlaag niet, maar die kan in de metafoor voorgesteld worden als taxi-bedrijven of verhuur van auto-met-chauffeur. In deze metafoor komt het uitgangspunt van de wetgever over de gelaagdheid van de verzorgingsstaat en de beperkte rol van de overheid goed tot uitdrukking.

De Wmo benoemt niet alleen een zorggebouw met drie bouwlagen, maar verschuift ook de zwaartepunten. Zo worden taken vanuit de derde bouwlaag overgedragen naar de tweede bouwlaag (huishoudelijke zorg van Awbz naar Wmo) en is de verwachting dat vanuit de tweede bouwlaag meer dan voorheen taken overdragen zullen worden naar de eerste bouwlaag, d.w.z. minder professionele hulp en meer informele hulp.

De wet heeft dan ook de aandacht voor informele hulp doen toenemen, en nieuwe instrumenten zagen het licht om bv. mantelzorg te ondersteunen. Zo werd eindelijk werk gemaakt van de alom ondersteunde motie van der Vlies (SGP, motie in sept. 2004) waarin voorgesteld werd mantelzorgers een fiscale tegemoetkoming te bezorgen.

Tenslotte gaat hun zorg gepaard met kosten (geschat op 1,3 miljard euro, waarvan 830 miljoen aan kosten en 450 miljoen aan gederfde inkomsten) en bespaart de overheid op de collectieve uitgaven (eenzelfde hoeveelheid professionele zorg zou een budget van 4,5 miljard euro nodig maken). Daarom krijgen in 2007 mantelzorgers die zorgen voor iemand met een Awbz-indicatie voor zes maanden of langer een bedrag van 250 euro uitgekeerd: het befaamde 'mantelzorgcompliment'. Het voorziene budget van 65 miljoen euro wordt echter niet volledig uitgegeven, omdat de eis van een Awbz-indicatie te rigide is. Wrang is tegelijkertijd dat diezelfde Wmo de steun aan organisaties die vrijwilligers en mantelzorgers ondersteunen dreigt te bemoeilijken. Veel van die organisaties wisten in 2007 nog niet of hun subsidies voor 2008 door de gemeenten overgenomen zouden worden, nu die daarvoor verantwoordelijk zijn.

Verder zijn er de oudere maatregelen om zorg en werk te combineren, zoals calamiteitenverlof en kortlopend of langdurig zorgverlof. Daar wordt niet veel gebruik van gemaakt. Het project mantelzorg@work argumenteert dat de mantelzorgvriendelijkheid van werkomgevingen nog veel beter kan, en geeft daar ook tips voor (zie www.mantelzorgenwerk.nl). Een ander pijnpunt inzake mantelzorg betreft de combinatie tussen een uitkering/bijstand en mantelzorg verlenen. Gemeenten zouden te weinig oog hebben voor de zwaarte van mantelzorg en te snel op de bijstand korten.

In de benadering van drie bouwlagen en de zorg organiseren in een zo laag mogelijke bouwlaag zit een keuze voor 'decollectivisering' en herwaardering van informele boven formele zorg, voor een groter beroep op de eigen hulpbronnen en verantwoordelijkheid van burgers. De onderliggende doelstelling is een beperking op te leggen aan de verdere verstatelijking van de zorg (de Swaan, 1988) en een tegengestelde ontwikkeling op gang te brengen. Dat uitgangspunt zit reeds in het hoofdlijnenakkoord van het kabinet Balkenende II: iedereen moet meedoen: "Om dit te realiseren moet iedereen meedoen. Met werk, met vrijwilligersactiviteiten, in het verenigingsleven, op school en in de buurt. Meedoen betekent niet alles van een ander of van de overheid verwachten, maar zelf verantwoordelijkheid nemen."

Niet uitgewerkte alternatieven

Het is nuttig een aantal alternatieve uitgangspunten te benoemen, om duidelijk te maken dat deze vorm van decollectivisering niet de enige optie was om de duurzaamheid van de verzorgingsstaat veilig te stellen. Elk van de opties roept natuurlijk een heleboel vragen op over voor- en nadelen, en uitwerking daarvan gaat de opzet van deze publicatie ver te buiten. We beperken ons daarom tot het aanstippen van enkele mogelijke andere uitgangspunten.

Zo zou de druk van de vergrijzing opgevangen kunnen worden door het verhogen van de pensioenleeftijd. De levensverwachting is toegenomen, we leven langer in goede gezondheid, maar de pensioenleeftijd is al decennia lang ongewijzigd gebleven. De OESO wijst er op dat de AOW-leeftijd in Nederland sinds 1957 niet meer gewijzigd is, terwijl de levensverwachting in 2007 al met zes jaar toegenomen is. De regiegroep GrijsWerkt stelde februari 2008 nog voor om de AOW-leeftijd met een maand per jaar te verhogen. Met een dergelijke maatregel zou die pas binnen 12 jaar op 66 jaar liggen, maar wel een significante

bijdrage leveren aan de duurzaamheid van de verzorgingsstaat. Maar het kabinet neemt de suggestie niet over en laat de AOW-leeftijd ongewijzigd. Zo creëert men de veelbesproken demografische tijdbom. Alle winst van levensverwachting wordt zo immers toebedeeld aan 'vrije tijd'. Andere landen zoals Groot-Brittannië en Duitsland laten de wettelijke pensioenleeftijd wel geleidelijk toenemen. Vragen bij deze optie zijn of er dan wel voldoende geschikte arbeidsplaatsen georganiseerd kunnen worden en het personeelsbeleid 'ouderenproof' genoeg is, en of het niet handiger is te werken aan een hogere arbeidsmarktparticipatie in de jaren voor de huidige pensioensleeftijd, eerder dan die leeftijd te verhogen. Dat is alvast de optie die gekozen wordt met initiatieven zoals *Actieteam Talent 45+* van staatssecretaris Aboutaleb. Daarmee geeft hij gemeenten ondersteuning bij het aan de slag helpen van werkloze 45-plussers (cf. www.talent45plus.nl).

Een ander alternatief uitgangspunt ligt in het verhogen van de bijdrage van burgers aan de collectieve verzorgingsarrangementen. Verschillende landen verkiezen het hoog houden of verhogen van de belastingsdruk boven het afbouwen van de verzorgingsstaat. Zweden kent een combinatie van een sterk uitgebouwde publieke dienstverlening en een hoge belastingsdruk in combinatie met hoge arbeidsmarktparticipatie. Het is niet verwonderlijk dat Zweden internationaal opvalt door een hoge arbeidsparticipatie tot vlak voor de pensioensgerechtigde leeftijd. Vlaanderen kiest voor een andere vorm, t.w. een aanvullende verplichte 'zorgverzekering' waaruit mantelzorg, thuiszorg en professionele residentiële zorg betaald wordt.

Een laatste alternatief dat recent in de belangstelling kwam, is het voeren van een actief bevolkingsbeleid dat gericht is op meer kinderen en verjonging van de bevolking. Het was minister Rouvoet van de Christenunie die deze optie onder de aandacht bracht in een interview met de krant 'de Pers' in februari 2008: "In Nederland zijn we over het algemeen vrij terughoudend met bevolkingspolitiek en daar kan ik me wel in vinden. Maar, met het oog op de kosten van de vergrijzing is het wel een interessante discussie die we moeten gaan voeren". Nederlandse vrouwen krijgen gemiddeld 1,7 kinderen, en dat is te laag om de kosten van de vergrijzing op te vangen. Hoewel een toename van het aantal jongeren rekenkundig wel een (gedeeltelijke) oplossing voor de vergrijzing kan zijn, lijkt een hierop gericht bevolkingsbeleid politiek even weinig draagvlak te krijgen als het verhogen van de pensioensgerechtigde leeftijd. Bovendien zou een dergelijk beleid te laat komen. Een toename van het aantal kinderen nu zou pas binnen twintig jaar een toename van participatie op de arbeidsmarkt veroorzaken (en dus het steunen van de verzorgingsstaat), terwijl dan de vergrijzing al over haar hoogtepunt heen is. Bovendien zou die extra jeugd in de periode tot 2028 een additionele kostenpost zijn voor de verzorgingsstaat, door grotere vraag naar kinderopvang en onderwijs.

2.4 *Andere nieuwigheden in de Wmo*

Naast decentralisatie van beleid en budget naar lokale overheden en het uitgangspunt van een zorgcontinuüm met drie bouwlagen, zitten er in de Wmo nog enkele wijzigingen. Sommige daarvan zaten niet in het oorspronkelijke wetsvoorstel, maar zijn geïntroduceerd tijdens de behandeling daarvan in de Tweede Kamer. De compensatieplicht is daarvan het belangrijkste voorbeeld. Die nieuwigheden omvatten verder marktwerking, eigen

bijdragen, persoonsgebonden budget (pgb), versterking burger- en cliëntparticipatie, één Wmo-loket en de compensatieplicht.

Marktwerking

De Wmo bevestigt uitdrukkelijk een kenmerk van de Nederlandse verzorgingsstaat, te weten de scheiding van beleid en uitvoering. Het primaat van het beleid ligt bij de (lokale) overheid, het primaat van de uitvoering ligt bij private organisaties. Dat wordt in de Wmo omschreven in artikel 10. Het zou ook anders kunnen, zoals bv. in Zweden of Vlaanderen waar de uitvoering in grote mate ingekapseld is in overheidsorganisaties.

Bovendien geeft de wet ook aan dat de uitvoering via marktwerking verdeeld moet worden, en niet via subsidieverstrekingen. De lokale overheden worden zo gedwongen om huishoudelijke verzorging in te kopen en het inkoopproces te organiseren via een aanbestedingsprocedure. Vanaf een bedrag van ongeveer 200.000 euro moet die aanbesteding ook voldoen aan de Europese richtlijnen terzake.

Door de invoering van marktwerking zal er meer dynamiek ontstaan tussen de lokale overheid als opdrachtgever en uitvoerende organisaties als opdrachtnemer. Er wordt scherper onderhandeld of er worden onder hogere concurrentie offertes uitgebracht. De traditioneel enigszins duurzame relaties in de sector zorg en welzijn zullen minder duurzaam worden, er zal meer sprake zijn van 'partnerruil'.

Eigen bijdragen en inkomensgrens

De wet geeft gemeenten een paar instrumenten om de vraag naar zorg financieel af te remmen. Zo kan de gemeente een inkomensgrens bepalen waardoor huishoudens met hogere inkomens de zorg zelf moeten inkopen bij uitvoerende organisaties, zonder tussenkomst van de lokale overheid. Gemeenten hebben ook de vrijheid om te werken met een eigen bijdrage, d.w.z. dienstverlening deels collectief te financieren vanuit de Wmo-budgetten maar deels ook door de eindgebruiker te laten betalen. Gemeenten kunnen overgaan tot een dergelijke eigen bijdrage en zelf beslissen hoe hoog die is en of ze al dan niet afhankelijk is van het inkomen van de zorgbehoevende. Bovendien mag de eigen bijdrage niet hoger liggen dan de kostprijs van de dienstverlening, er mag met andere woorden geen winst gemaakt worden.

Er is wel landelijk een maximaal bedrag vastgesteld. Om een stapeling van eigen bijdragen bij zorgbehoevende te vermijden worden de eigen bijdragen voor dienstverlening vanuit de Wmo en vanuit de Awbz bij elkaar opgeteld en vergeleken met het maximaal bedrag. Het Centraal Administratie Kantoor zorgt voor centrale berekening en inning van de eigen bijdragen.

Door het werken met eigen bijdragen wordt een stuk collectieve solidariteit uit de samenleving weggehaald. Het zijn immers alleen de kwetsbare burgers die een beroep doen op zorg uit de Wmo die via een eigen bijdrage aan de financiering ervan kunnen bijdragen, en niet de gehele bevolking. De burger die niet in een situatie van zorgbehoefte zit, merkt niets van deze eigen bijdrage.

Persoonsgebonden budget (pgb)

Het is decennia zo geweest dat aan een zorgbehoefte tegemoet gekomen werd met zorg in natura. Er werd in een rolstoel voorzien, er kwam thuiszorg langs, er werd een maaltijdvoorziening geregeld, In het midden van de jaren negentig zijn dan de eerste regelingen ontstaan om te werken met persoonsgebonden budgetten (pgb's). De zorgbehoefte werd niet meer opgelost in natura, maar in cash, met geld. In 2003 werden de aparte regelingen samengebracht in de zogenaamde pgb-nieuwe-stijl regeling. Die was meteen geldig voor zorgbehoefte uit de Awbz, ouderen, gehandicapten e.d. Met een pgb neemt de keuzevrijheid van de zorgbehoefte toe. Hij kan zelf de zorgleverancier kiezen en onderhandelen over de details van de dienst of het product dat gewenst wordt. Desgevallend kan de zorgbehoefte het persoonsgebonden budget aanvullen met eigen middelen en een duurdere variant van zorg inkopen dan voorzien is vanuit de collectieve zorgarrangementen. Nadeel is dan weer dat een individuele zorg inkopende burger een zwakkere onderhandelingspositie heeft en geen kwantumkorting of betere voorwaarden kan bedingen, waar een (lokale) overheid die een groter volume van zorg inkoop dit wel kan. Vanuit het perspectief van de zorgaanbieder ontstaat er door het gebruik van pgb's voor een deel meer een markt, met individuele kritische consumenten. Waar voor zorg in natura vooral met één grote in koper afspraken gemaakt moeten worden, zijn er bij pgb's meerdere zorg inkopende burgers.

In de Wmo krijgt het werken met een pgb een sterkere basis. Artikel 6 van de wet zegt: "Het college van burgemeester en wethouders biedt personen die aanspraak hebben op een individuele voorziening de keuze tussen het ontvangen van een voorziening in natura of het ontvangen van een hiermee vergelijkbaar persoonsgebonden budget, tenzij hiertegen overwegende bezwaren bestaan." Het is dus aan de gemeente om te verantwoorden waarom zij een vraag van een zorgbehoevende burger naar zorg in de vorm van een pgb niet tegemoet zou komen.

Versterking burger- en cliëntparticipatie

De Wmo gaat sterk uit van de vitaliteit van lokale verbanden en versterkt daarom de positie van burgers en cliënten. De wet vervangt daarom de traditionele verticale verantwoordingscultuur door horizontale sturing: niet tussen het rijk en de lokale overheid, maar tussen lokale overheid en haar burgers. Reeds in de Wmo-contourennota van april 2004 wordt het uitgangspunt van een grotere lokale betrokkenheid van burgers bij beleid genoemd: "Het kabinet vindt het van groot belang dat een wet die betrokkenheid van burgers bij de samenleving ondersteunt tegelijkertijd garandeert dat burgers en hun vertegenwoordigende organisaties bij het opstellen van het lokale beleid betrokken worden." (p. 13)

De directeur van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), Iris van Bennekom, verwoordt de gevolgen ervan treffend: "De veranderingen in het zorgsysteem zijn erop gericht dat de overheid afstand neemt van de gang van zaken. Het is de bedoeling dat partijen in het veld zelf met elkaar de zorg regelen en problemen oplossen. Dus niet steeds de A12 naar het Binnenhof nemen. Dat getuigt van oud gedrag." (Zorg en Welzijn, december 2006).

Om de kracht van horizontale verantwoording maximaal kans te geven, zijn in de Wmo een aantal instrumenten opgenomen. Zo stelt artikel 3 dat de gemeenteraad voor een periode van maximaal vier jaar richtinggevend plannen over maatschappelijke ondersteuning moet maken. Het artikel geeft ook aan welke inhoud minimaal in dergelijke plannen moet staan. In artikel 9 omschrijft de wet dat jaarlijks gegevens over de prestaties bekend gemaakt moeten worden. Dat geeft organisaties zoals VNG of belangengroepen de mogelijkheid om vergelijkingen tussen gemeenten te maken, te 'benchmarken': "Ook door zich te vergelijken met andere gemeenten kan de gemeente een prikkel krijgen om haar prestaties te verbeteren. De vraag daarbij is dan niet 'Wat hebben we gedaan?', maar 'Hoe presteren wij als gemeente in vergelijking met andere gemeenten?' Ook voor de burgers kan deze bron van informatie buitengewoon belangrijk zijn." (Memorie van toelichting). Artikel 11 zegt dan weer dat het college van burgemeester en wethouders de ingezetenen bij de voorbereiding van het beleid over maatschappelijke ondersteuning moet betrekken. Tenslotte stelt artikel 12 dat advies moet gevraagd worden aan 'representatieve organisaties'.

De Wmo voorziet zo in een uitwerking van het uitgangspunt van horizontale sturing tot cliënt- en burgerparticipatie bij het ontwikkelen en uitvoeren van beleid op maatschappelijke ondersteuning. Dat zou een stimulans kunnen zijn voor de revitalisering van de lokale politiek. Als de opkomst bij lokale verkiezingen als indicator genomen kan worden, is het immers droevig gesteld met de lokale democratie en de kloof tussen beleid en burger (Steyaert & Verheijen, 2007). In dat perspectief is de Wmo ook een wet van bestuurlijke vernieuwing en modernisering van de lokale democratie. Voor wethouders en raadsleden zou dat de portefeuille welzijn interessanter kunnen maken. Dat vraagt wel dat de bestaande gefragmenteerde toestand van wijk- en buurtraden, gehandicaptenplatforms, ouderenoverleg, medezeggenschapsraad in instellingen en wat al niet meer onder de Wmo wint aan vitaliteit. Voor voorheen landelijk georganiseerde belangengroepen betekent dit dat ze zich veel meer moeten richten op het versterken van overleg met lokale partners. Daar is immers de beslissingsmacht neergelegd. Degelijke initiatieven zien we al ontstaan, bv. het Programma Versterking CliëntenPositie (zie www.programmavcp.nl), dat op lokaal niveau de belangenbehartiging stimuleert van mensen met een handicap of chronische ziekte. Het Programma VCP is een gezamenlijk instrument van de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad (CG-Raad) en de Federatie van Ouderverenigingen (FvO).

Eén Wmo-loket

In de aanloop naar de Wmo was er kritiek op de ondoorzichtigheid van het zorgaanbod vanuit de consumentenbond. Daarom krijgen gemeenten vanuit de Wmo de opdracht om één Wmo-loket te bouwen en de toegang tot voorzieningen van Wmo en Awbz in samenhang te regelen. De tweede kamer heeft de plicht van de gemeente om een loket te maken via amendementen in de Wmo vastgelegd. In het wetsontwerp werd dit nog 'wenselijk' geacht, in de wet wordt het een plicht (artikel 5 onder 2a en 2b). Dit wordt nog versterkt door een aangenomen motie waarin van de staatssecretaris wordt gevraagd ervoor te zorgen dat het Centrum Indicatiestelling zorg (CIZ) in alle zorgloketten vertegenwoordigd is.

Het Wmo-loket kan veel vormen aannemen en zowel fysiek als digitaal zijn. Waar het

om gaat is dat de zorgzoekende burger snel informatie krijgt en een overzicht krijgt van de mogelijkheden. Bureaucratie moet vermeden worden, alsook een situatie waarin burgers op meerdere plaatsen moeten zijn voor informatie/indicatie/zorg. Dit is een haast onmogelijke opgave, omdat door het primaat van de private uitvoering (art. 10 van de Wmo) de zorguitvoering bij andere organisaties ligt dan bij de gemeente. De burger zal dus altijd voor informatie en indicatie langs de gemeente moeten gaan, en voor de uitvoering van de zorg naar andere organisaties.

Compensatieplicht

Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel Wmo in de Tweede Kamer werd een amendement aangenomen om een compensatieplicht in de wet op te nemen. Daarvoor stond er in het wetsvoorstel een tijdelijke zorgplicht van twee jaar. Daar waren de gebruikersgroepen niet tevreden mee, omdat na die periode het recht op zorg zou wegvallen. De compensatieplicht werd opgenomen als artikel 4.1 en zegt "Ter compensatie van de beperkingen die een persoon ondervindt in zijn zelfredzaamheid en zijn maatschappelijke participatie treft het college van burgemeester en wethouders voorzieningen op het gebied van maatschappelijke ondersteuning die hem in staat stellen: a. een huishouden te voeren; b. zich te verplaatsen in en om de woning; c. zich lokaal te verplaatsen per vervoermiddel; d. medemensen te ontmoeten en op basis daarvan sociale verbanden aan te gaan."

Een compensatieplicht verschilt van een zorgplicht omdat hij gericht is op het resultaat (het compenseren van een beperking) en niet op een voorziening (een scootmobiel, ...). De gemeente krijgt dus wel een resultaatsverplichting, maar vrijheid in de keuze hoe het resultaat te bereiken. De compensatieplicht biedt de gemeente enerzijds de mogelijkheid vraaggericht, creatief maatwerk te leveren. Anderzijds vormt de compensatieplicht voor gemeenten wel een financieel risico. Wanneer gemeenten er niet in slagen in overleg met de burger goede oplossingen te vinden, zal langs de weg van bezwaar en beroep jurisprudentie ontstaan, met als resultaat weer een heel nieuwe leidraad van te leveren voorzieningen. De kosten van gemeenten kunnen daarmee behoorlijk oplopen.

2.5 Groeipijnen tijdens het ontstaan van de wet

Tijdens de totstandkoming van de Wmo en in de periode voor de invoering ervan in 2007 waren al diverse kritieken en bedenkingen te horen. Zo zat er spanning tussen het enerzijds meer beleidsvrijheid aan lokale overheden laten, en anderzijds toch bepaalde aspecten van de uitvoering bewaken. De intentie van de Wmo was om zo veel mogelijk over te laten aan de lokale overheid, maar uiteindelijk zijn er onder druk van de tweede kamer toch een aantal verplichtingen opgelegd aan de gemeente. Diverse amendementen zijn ingediend ter bescherming en versterking van de positie van de burger, maar deze zijn tegelijkertijd directief richting gemeente. Het is de vraag hoe deze 'beleidsvrijheid binnen vastgelegde regels' uitpakt.

Het onderbrengen in de Wmo van het recht op zorg in de vorm van de compensatieplicht kan in dat opzicht een struikelblok worden. Wanneer het gemeentelijke budget op is, moeten voorzieningen betaald worden uit eigen gemeentelijke middelen. Deze open eindfinanciering, waarbij vooraf onduidelijk is wat het uiteindelijke zorgbudget gaat

worden, kan tot budgettaire problemen leiden. Lokale overheden in Nederland hebben bovendien weinig instrumenten om eigen inkomsten te genereren, en kunnen zich daarom nauwelijks indekken tegen dergelijke risico's.

Kostenbesparingen zijn te behalen door preventief en effectiever te werken. Deze besparingen moeten dan ingezet worden om het gat tussen het beschikbare budget en de werkelijke kosten voor individuele voorzieningen op te vangen. Het is zorgelijk dat inzet op preventie meestal pas op langere termijn kan leiden tot besparingen in de curatie en initieel om extra investeringen vraagt. Preventie leidt bovendien niet altijd tot kostenbesparing, het grootste rendement zit soms in de gezondheidswinst. Dat blijkt bijvoorbeeld uit onderzoek naar de kostenbesparingen op lange termijn bij de bestrijding van obesitas (van Baal et al., 2008), maar ook het terugdringen van roken is alleen goed voor de gezondheid en niet voor het overheidsbudget. Hoewel mikken op gezondheidswinst een nobel streven is, zullen gemeenten als het puur gaat om kostenreductie zich beter kunnen richten op efficiënter werken en korte termijn doelen.

Het in de realiteit uitwerken van de ideologische uitgangspunten van de Wmo hangt af van een aantal cruciale punten. Indien er goed inclusief beleid wordt gevoerd, èn als de samenleving als geheel de verantwoordelijkheid neemt om zelfredzaamheid en participatie te bevorderen van (potentieel) kwetsbare mensen, dan zijn er minder individuele en specifieke voorzieningen nodig. Deze aannames zijn niet zo vanzelfsprekend als het kabinet zou willen. Dezelfde oorzaken die ons huidige zorgstelsel zo duur maken en die als rechtvaardiging dienen om de Wmo in te voeren (individualisering, vermaatschappelijking, vergrijzing) zijn ook verantwoordelijk voor de veranderde omstandigheden waaronder mensen al dan niet voor elkaar zorgen. En juist daar gaat de wetwijziging niet op in. (Linders & Meijer, 2005).

Daarbij constateren we dat de lokale oriëntatie van het beleid rondom het stimuleren van (informele) zorg een enigszins paradoxaal karakter heeft. In een samenleving waarin afstand er steeds minder toe doet moet de Wmo de maatschappelijke ondersteuning lokaal verankeren. Ook uit het eerste prestatieveld van de Wmo, het bevorderen van de sociale samenhang en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten, blijkt een lokale oriëntatie. De wet maakt het probleem van de zorg tot een thema dat vooral lokaal aangepakt moet worden. De vraag is in welke mate een dergelijk lokale oriëntatie aansluit bij onze moderne netwerksamenleving.

Daarnaast gaan de ontwerpers van de Wmo uit van een afhankelijkheidshypothese: zorg zou teveel afhankelijkheid creëren bij de zorgvrager, waardoor er meer professionele zorg wordt gegeven dan nodig, waardoor de hulpverlenende sector in stand worden gehouden. Dit is een oude discussie (Zie bijvoorbeeld Achterhuis, 1979; Illich, 1971, 1976; Murray, 1995). Maar is het zo dat hulpverlening mensen berooft van zelfredzaamheid en afhankelijk maakt van verdere hulpverlening? Of moeten we onderscheid maken tussen verschillende soorten hulpverlening, die meer en minder de zelfredzaamheid aantasten dan wel versterken. De effecten van sociale interventies op afhankelijkheid kunnen verschillend zijn, alsook de visie op wat wenselijk is. Sommigen spreken zich expliciet uit voor onafhankelijkheid als belangrijkste doelstelling van hulpverlening: "mijn visie

op hulpverlening is te karakteriseren als ‘emanciperend’. Dit wil zeggen dat ik vind dat hulpverlening erop gericht dient te zijn dat de hulpvrager ‘geholpen’ wordt zijn eigen mogelijkheden aan te wenden bij de oplossing van zijn probleem, en daarnaast dat hij leert zo snel mogelijk onafhankelijk van de hulpverlening te worden.” (van Riet, 2006, p. 13).

Oude wijn in nieuwe zakken

Het tot de kern van de Wmo behorende streven naar zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie is niet nieuw. Het landelijke beleid van de afgelopen decennia hanteerde vergelijkbaar gedachtegoed. Daarbij kan gedacht worden aan de vorige grote wijziging in het welzijnsbeleid van begin jaren tachtig toen de Kaderwet Specifiek Welzijn na publicatie in het staatsblad teruggefloten werd en vervangen werd door de welzijnswet (1987). Centraal daarbij was het CDA-gedachtegoed over de zorgzame samenleving, dat onder minister Brinkman de debatten over hervormingen in de verzorgingsstaat domineerde. De woorden van toen klinken fris en actueel, en sterk gelijklend op de woorden uit de Wmo-debatten:

“Je zult wél een selectie moeten maken tussen groepen of individuen die je nog steeds onder de overheidsparaplu laat schuilen, ook in de toekomst, en die groepen waarvan het aardige was dat we zo op de been hielden, maar waarvan we nu moeten zeggen: ‘meneer, mevrouw, daar zoudt u ook zelf wel verantwoordelijkheid voor kunnen dragen of het eens met uw buurvrouw, oma of tante moeten uitzoeken.’ Dat klinkt heel afstandelijk en koel, maar zo is het wel. We zijn erg gaan leunen op professionele instellingen. We hebben de verantwoordelijkheid bij ons zelf, onze familie, onze buurt weggehaald.”

(minister Brinkman in NRC Handelsblad, 22 januari 1983)

“Een beroep doen op het verantwoordelijkheidsbesef van mensen heeft consequenties voor de leefstijl van mensen. Het houdt in dat mensen verantwoordelijk zijn voor en controle hebben over hun manier van leven; dit in tegenstelling tot een manier van leven die gestuurd wordt door de omgeving of maatschappelijke structuren. Waar het in de komende jaren vooral op aankomt is dat mensen een leefstijl ontwikkelen die zich onderscheidt door verantwoordelijkheidsbesef m.b.t. de eigen gezondheid, ontplooiing, welbevinden en de zorg voor elkaar.”

(memorie van toelichting, WVC-begroting 1986)

Het SCP verwijst in het kader van een studie naar zelfstandig wonen van kwetsbare burgers naar een uit die periode stammende publicatie van Jan Peter Balkenende waarin op basis van een studiereis naar de Verenigde Staten geschreven wordt dat de samenleving zorgzamer moet worden en minder zorgtaken moet overdragen aan de professionele sector (Kwekkeboom, 2006, p. 17):

“de crisis van de verzorgingsstaat maakt de weg vrij voor een nieuw paradigma als uitgangspunt voor de ontwikkeling van een nieuwe theorie en een nieuw model voor social policy. Dit betekent onder meer een ander mensbeeld, wijzigingen in de visies op het op sociaal-democratische leest geschoeide ‘gelijkheidsideaal’, op de rol van de staat, en in het gebruik van nieuwe begrippen zoals privatisering, informele netwerken, buurtbeheer, enz.”

(Balkenende, 1987)

In latere jaren is de echo van deze ideologie van de zorgzame samenleving nog herkenbaar in bijvoorbeeld de VWS nota uit 1997 met de veelzeggende titel: ‘Het aanboren van onvermoede mogelijkheden’ (Ministerie van VWS, 1997), of in de welzijnsnota ‘Werken aan sociale kwaliteit (Ministerie van VWS, 1999) uit 1999:

“Een samenleving als de onze mag zich niet neerleggen bij het feit dat grote groepen mensen alleen maar als toeschouwer aan de zijlijn staan. Of dat er categorieën zijn voor wie zelfs die rol niet is weggelegd. Economische zelfstandigheid, solidariteit, sociale redzaamheid en actieve deelname aan maatschappelijke processen, dat zijn de belangrijkste indicatoren voor de mate van sociale kwaliteit van de samenleving.”
(Ministerie van VWS, 1999, p.3-4)

Recht, of gunst?

Bij de introductie van de algemene bijstand in 1965 werd sociale steun een recht, eerder dan een gunst (zie www.canonsociaalwerk.nl/margaklompe/). Velen zijn bang dat die vooruitgang met de Wmo bedreigd wordt. Zo liggen de vraagtekens die cliëntorganisaties zetten bij de Wmo vooral op het terrein van de rechtszekerheid. “Behouden de cliënten wel de wettelijke aanspraken die zij nu hebben via de Awbz, of worden ze afhankelijk van de individuele keuzes van de gemeente. Zullen de eigen bijdragen niet te hoog worden zodat ze een drempel vormen om noodzakelijke hulp te vragen? Zijn er voldoende waarborgen voor de continuïteit van cliëntgestuurde projecten?” (van Hoof, 2003). De diverse stakeholders hebben niet altijd vertrouwen in de praktische realisering. Hun argumenten gaan over bezuinigingen en er is weinig oog voor de veranderende omstandigheden in onze huidige maatschappij.

Een ander uitgangspunt waarvan zal moeten blijken in welke mate het realiseerbaar is, is de ondersteuning van informele zorgverleners als antwoord op de oplopende kosten van de zorg. Is die informele zorg wel altijd beschikbaar of te organiseren, dreigt er geen zorgvacuüm te ontstaan bij te hoge verwachtingen op dit terrein? De wet neemt het standpunt in dat vóórdat mensen een beroep doen op professionele hulp, ze eerst zoveel mogelijk hun informele hulpbronnen moeten aanboren. De druk op de informele zorgverlener neemt daarmee toe. Een van de negen prestatievelden van de Wmo is dan ook het ondersteunen van informele hulp. Hoe die informele hulp ondersteund moet worden door professionals laat de wet over aan de gemeentes die verantwoordelijk gemaakt worden voor de maatschappelijke ondersteuning. Een instrumentarium daarvoor ontbreekt nu terwijl daar wel behoefte aan is (Hortulanus, 2004). Men tast grotendeels in het duister als het gaat om hoe burenzorg versterkt moet worden, hoe lokale verenigingen en bedrijven aangesproken moeten worden op hun ondersteuning van kwetsbare burgers en welke instrumenten de relatie tussen de informele steun vanuit het eigen persoonlijke sociale netwerk van de kwetsbare burger en professionele ondersteuning, versterken. Voorbeelden of handvaten voor goede samenwerking tussen formele en informele zorg zijn er weinig (van Vliet et al., 2004, p.28).

Een risico is dat juist mensen die zelf nauwelijks een sociaal netwerk hebben de dupe worden hiervan.

“De Wmo gaat ervan uit dat mensen een toenemend beroep zullen doen op hun sociale omgeving. Maar die hebben deze mensen niet. Dat is heel beangstigend. In zeker opzicht zijn sociaal geïsoleerden ideale burgers. Want ze zijn zelfredzaam. Maar dat is een pseudo-zelfredzaamheid. Als er echt iets gebeurt, zijn ze voor honderd procent aangewezen op professionals, want een vangnet hebben ze niet. Het faciliteren van mensen die zelf niet in staat zijn een netwerk op te bouwen, zou de andere kant van de Wmo moeten zijn”.

(Machielse, 2006).

Zo verwacht de Wmo solidariteit van burgers met elkaar in de vorm van informele zorg. Tegelijkertijd echter wordt de collectieve solidariteit uitgehouden. Er wordt beslist dat de belastingdruk van collectieve verzekeringen (= solidariteitsarrangementen), zoals de Awbz dat was, te hoog is en daarom omlaag dan wel gestabiliseerd moet worden. In combinatie met toenemende zorg door onder meer vergrijzing, betekent dit dat zorgbudgetten niet langer de zorgbehoeften volgen, maar geplafoneerd worden op een niveau dat politiek ‘verkoopbaar’ is. In praktijk zullen dus zorgbehoevenden minder zorg krijgen dan wel er zelf voor moeten betalen. Dat is een vorm van de-collectivering van solidariteit. In de Wmo zitten daarvoor twee mechanismen, te weten de eigen koopkracht aanspreken via de eigen bijdrage (waarom een rollator van de staat krijgen als je wel zelf je fiets koopt) en indicatiestelling (slechts zorg als er geen andere hulpbronnen aanwezig zijn). In beide gevallen worden de financiële en andere hulpbronnen van de hulpvragende meer aangesproken om minder aanspraak te maken op collectieve hulpbronnen.

2.6 Invoering, doorontwikkeling en voortschrijdend inzicht

De goedkeuring van een wet in het parlement is niet het eindpunt van de vorming van de wet. Dan volgt er immers nog de invoering waar allerlei keuzen gemaakt worden. In de Wmo is bovendien aangegeven dat het om een raamwerk gaat voor overdracht van verantwoordelijkheden van het rijksniveau naar lokale overheden, met veel lokale vrijheidsgraden. Bovendien is in artikel 24 van de Wmo opgenomen dat er onderzoek gebeurt naar de doeltreffendheid en effecten van de wet. Het Sociaal Cultureel Planbureau zal het landelijke Wmo-evaluatieonderzoek uitvoeren in opdracht van het ministerie van VWS. Zo kan er later bijstelling van de wet plaatsvinden indien nodig.

Reden genoeg dus om niet alleen stil te staan bij de wet, maar nu alvast te kijken hoe het die wet vergaan is na de stemming in de kamer en tijdens het eerste jaar van invoering.

Op 27 juni 2006 keurde de Eerste Kamer de Wmo goed. Twee dagen later viel de regering Balkenende II na een crisis over het optreden van Minister Verdonk. In afwachting van de verkiezingen in november werkt een demissionair kabinet verder (Balkenende III). In die periode is er nauwelijks aandacht voor doorontwikkeling van Wmo. Alle aandacht gaat naar de verkiezingsstrijd en de instrumentele uitwerking van de invoering van de net goedgekeurde Wmo begin 2007 in alle Nederlandse gemeenten.

Het is wachten tot na de verkiezingen en het coalitieakkoord van het kabinet Balkenende IV (beëdigd op 22 februari 2007) om signalen te krijgen over de verdere ontwikkeling van de Wmo. Verantwoordelijke bewindspersoon wordt staatssecretaris Jet Bussemaker (PvdA),

met uitzondering van die delen van de Wmo die over jeugdbeleid gaan. Daarvoor is de programmaminister jeugd en gezin verantwoordelijk, André Rouvout (ChristenUnie). Het is niet erg logisch dat de verantwoordelijkheid voor de Wmo over twee bewindspersonen gesplitst wordt, aangezien de wet juist ontkokering als doelstelling heeft.

Opmerkelijk is dat het coalitieakkoord “Samen werken, samen leven” nauwelijks aandacht besteedt aan de Wmo terwijl er wel talloze aangrijpingspunten zijn. Het hele hoofdstuk “Sociale Samenhang” bijvoorbeeld verwijst op geen enkele plaats naar het eerste prestatieveld van de Wmo. Ook het prachtwijkenbeleid van minister Vogelaar wordt niet in een Wmo context geplaatst. De wet is wel in beeld waar melding gemaakt wordt van de ingrijpende beleidsveranderingen van de afgelopen jaren en de ambitie om meer aandacht te geven aan hulpverleners en zorgbehoevenden: “De afgelopen jaren heeft de zorgwereld een aantal grote veranderingen meegemaakt met name door de introductie van de nieuwe basisverzekering en het begin van de Wmo. Van zowel burgers en patiënten als van de werknemers en professionals in de zorg heeft dat veel aanpassingsvermogen gevraagd. Daarom willen wij de komende jaren vooral investeren in draagvlak bij patiënten en professionals om samen te werken aan het bestrijden van onnodige bureaucratie, het vergroten van het plezier in werken in de zorg en de ontwikkeling richting ‘best practices’” (coalitie-akkoord, februari 2007).

Verderop wordt de intentie uitgesproken even ‘windstille’ te houden op het vlak van verdere afstemming tussen Wmo en Awbz: “Vooralsnog zullen geen verdere stappen worden gezet in het traject van Wmo en Awbz. De Wmo moet gemeenten de mogelijkheid bieden om met een maatwerkbenadering maatschappelijke participatie van burgers te stimuleren in combinatie met het bieden van specifieke hulp.”

Vreemd genoeg staat dan in de paragraaf over het inkomensbeleid dat er bijzondere aandacht gaat naar chronisch zieken en gehandicapten. Daartoe wordt de tegemoetkoming voor buitengewone uitgaven, de zogenaamde TBU, met ingang van 1 januari 2009 van de belastingdienst naar de Wmo overgeheveld en beter op hun situatie toegesneden. Tegelijk wordt er met de overdracht 400 miljoen op dit budget bespaard, later verhoogd naar 650 miljoen. Gemeenten moeten het met minder middelen doen. CG-raad en VNG zijn geen voorstander van deze overdracht, en pleiten voor een breder onderzoek naar de inkomens van chronisch zieken en ouderen. Wethouder Don in Eindhoven is ook niet enthousiast: “een typisch staaltje van over de schutting gooien bij gemeenten zonder dat er een inhoudelijke visie achter zit. Net als bij de Wmo” (zorgvisie, oktober 2007)

2007 was het jaar van de implementatie van de Wmo. Er wordt tussentijds gerapporteerd aan de Tweede Kamer in april en oktober 2007 en daarop volgden telkens kamerdebatten. Hoewel er nog geen systematische analyse van de invoering van de Wmo en de eerste resultaten gemaakt is, zijn er wel enkele aandachtspunten die in deze debatten, media en vakpers komen bovendrijven. Zo is er bekommernis over de gevolgen voor de kwaliteit van de zorg, voor de arbeidssituatie van hulpverleners, voor omvallende organisaties en over de budgettaire onderbouwing van de wet, met name bij gemeenten.

Kwaliteit van de zorg

Net voor kerst 2007 komt Zembla met een rapportage over de gevolgen van de Wmo. De televisiemakers zijn er niet erg enthousiast over. Ze verwoorden de bekommernissen die ook elders verwoord worden. Vooral de SP, de enige partij die in de Kamer tegen de Wmo stemde, is erg kritisch over de effecten.

De Wmo zou op diverse wijzen de kwaliteit van de zorg beperken. Zo is er minder budget beschikbaar dan vóór de invoering, worden er over het algemeen lagere tarieven betaald voor een uur huishoudelijke hulp en bij de herindicatie door gemeenten wordt strenger geïndiceerd, d.w.z. minder zorg of lichtere vormen van zorg toegewezen. “Naar schatting 80% van de thuiszorgklanten krijgt nu de goedkoopste vorm van thuiszorg voorgeschreven.” (Volkskrant, 6 juli 2007). Daarbij gaat het om de zogenaamde HH1, zorg die beperkt blijft tot poetsen en schoonmaken. Daardoor worden er meer lager geschoolde hulpverleners ingezet, waardoor een verschraving van de zorg optreedt. In plaats van thuiszorg komt er een schoonmaakhulp, in plaats van een medewerker van een thuiszorgorganisatie komt nu een zelfstandige alfhulp. Waar in 2006 huishoudelijk hulp 25% zogenaamde HH1 was (poetshulp), en 75% HH2 (complexere thuiszorg), zijn die verhoudingen in 2007 gekanteld (cijfers ActiZ). Die verschuiving zou ontstaan omdat voorheen de thuiszorgorganisaties zelf de keuze konden maken tussen HH1 en HH2 (en makkelijker de duurdere vorm inzetten). Nu de indicatie via de gemeente verloopt, valt de keuze tussen HH1 en HH2 anders uit (zij zetten makkelijker de goedkopere vorm in). Er is geen analyse beschikbaar die aantoont dat de verschuiving naar eenvoudigere zorg onterecht is vanuit de zorgbehoefte, cq. dat er voorheen al te vlot de duurdere variant van huishoudelijke hulp ingezet werd.

Het splitsen van het takenpakket van thuiszorgers brengt een kwaliteitsrisico met zich mee. Zonder splitsing brengt een verzorgende met een gemengd pakket meer tijd door met de hulpbehoevende waardoor zij beter in de gaten kan houden hoe het gaat met de zorgbehoefte. Daardoor kan zij eerder signaleren (en dit aankaarten bij de organisatie) als er iets aan de hand was. Nu de takenpakketten gesplitst zijn in deeltaken en verdeeld over meerdere hulpverleners komt deze signaleringsfunctie in het gedrang. De schoonmaakhulp zal bovendien vaak iemand zijn die niet gekozen heeft voor een verzorgend beroep en wellicht minder gericht is op hoe het verder met de patiënt gaat. Signalen over bijvoorbeeld beginnend gehoorverlies en zicht op mogelijkheden om daar wat aan te doen zullen onbenut blijven.

De combinatie van lager geïndiceerde zorg en splitsing van zorgtaken leidt tot kwaliteitsverlies. Ze zijn het gevolg van aanbesteding en het scherp op prijs concurreren voor opdrachten: “Recente ontwikkelingen in de thuiszorg hebben laten zien dat huishoudelijke verzorging daardoor als het ware gemechaniseerd wordt. Het ‘nut’ van een praatje maken en een kopje thee drinken zit niet langer in de prijs inbegrepen. Het professionele oog wordt vervangen door de handen van het schoonmaakbedrijf.” (Van der Lans, 2008).

Verder zijn er kwaliteitsvragen over de Wmo omdat door de minder aantrekkelijke arbeidsvoorwaarden er onvoldoende werknemers in de sector actief zijn. Daardoor

ontstaan wachtlijsten, met name rondom vakantieperiodes zoals de zomer en kerst. Zelfs zorgbehoeftegen die een indicatie hebben voor hulp, kunnen dan zonder hulp komen te zitten.

De CG-raad verzamelde in de eerste helft van 2007 meldingen over de uitvoering van de Wmo en kwam ook tot een lijstje met kwaliteitsaspecten die zorgen baren (CG-raad, 2007). Daarbij gaat het om de al genoemde indicatiestelling en omvang van voorzieningen. Verder wordt gewezen op het belang van bejegening in het contact tussen zorgbehoeftegen en zorgverlener, en de lage pgb's en hoge eigen bijdragen. Over de keuzemogelijkheid tussen zorg in natura of in cash en de keuzemogelijkheid tussen verschillende zorgaanbieders ontvangt de CG-raad dan weer meer positieve dan negatieve meldingen.

Het is vooral de SP die politieke aandacht geeft aan een dalende kwaliteit van de thuiszorg, met onder meer de actie 'voor een menselijke thuiszorg' van februari 2008. In het begeleidende filmpje kleeft een oudere dame zich achter een rollator helemaal uit, met de begeleidende woorden "Al jaren wordt ik door Connie geholpen bij het wassen. Maar Connie is te duur, zeggen ze. Nu komt er een vreemde. En daarna, weer een vreemde. Ik kan me net zo goed voor heel Nederland uitkleden." (zie www.sp.nl).

Hoewel persoonlijke verzorging (nog) onderdeel is van Awbz en niet van de Wmo, geeft het wel aan waar de vraag naar kwaliteit in de dienstverlening ligt. Andere partijen zijn daarom geschokt door de campagne en ontkennen dat de kwaliteit van de thuiszorg problematisch slecht zou zijn. VVD kamerlid Anouchka van Miltenburg, tijdens de kamerdebatten over de Wmo woordvoerder voor haar partij, zegt over het filmpje: "Hier herken ik de thuiszorg in Nederland totaal niet in. Mensen die deze beelden zien en daarna terecht komen in de thuiszorg, zullen verbaasd zijn over de kwaliteit die ze aantreffen." (Volkskrant, 5 febr. 2008).

De arbeidssituatie van hulpverleners

Door de verschuiving naar eenvoudiger huishoudelijke hulp is er beweging nodig in het personeelsbestand van uitvoerende organisaties in de thuiszorg. Zo kreeg Savant uit Helmond te maken met een teruggang van HH2 hulp van 200.000 uur per jaar naar 50.000 uur per jaar, terwijl de HH1 hulp stijgt van 70.000 uur naar 175.000 uur per jaar (Eindhovens Dagblad, 27 december 2007). Bovendien is bij het aanbesteden van de thuiszorg door gemeenten stevig onderhandeld over de prijsstelling, en gelden nu lagere uurtarieven dan in 2006. Dergelijke verschuivingen kunnen niet zonder gevolg blijven voor het personeelsbestand. Op diverse plaatsen zien we ontwikkelingen zoals bij thuiszorgorganisatie Zorggroep Zuid-Gelderland, die vierhonderd van de vijfhonderd vast krachten moet ontslaan en tegelijk driehonderd nieuwe alfa-hulpen aantrekken (De Gelderlander, 23 januari 2008). In juli 2007 moesten ook al 1050 personeelsleden ontslagen worden bij thuiszorgorganisatie Vierstroom/Zorgring in midden Nederland in juli 2007. Er is daarom ongerustheid over massale ontslagen in de thuiszorg. De thuiszorgorganisaties komen in een situatie terecht dat ze gedwongen worden meer alfa-hulpen aan te nemen en de daarbij horende slechtere arbeidsvoorwaarden aan te bieden. Ontslagen werknemers kunnen voor een deel (geschat op 40%) nog wel terug aan de slag in de thuiszorg, maar dan in het slechtere statuut van alfa-hulp.

Een vermindering van het aantal werknemers in de Wmo-sector lag niet in de verwachting of bedoeling van de wetgever. Mede aanleiding tot de Wmo was immers het dreigende tekort aan hulpverleners. De contourennota van april 2004 waarschuwde er al voor dat de arbeidsmarkt bij ongewijzigd beleid de voorziene groei van de zorg-arbeidsmarkt niet zou kunnen realiseren. Peter van Lieshout waarschuwt voor het tekort aan professionals dat zich nu al aandient en door zal zetten in de toekomst. Het WRR-lid stelt dat er vanaf nu tot 2020 per jaar 30.000 banen in de zorg bij moeten komen, willen we straks voldoen aan de vraag naar professionals. “Met een totale groei van de arbeidspopulatie van 30.000 mensen per jaar zou dat betekenen dat vanaf nu minstens iedere scholier ervoor moet kiezen om in de gezondheidszorg te gaan werken. Hier ligt het probleem. Hier zou de discussie om moeten gaan.” (Van den Broeke, 2007, p.13). Diezelfde analyse is ook te horen in Vlaanderen, waar de Vereniging voor Social Profit Ondernemingen (VERSO) wijst op de verwachte groei in werkgelegenheid in de gezondheids- en welzijnssector in combinatie met krapte op de arbeidsmarkt. Er zal daardoor een ‘war on talent’ ontstaan waarbij verschillende sectoren concurreren om schaarse arbeid: “De socialprofitsector stevent bijgevolg af op een immense uitdaging om voldoende geschikte arbeidskrachten te vinden.” (persbericht VERSO, februari 2008).

Nederlandse cijfers bevestigen dat beeld. Er zouden ‘te weinig handjes’ zijn, niet door gebrek aan budget maar door gebrek aan hulpverleners. Onderzoek van het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV) geeft met enige regelmaat aan dat veel van het huidige personeel de zorgsector wil verlaten door gebrek aan carrièreperspectief, hoge werkdruk en ontevredenheid over kwaliteit in de zorg. De sector is blijkbaar in onvoldoende mate een aantrekkelijke werkgever. En met de Wmo dreigt dat beeld te verslechteren.

Staatssecretaris Bussemaker liet al in juni 2007 weten deze ontwikkeling onwenselijk te vinden, en ze zo veel mogelijk te willen voorkomen. Daarom werd een eenmalig budget van 20 miljoen euro vrijgemaakt. Daarmee moeten de loopbaanperspectieven van de werknemers in de zorgsector versterkt worden en zoveel mogelijk hulpverleners binnen de zorgsector gehouden worden. Uiteindelijk wordt er van het budget ‘slechts’ 11 miljoen euro gebruikt omdat er te weinig geldige aanvragen ingediend worden door de sector. In totaal krijgen 18 thuiszorginstellingen deze middelen om ongeveer 7.000 medewerkers te ondersteunen bij de effecten van de Wmo op hun tewerkstelling.

Een andere maatregel die bepleit wordt is het opnemen van de alfahulpen in de reguliere CAO van de thuiszorg. Daardoor zouden de arbeidsvoorwaarden verbeteren. ActiZ gaat zelfs verder, en stelt voor binnen de Wmo niet meer met alfahulpen te werken: “Concurrentie op prijs en kwaliteit is prima. Concurrentie tussen aanbieders die wél pensioen en andere premies moeten opbrengen en aanbieders zonder deze lasten is ongewenst. Voor het streven naar scherpe prijzen mogen pensioenpremie en andere reguliere werknemersvoorzieningen geen ruilmiddel worden. Wij stellen daarom ook een verbod voor op alfaconstructies binnen de Wmo.” (Zorg+Welzijn, juni 2007).

In februari 2008 besliste het kabinet dat vanaf 2009 de thuiszorgorganisaties niet zomaar alfahulpen mogen inzetten bij het geven van huishoudelijke hulp aan burgers (waarbij die feitelijk werkgever van de alfahulpen worden), maar dit slechts kan na uitdrukkelijke

toestemming van die burgers. Die zouden onvoldoende beseffen dat ze geen zorg in natura krijgen, maar in de hoedanigheid van werkgever van de alfahulp treden. Van deze maatregel mag verwacht worden dat hij een remmende werking zal hebben op het aantal alfahulpen, en de positie van het personeel in de thuiszorg zal versterken. Dit zou evenwel ook kunnen betekenen dat de besparingen die gemeenten in 2007 gerealiseerd hebben, als sneeuw voor de zon wegsmelten. De vraag dringt zich op hoe zich dit verhoudt tot de oorspronkelijke doelstellingen van de Wmo, meer kwalitatieve zorg bieden tegen lagere kosten.

Omvallende organisaties

Niet alleen de zorgbehoevenden en de uitvoerende hulpverleners, ook de dienstverlenende organisaties krijgen te maken met de gevolgen van de Wmo. Op verschillende plaatsen moeten zij personeel ontslaan en ander lagereschoold personeel zoeken. Ze krijgen ook te maken met toewijzing van contracten aan andere organisaties en verlies van marktaandeel. Zo meldt de Haagse thuiszorgorganisatie MeaVita in januari 2008 dat ze 600 medewerkers moet ontslaan. 'Bussemaker helpt thuiszorg om zeep' en de Wmo is 'een sloophamer die het systeem van de thuiszorg afbreekt' klinkt het (Zorg + Welzijn). Anderen erkennen wel de ontwikkelingen in de thuiszorg, maar zoeken de oorzaken toch vooral in het bestuur van de organisaties. Ze zien de Wmo vooral als een welkome correctie op een slecht functionerende sector. Zo zegt Iris van Bennekom, voorzitter van de Nederlandse Patiënten Consumentenfederatie (NPCF) in de Volkskrant van 2 oktober 2007: "Ik kan er niet mee zitten dat die organisaties in de problemen zijn gekomen. Wij hebben hier nog niet één klacht ontvangen van een klant die geen of slechte thuiszorg heeft ontvangen, sinds de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Ik sluit niet uit dat er klanten tussen wal en schip vallen, maar het is niet zo dat de kwaliteit van de thuiszorg te lijden heeft onder de concurrentie. ... Bij sommige organisaties is jarenlang sprake geweest van mismanagement. Er zijn bakken met geld de sector ingepompt om gaten te dichten. Maar die kwamen niet ten goede aan de zorg. Moeten we daar dan maar mee doorgaan? Nu blijven de bedrijven over die het wel goed doen."

Budgettaire onderbouwing Wmo

In de Wmo wordt de keuze gemaakt de belastingdruk laag of beperkt te houden. De kosten van de Awbz mogen, ondanks vergrijzing en een verwachte toename van zorgvragen niet stijgen. Bij de invoering van de Wmo is afgesproken dat de middelen uit de Awbz voor huishoudelijke hulp 'schoon aan de haak', zonder korting, naar de gemeenten overgeheveld worden. Door een discussie over het ijkjaar (2005 of 2006?) is meer aandacht gegaan naar de startsituatie begin 2007. Daardoor is het perspectief op langere termijn wat op de achtergrond verdwenen. Door de toekomstige beperking van de overgedragen budgetten in combinatie met toegenomen zorgvraag, zal er in de toekomst alleen maar een grotere spanning ontstaan. Alleen is die spanning tussen budget en zorgvraag nu bij de lokale overheden neergelegd. Die zitten in een spagaat, omdat ze weinig instrumenten hebben om eigen inkomsten te genereren en door de compensatieplicht ook weinig ruimte om zorgvragen af te wijzen.

Dat is evenwel een probleem op langere termijn, dat vooralsnog niet aan de orde is. Het laatste nieuws is immers dat gemeenten miljoenen overhielden aan de thuiszorg terwijl er

massaal medewerkers van de thuiszorg ontslagen werden. Gemeenten houden een deel van de 1 miljard euro die ze ontvingen ten behoeve van de Wmo over. Het ministerie van VWS schat dat het om 200 miljoen gaat. (Artikel NRC, “gemeenten houden 200 mln zorg vast” 12 februari 2008).

Omdat gemeenten zo fanatiek ingezet hebben op het inkopen van de goedkoopste zorg houden ze geld over. Het streven naar efficiënter werken heeft dus in zekere zin zijn vruchten afgeworpen, maar daarnaast helaas ook een aantal ongewenste bijwerkingen opgeleverd.

2.7 Mensen met een beperking

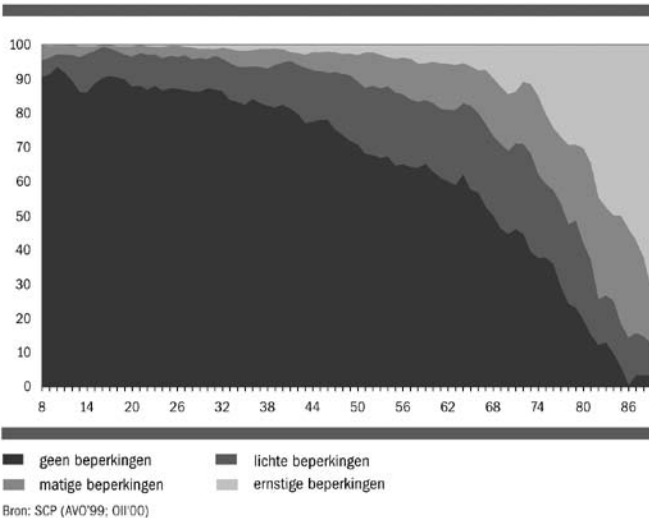
Na de omschrijving van de achtergronden en groeipijnen van de Wmo, beschrijven we de concretere gevolgen van de nieuwe wet voor drie verschillende doelgroepen: mensen met een beperking, ouderen en jeugd.

Eén van de ‘oude’ wetgevingen die door de Wmo opgeslokt is, is de Wet Voorzieningen Gehandicapten (Wvg). Die wet is op de invoeringsdatum van de Wmo komen te vervallen. Vanaf het begin van de gedachtenvorming over de Wmo waren burgers met een beperking in beeld. In het hoofdlijnenakkoord van Balkenende II, waarin de veranderingen van Awbz aangekondigd worden, wordt de groep in de zorg-paragraaf speciaal vernoemd: “Bij het inkomensbeleid zal het kabinet rekening houden met de gevolgen van deze maatregelen voor chronisch zieken, gehandicapten en andere kwetsbare groepen.”

Over wie gaat het

Er zijn in Nederland ongeveer 1,7 miljoen burgers met één of meerdere lichamelijke beperkingen, net iets meer dan 10% van de bevolking. Daarbij behoren de meer zichtbare groepen met een mobiliteitsbeperking (zoals de ongeveer 250.000 rolstoelgebruikers en de 315.000 rollatorgebruikers). Maar er zijn ook de groepen met een minder zichtbare beperking, zoals de ongeveer 360.000 mensen met auditieve beperkingen en de 430.000 mensen met visuele beperkingen (Mirjam de Klerk, 2007, hoofdstuk 2). Niet meegeteld zijn de burgers met een verstandelijke of psychische beperking. Over hun aantal en hun leefsituatie zijn geen recente landelijke cijfers beschikbaar.

Ernst van de lichamelijke beperkingen, 8-90-jarigen (incl. tehuisbevolking), naar leeftijd, 2000 (verticaal geperceenteerd)



Er is een sterke samenhang tussen leeftijd en het hebben van beperkingen (zie figuur) (de Klerk, 2004, p. 18). Ongeveer de helft van de mensen met beperkingen is 65 jaar of ouder. Vanaf die leeftijd neemt ook het aantal burgers met matige of ernstige beperkingen significant toe, om vanaf de leeftijd van 75 jaar in snel tempo toe te nemen. Er is over de afgelopen decennia heen wel sprake van het pas op oudere leeftijd meer te maken krijgen met beperkingen. De levensverwachting zonder beperkingen stijgt sneller dan de algemene levensverwachting, er is sprake van zogenaamde compressie van morbiditeit. De periode van zorgafhankelijkheid wordt korter en schuift op naar een hogere leeftijd. Dat heeft te maken met algemeen verbeterde levensomstandigheden, met betere geneeskundige zorg, betere technische hulpmiddelen en betere preventieve geneeskunde. Door de toegenomen levensverwachting blijft het cumulatieve resultaat van deze ontwikkelingen echter wel een absolute toename van het aantal burgers met beperkingen, en dus richting toekomst een toename van het aantal burgers dat omwille van een beperking zorgbehoevend is.

Hoe was het vroeger?

Voor de Wmo ingevoerd werd, konden mensen met een beperking voorzieningen verkrijgen via de Wvg, de wet voorzieningen gehandicapten. Burgers die in aanmerking komen voor de wet omschrijft artikel 1 van deze wet als: “een persoon, die ten gevolge van een ziekte of een gebrek, aantoonbare beperkingen ondervindt op het gebied van het wonen of van het zich binnen of buiten de woning verplaatsen”. De Wvg was niet van toepassing op mensen die in een Awbz-instelling verbleven (verpleeghuis, verzorgingstehuis, ...), maar alleen op zelfstandig wonende burgers.

Uitgangspunt van de Wvg-wet was via individuele of collectieve voorzieningen het zelfstandig leven van mensen met een beperking te ondersteunen. De wet was van toepassing op voorzieningen voor de gehandicapte zelf, onder voorwaarde dat die

langdurig noodzakelijk zijn (dus bv. geen rolstoel bij een gebroken been) en als het niet algemeen gebruikelijk is (dus geen telefoonaansluiting). Concreter ging het dan om bijvoorbeeld woningaanpassingen (traplift, verhoogd toilet, ...), scootmobielen of rolstoelen. Ook het Collectief Vraagafhankelijk Vervoer (CVV, d.i. regiotaxi, ov-taxi, taxibus, ...) werd voor een deel via de Wvg gefinancierd. Mensen met een beperking konden er gebruik van maken tegen een gereduceerd tarief.

Gemeenten waren de uitvoerende organisaties voor deze wet, en hadden in veel gevallen een Wvg-loket of zorgloket. Er was beperkt ruimte voor een lokale invulling van de Wvg, zoals beleid op het soort voorzieningen dat beschikbaar was en de hoogte van de eigen bijdragen. Het kon dus gebeuren dat een burger in gemeente x voorzieningen tegen andere voorwaarden kreeg dan in gemeente y. De indicatieorganen waren een belangrijke partij om in specifieke situaties de interpretatie te maken van algemene, door het rijk of gemeenten vastgelegde voorwaarden, naar de uiteindelijke bepaling om in aanmerking te komen voor steun vanuit de Wvg. In de loop der jaren hebben die meerdere organisatievormen gekend, zoals Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) en centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Bij indicatie spelen twee grootheden een rol. Enerzijds is er de *zorgbehoefte* van een cliënt en zijn huishouden, anderzijds werd in de loop van de werking van de Wvg en onder invloed van de toepassing ervan in de Awbz het begrip 'gebruikelijke zorg' steeds belangrijker. Daarmee wordt verwezen naar die zorg waarvan redelijkerwijs verwacht kan worden dat huisgenoten die aan elkaar verstrekken, en waarvoor dus geen beroep kan gedaan worden op Wvg (of Awbz). Om telkens weer de discussies te vermijden wat tot de gebruikelijke zorg behoort en wat niet, is er een algemeen gebruikt protocol gebruikelijke zorg opgesteld. Mantelzorg behoort niet tot de gebruikelijke zorg, omdat ze wat betreft zwaarte, duur en/of intensiteit veel meer omvat dan op dagelijkse basis normaal is. Op deze wijze wordt de draagkracht van de omgeving van de zorgbehoevende burger in rekening gebracht bij het bepalen van hoeveel zorg vanuit collectieve zorgarrangementen hij of zij kan krijgen.

Een belangrijk aspect van de Wvg was de zorgplicht van gemeenten. Die waren verplicht voorzieningen te verstrekken om de zelfstandigheid van burgers met een beperking te verhogen. Die zorgplicht betreft woonvoorzieningen, vervoersvoorzieningen en rolstoelen. De gemeente kan zich niet beroepen op gebrek aan middelen om een rechtmatige vraag naar voorzieningen te weigeren. Individuele zorgvragers konden aan de hand van deze zorgplicht naar de rechter stappen als de gemeente onterecht hun zorgvraag afwees. Bovendien was er een collectieve belangenbehartiging via de cg-raad over de uitvoering van de Wvg, wat in maart 2002 leidde tot de ondertekening van het Wvg-protocol door de cg-raad, de federatie van ouderverenigingen, het coördinatieorgaan samenwerkende ouderenorganisaties, de VNG en het ministerie voor sociale zaken en werkgelegenheid. Het protocol had geen wettelijke bindende status, maar was wel een gezaghebbend referentiepunt bij discussies over de behoorlijke uitvoering van de wet. Gemeenten waren binnen de Wvg ook vrij om de voorziening in natura of in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb) te verstrekken. Een aantal gemeenten gaf wvg-gebruikers inderdaad die mogelijkheid. Op die manier konden dezen zelf hun zorg inkopen bij de zorgleverancier die hun voorkeur had. De mate van controle op de besteding verschilde sterk van gemeente tot gemeente.

Wat verandert er?

Per 1 januari 2007, bij de invoering van de Wmo, komt de Wvg grotendeels te vervallen (art. 40 van de Wmo). Welke consequenties heeft dat voor personen met een beperking? Er zijn drie belangrijke verschuivingen van Wvg naar Wmo, t.w. de veranderingen rondom het persoonsgebonden budget, de verschuiving van zorgplicht naar compensatieplicht en de her-indicatie.

Terwijl het *persoonsgebonden budget* in de Wvg een keuzeoptie was voor de gemeente, die het al dan niet kon aanbieden, is het in de Wmo voor de gemeente bijna een verplichting het aan te bieden. Voor de client blijft nog steeds de keuze tussen zorg in natura of in geld, tussen 'care in kind' of 'care in cash'. Als de zorgbehoefte een pgb vraagt kan de gemeente alleen zorg in natura aanbieden als er zwaarwichtige redenen zijn om dat te doen. Het zou dus eenvoudiger moeten worden om een pgb te verkrijgen. Helaas blijkt dat in de praktijk niet zo eenvoudig, er komen nogal wat formulieren en keuzen bij kijken, het gebruik van een pgb vraagt een niveau van zelfredzaamheid van de gebruiker.

In de Wvg was er sprake van een zorgplicht. Als een burger een bepaalde beperking had en daardoor in een situatie van zorgbehoefte verkeerde, had hij of zij automatisch recht op voorzieningen. In de Wmo is er geen sprake van een zorgplicht, maar van een *compensatieplicht*. De gemeente moet een persoon met beperkingen zodanig compenseren dat hij in staat is zelfstandig een huishouden te voeren, zich kan verplaatsen in en om de woning, andere mensen kan ontmoeten en sociale verbanden kan aangaan. Er is dus wel een resultaatverplichting aan de gemeente, maar er is meer vrijheid over de manier waarop het resultaat bereikt wordt.

Na de invoering van de Wmo moeten onder meer mensen met een functionele beperking een *herindicatie* krijgen voor de zorg die zij eerder onder de Wvg kregen. Die indicatie is immers uitgevoerd door een 'oude' organisatie en zonder toepassing van de nieuwe regels die een gemeente binnen de nieuwe beleidsvrijheid van de Wmo kan gemaakt hebben. Naar schatting een half miljoen burgers zou voor zo'n herindicatie in aanmerking komen omdat een jaar na de invoering van de wet hun overgangsrechten verstrijken. De herindicatie start daarom pas goed begin 2008, een jaar na invoering van de wet. Er zijn verschillende aspecten aan een dergelijke herindicatie. Soms is de lichamelijke conditie van iemand zodanig dat er echt niets veranderd kan zijn. Iemand met een dwarslaesie die een rolstoel kreeg vanuit de Wvg-regeling, zal heus niet weer kunnen lopen en het onder de Wmo zonder rolstoel kunnen doen. In dergelijke situaties zou herindicatie achterwege kunnen blijven. Andere mogelijke nadelige aspecten aan herindicatie zijn de gewijzigde regels die een gemeente kan maken omtrent de eigen bijdragen of het pgb-equivalent van zorg. Bij de belangenbehartigers van mensen met een beperking leeft de vrees dat de eigen bijdragen hoger zullen worden, en de pgb-bedragen lager zullen komen te liggen.



Eindhovens Dagblad, 30 juni 2007

Gehandicaptenraad bezorgd over effecten Wmo

UTRECHT – De Chronisch Ziekten en Gehandicaptenraad (CG-Raad) is bezorgd over de effecten van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo), die op 1 januari is ingegaan. Er dreigt een tweedeling te ontstaan tussen gemeenten.

In sommige gemeenten kunnen ouderen en gehandicapten op betere zorg en voorzieningen rekenen dan in andere. Daardoor bestaat de kans dat ouderen zich gedwongen zien zich in te schrijven voor een zorgcentrum, omdat zij geen of onvoldoende geld krijgen om hun woning aan te passen of omdat familieleden hen onvoldoende mantelzorg kunnen bieden. Dat heeft een woordvoerder van de CG-Raad zaterdag laten weten naar aanleiding van berichtgeving in het AD. De raad heeft een Wmo-meldpunt ingesteld, waar in vijf maanden 164 reacties zijn binnengekomen. Op 1 oktober moeten alle gemeenten hun verordeningen aan de nieuwe wet hebben aangepast. De Wmo maakt gemeenten verantwoordelijk voor de invulling en uitvoering van de thuiszorg en de voorzieningen van gehandicapten. Het doel is om per individu zorg op maat te verlenen. De vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) heeft toegezegd dat gemeenten hun best zullen doen om mensen dezelfde voorzieningen te laten ontvangen als ze voor 1 januari kregen. De meeste klachten (bijna tachtig) gingen over de indicatiestelling: mensen krijgen minder zorg dan ze vroeger hadden en er wordt van familieleden verwacht dat zij veel meer bijspringen, hoewel het de vraag is of die dat kunnen. In sommige gevallen is sprake van halvering van het aantal uren zorg waarop ouderen of gehandicapten eerder recht hadden. Ook werd een verhoging van de eigen bijdrage voor een scootmobiel gemeld: van 50 naar 400 euro.

2.8 Ouderen

Vergrijzing

In het licht van de doelstellingen van de Wmo, zo lang mogelijk zelfstandig wonen en meedoen in de samenleving, zijn ouderen een belangrijke doelgroep. Immers, hoe ouder mensen worden hoe groter de kans dat ze te maken krijgen met ziekte en beperkingen. Gezien de voortschrijdende vergrijzing breidt de groep ouderen zich snel uit en daarmee groeit ook de (potentiële) vraag naar zorg en ondersteuning.

Dat ouderen meer zorg nodig hebben dan mensen in de overige leeftijdsgroepen zien we bevestigd in cijfers (zie figuur in paragraaf 2.7) van het SCP. Het percentage zelfstandig wonende personen¹ met een chronische ziekte of aandoening stijgt met het toenemen van de leeftijd. In de leeftijdsgroep 55-64 jaar geeft minder dan de helft aan te kampen met tenminste één chronische ziekte, onder 65-74-jarigen is dat iets meer dan de helft en onder 75-plussers bijna twee derde.

Van de hele groep zelfstandig wonende ouderen vanaf 55 jaar heeft ongeveer de helft een chronische aandoening. Vooral hoge bloeddruk en gewrichtsslijtage komen op hoge leeftijd vaak voor. Ook op het psychische vlak zijn er aandoeningen die van grote invloed kunnen zijn op het welbevinden en functioneren van ouderen, zoals depressiviteit, angst- en cognitieve stoornissen zoals dementie. 70% van de beperkingen in zelfredzaamheid bij 85-jarigen blijkt te komen door een beperking van het cognitief functioneren (Gussekloo, De Craen, Van Exel, Bootsma-Van Der Wie, & Westendorp, 2004). Het aantal ouderen met dementie neemt dankzij de langere levensverwachting toe, en de opvangcapaciteit in verpleeg- en verzorgingstehuizen volgt die groei niet.

“De ziekte van Alzheimer is typisch een welvaartsziekte, of misschien nog beter gezegd: een gezondheidszorgziekte. Zoveel meer mensen dan vroeger bereiken dankzij betere levensomstandigheden en goede medische zorg een hoge leeftijd, dat een ooit weinig voorkomende ziekte tot het spookbeeld bij uitstek van de oude dag heeft kunnen uitgroeien. De toenemende afhankelijkheid en hulpeloosheid van de patiënt maken de zorg bijzonder intensief en dus ook kostbaar.”
(Schnabel, 2004, p. 182).

Bovenstaande cijfers zouden de suggestie kunnen wekken dat ouderen in Nederland een deerniswekkende en hulpbehoevende groep vormen. Dat zou een vertekend beeld geven. Ouderen hebben een steeds hogere levensverwachting terwijl ze met behulp van medische en technologische ontwikkelingen langer gevrijwaard blijven van lichamelijke en fysieke beperkingen (van den Berg Jeths, Timmermans, Hoeymans, & Woittiez, 2004.) Van zowel vrouwen als mannen is de gezondheid naar verwachting in de meeste van de extra jaren die de stijgende levensverwachting met zich meebrengt goed. Voor mannen valt dat beeld gunstiger uit dan voor vrouwen. Oudere vrouwen leven langer dan oudere mannen, maar verhoudingsgewijs in minder goede gezondheid (De Boer, 2006).

Ook in internationale context scoren Nederlandse ouderen goed. Uit vergelijkend onderzoek van de grootste Amerikaanse ouderenorganisatie AARP blijkt dat Nederland het beste zorgt voor haar oudere burgers (Edwards, 2004). Ook zijn Nederlandse 50-90 jarigen het meest tevreden in vergelijking met ouderen uit een aantal andere Europese landen (Luxemburg, Oostenrijk, Italië, Zweden en Groot-Brittannië) (ESAW, 2003).

Preventie

Toch is er nog winst te behalen als het gaat om de gezondheidssituatie van ouderen. De daling van de sterfte onder 80 plussers stagneert in Nederland; de sterfte is zelfs in lichte

¹ De Wmo heeft betrekking op zelfstandig wonende ouderen, daarom geven we hier alleen cijfers van deze groep en niet van ouderen in verpleegtehuizen

mate toegenomen (De Boer, 2006). In Frankrijk, Engeland en Wales blijft de daling van de sterfte voortduren. De oorzaken van de stagnatie zijn niet geheel duidelijk maar vermoed wordt dat ze met ongezonde leefstijlen te maken hebben. Ook lijkt er een verslechtering plaats te vinden van de geestelijke gezondheid onder mannen en vrouwen van 45-64 jaar.

De Gezondheidsraad stelt daarom dat er in de preventieve sfeer voor de doelgroep ouderen nog een hoop gezondheidswinst te behalen valt (Gezondheidsraad, 2005). Deze is vooral door gedragsverandering te bewerkstelligen en zoals minder en gezonder eten, niet roken en meer bewegen. De preventienota 'Langer gezond leven' ziet ouderen als een belangrijke doelgroep voor gezondheidsbevorderende acties (VWS, 2003).

De nota 'Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing' (VWS, 2005) besteedt eveneens aandacht aan preventiemaatregelen voor ouderen. Die maatregelen hebben als doel ouderen zo lang mogelijk zelfstandig, onafhankelijk en gezond te laten blijven, analoog aan de doelstellingen van de Wmo. De gepresenteerde maatregelen hebben betrekking op bewegen en sport, voeding en valpreventie, en er is ook aandacht voor vroegsignalering door middel van consultatiebureaus voor ouderen. In het kader van de Wmo zou de concrete uitwerking van preventieve gezondheidsbevorderende acties rondom ouderen niet misstaan. In de uitwerking van de wet blijven deze echter achterwege: ze worden overgelaten aan gemeenten.

Wel legt het kabinet Balkenende IV - los van de Wmo - sterk de nadruk op gezondheid en preventie. In 2007 besloot het kabinet de accijns op bier en sigaretten in 2008 te verhogen. Inmiddels heeft het kabinet ingestemd met de visie op gezondheid en preventie van minister Klink (VWS, 2007). De minister komt met een nieuwe aanpak van overgewicht, drankmisbruik en gezondere voeding. Andere door het kabinet goedgekeurde maatregelen zijn een rookverbod in de horeca, een verbod op drankreclame op radio en televisie tot 21 uur en opname van cursussen stoppen met roken en bewegen op recept in de ziektekostenverzekering. Klink richt zich met de nieuwe maatregelen vooral op de jeugd en mensen uit de lagere klassen, en niet specifiek op ouderen. Ze zijn echter ook bedoeld om gezondheid en kwaliteit van leven op de oude dag te bevorderen.

Geen apart ouderenbeleid

De ministeriële nota ouderenbeleid (VWS, 2005) geeft een positiever beeld van ouderen dan vanuit het perspectief van vergrijzing vaak het geval is. De nota stelt vergrijzing veel meer als een verrijking te willen zien - uiteindelijk leven we allemaal langer en gezonder en productiever - en constateert dat de vergrijzing de afgelopen jaren in het maatschappelijke debat te veel geïdealiseerd werd.

“Met die bril naar ouderen kijkend lijkt het warempel wel of alle ouderen niet meer kunnen werken, ziek en eenzaam zijn en allemaal een inkomensprobleem hebben. Het komt er in die zienswijze op neer dat we eigenlijk niet veel meer van ouderen lijken te verwachten.”

(VWS, 2005, p.9).

Dit constaterend in samenhang met de grote diversiteit in levenslopen en levensstijlen van ouderen, luidt de kabinetsvisie dat een categoriaal ouderenbeleid achterhaald is. De vergrijzing vraagt vooral om solidariteit tussen generaties, en binnen generaties ouderen.

“Bij het eerlijk delen gaat het bovendien zowel om welvaart als om verantwoordelijkheid, om rechten, maar ook om plichten. Welvaart kan immers alleen worden gedeeld als zij wordt gerealiseerd, of dat nu is via betaalde arbeid of via vrijwilligerswerk of informele zorg.”

(VWS, 2005, p.11)

Het kabinet hecht daarbij een groot belang aan levensloopbeleid. De verwachte stijging van de kosten van de zorg o.m. als gevolg van de vergrijzing kan ook opgevangen worden door te investeren in jeugd, onderwijs en in innovatieve kracht om het economische draagvlak voor de vergrijzing te verstevigen. Dat wordt ook wel ‘investeren in omslag’ genoemd: het investeren in menselijk kapitaal van de jonge beroepsbevolking opdat ze de lasten die door de vergrijzing stijgen kunnen dragen (VWS, 2005, p. 43). Premies die werkenden betalen worden rechtstreeks uitbetaald aan pensioengerechtigden. Maar als het verschil tussen de voorzieningen voor ouderen waar de huidige jongere generaties voor betalen en de voorzieningen waar de jongere generaties recht op hebben als ze zelf oud zijn te groot wordt, gaat de solidariteit tussen generaties verloren. Daarom bouwt het kabinet voorzieningen als VUT en prepension, die door de huidige babyboomers als verworven rechten gezien worden, af, zodat ook toekomstige generaties een hoge en duurzame levensstandaard kunnen hebben. Ook zijn er juist maatregelen gericht op jeugd denkbaar om de kloof tussen generaties te verkleinen. Zoals voor de maatschappelijke stages, of het promoten van vrijwilligerswerk of in het onderwijs ook bewust te werken aan de beoogde mentaliteitsverandering bij jongeren voor wat betreft hun solidariteit met andere generaties in het onderwijsprogramma.

Ouderenbeleid moet dus altijd in verband gebracht worden met de overige generaties. In de wettekst van de Wmo vinden we dan ook geen passage die gewijd is aan ouderen als aparte doelgroep. Dat geldt ook voor de hierin geformuleerde prestatievelden. De doelgroepen jeugd en mensen met een beperking worden wel expliciet genoemd. Onder deze laatste groep kunnen we een deel van ouderen scharen, maar lang niet allemaal. Een gevolg hiervan is dat we in de uitwerking van de wet de aandacht voor ouderen moeten zoeken in meerdere prestatievelden, zoals prestatieveld 1: het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten; prestatieveld 3: het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning; prestatieveld 4: het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers; prestatieveld 5: het bevorderen van deelname aan het maatschappelijk verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem, en prestatieveld 6: het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en aan mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behouden en het bevorderen van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijke verkeer. De mogelijke effecten van de eerste 2 prestatievelden op

ouderen zijn meer indirect terwijl de prestatievelden 3 t/m 5 meer direct van toepassing zijn op ouderen.

Er zijn passages te vinden waarin het kabinet erkent dat een aantal vraagstukken rondom zorg, wonen, welzijn en inkomen vooral betrekking hebben op ouderen. Een argument voor specifiek ouderenbeleid zou kunnen liggen in achterstanden op gebieden die vooral van toepassing zijn op ouderen, vooral bij achterstanden waarvan de kans groot is dat die bij veel ouderen samenkomen, zo stelt het kabinet (VWS, 2005, p.11).

Opmerkelijk is dat zo gauw ouderen als aparte beleidsgroep genoemd worden, ze toch weer gekoppeld worden aan achterstanden. Datzelfde gebeurt op de website van het ministerie van VWS. Daar worden ouderen (naast gehandicapten en jeugd) eveneens genoemd als speciale aandachtsgroepen omdat zij vaak extra hulp nodig hebben om "normaal mee te kunnen doen in de samenleving". En ook in eerdergenoemde contourennota en de Memorie van Toelichting (MvT) bij de Wmo worden ouderen regelmatig genoemd, steeds in opsommingen als: 'kinderen, gehandicapten, psychiatrische patiënten en ouderen' of 'chronisch zieken, gehandicapten en ouderen' of 'zorgbehoevende ouderen en psychiatrische patiënten'.

Het in één adem noemen van ouderen met (andere) hulpbehoevende en kwetsbare groepen kan onbedoeld negatieve gevolgen hebben. Het kan leiden tot een verkeerd imago van deze groep als zijnde 'zwak' en buiten de 'gezonde' samenleving staand. Terwijl het doel van de Wmo juist integratie is. Bovendien is de scheiding tussen gezonde en hulpbehoevenden minder sterk dan het lijkt. Ook wie fysieke of psychische problemen heeft blijkt vaak wel in staat een ander hulp te bieden binnen de overgebleven mogelijkheden (Linders, 2007). De doelstelling van de Wmo, het mogelijk maken van optimale participatie in de samenleving, komt in de uitwerking neer op een pleidooi voor het eenzijdig steunen (door de formele en de informele zorg) van hulpbehoevenden. Veel minder nadrukkelijk komt naar voren dat ouderen elkaar kunnen helpen, ook als ze in bepaalde opzichten kwetsbaar zijn. In feite gebeurt dat nu ook in de praktijk.

Het belang van informele zorg

De contourennota (Ministerie van VWS, 2004) stelt dat de vergrijzing de komende jaren maar voor een beperkt deel de oorzaak zal zijn van de extra uitgaven. Ook de stijgende kwaliteit van de zorg en het omzetten van een latente zorgvraag naar daadwerkelijke zorg zullen bijdragen aan de kostenstijging.

Daarbij verwijst de contourennota naar de berekeningen van het SCP (Timmermans & Woittiez, 2004) van de potentiële vraag naar zorg en het feitelijke gebruik daarvan. Wat blijkt is dat de potentiële vraag van mensen die bij aanvraag recht zouden hebben op geïndiceerde zorg veel hoger ligt dan de vervulde vraag, de zorg die feitelijk wordt geleverd aan mensen. De potentiële vraag zou bij thuiswonende ouderen zelfs driemaal zo groot zijn als de geleverde zorg. We moeten daarbij wel in aanmerking nemen dat in 2005 een strengere indicering van kracht werd waardoor dit verschil (op papier) afgenomen zal zijn. Het 'gat' tussen potentiële vraag en de feitelijk geleverde zorg wordt opgevangen door informele zorg of bestaat uit onbeantwoorde zorgvragen.

Vanuit deze redenering concludeert de nota dat mantelzorg en andere vormen van informele hulp de groei van de vraag naar zorg in principe kunnen remmen, maar alleen als deze ondersteund worden. Om die reden ging 20,5 miljoen euro van de premiesubsidieregeling ‘coördinatie vrijwillige thuiszorg en mantelzorg’ van de Awbz naar het Gemeentefonds. Let wel, dit zijn geen extra middelen, het gaat hier puur om decentralisering van bestaande middelen. Staatssecretaris Bussemaker voerde bovendien het mantelzorgcompliment, waardoor mantelzorgers eenmalig een belastingvrij bedrag van 250 euro krijgen.

Informele zorgers zijn vaak ouderen. Veel ouderen (tussen 50 en 69 jaar) zijn maatschappelijk actief door het doen van vrijwilligerswerk (45%) of door het geven van informele zorg aan zieke mensen (40%) (De Boer, 2006).

De overheid geeft een aantal ambivalente signalen af als het gaat over het belang van informele zorg. Enerzijds geeft de contourennota bij de Wmo aan dat arbeidsmarktparticipatie een bedreiging vormt voor informele zorg (Ministerie van VWS, 2004). Anderzijds wil de ‘nota ouderenbeleid’ af van het ‘zieligheidparadigma’ dat rondom ouderen hangt door te stellen dat deze groep zeer wel in staat geacht kan worden een bijdrage aan de samenleving te leveren. Daarmee bedoelt de nota vooral langer doorwerken en niet méér informele inzetbaarheid (VWS, 2005, p.19).

Er zijn/worden een aantal maatregelen genomen om de arbeidsparticipatie van ouderen te bevorderen. De Nederlandse pensioenregelingen kennen inmiddels een flexibele uittredingsleeftijd. Verder is het kabinet voornemens de arbeidsparticipatie tot 65 te verhogen en wil het belemmeringen om door te werken na het 65^{ste} levensjaar wegnemen. De levensloopregeling moet burgers de gelegenheid bieden om tijdens de carrière voor de naaste te zorgen. Bijzonder populair is deze regeling nog niet: in 2006 maakte slechts 5,5 procent van de werknemers in de werkzame beroepsbevolking er gebruik van. Vrijwel de meeste deelnemers willen deze regeling gebruiken om eerder te stoppen met werken (CBS, 2007).

De ouderennota noemt het risico dat een toenemende participatie in betaalde arbeid de beschikbaarheid van mantelzorg beperkt, maar meent dat ondersteuning van mantelzorg dit kan compenseren. Het SCP stelt dat de verhoging van de arbeidsparticipatie wel degelijk een bedreiging is voor informele zorg.

“Hoewel de relatie tussen arbeidstijd en vrijwillige inzet niet één op één is, is wel vastgesteld dat het verrichten van informele zorg of vrijwilligerswerk gedeeltelijk in de verdrukking komt bij een verdere verhoging van de arbeidsparticipatie (...). Bij de invoering van de Wmo, die een grote vrijwillige inzet van burgers veronderstelt, zou hiermee rekening moeten worden gehouden.”
(De Boer, 2006, p. 246, 247)

Een gevolg van de verhoging van de arbeidsparticipatie zou dus kunnen zijn dat professionele ondersteuning de plaats inneemt van informele zorg, en dat is niet wat de Wmo beoogt. Het overheidsbeleid is in dat opzicht niet consistent.

Juist omdat ouderen niet meer deelnemen aan het arbeidsproces vormt deze groep een bron van menselijk kapitaal die inzetbaar is voor informele zorg en vrijwillige zorg. Zij kunnen bijvoorbeeld hun minder fortuinlijke leeftijdgenoten, maar ook andere kwetsbare groepen hulp te bieden. Zilveren Kracht (www.zilverenkracht.nl), een programma van MOVISIE, is een voorbeeld van een landelijk programma dat uitgaat van de mogelijkheden van ouderen en hoe deze ingezet kunnen worden voor de samenleving. Dit programma richt zich voornamelijk op de maatschappelijke participatie van ouderen zoals het doen van vrijwilligerswerk, burgerparticipatie en participatie op de arbeidsmarkt. De projecten die vanuit Zilveren Kracht (in samenwerking met Vilans) lopen zijn gericht op het verwerven van kennis over het thema 'ouder worden en maatschappelijke inzet'. Voorbeelden zijn het project 'actief ouder worden', dat er op gericht is hoe ouderen te werven die zich willen inzetten in de samenleving, of een onderzoek naar het fenomeen 'hangouderen'. Het geven van informele zorg valt helaas grotendeels buiten het blikveld van Zilveren Kracht. Het zou een goede zaak zijn om meer consequent beleid te voeren ten aanzien van de mogelijkheden die ouderen hebben als het gaat om hun inzet als informelezorger. In dat kader is wenselijk dat onderzoek gedaan wordt naar in hoeverre inzet van ouderen in hun woon- en leefomgeving, voor maatschappelijke organisaties en in onbetaalde arbeid ten koste gaat van de zorg voor de naaste.

2.9 Jeugd

Ontgroening

Veel aandacht gaat momenteel naar het vergrijzen van de Nederlandse samenleving, terwijl zich tegelijk een ontwikkeling van ontgroening voltrekt met minstens even ingrijpende gevolgen. Daar is echter veel minder aandacht voor. Ontgroening is het verschijnsel dat er steeds minder 0-19 jarigen zijn (Van Duin, De Jong, & Broekman, 2006). In 2005 was 24 procent van de bevolking jonger dan 20 jaar. In de komende twee decennia zal dit aandeel licht dalen naar 22 procent. Deze daling is het gevolg van de afname van het aantal geboorten tussen 2000 en 2010. De ontgroening van de Nederlandse bevolking zal tegen 2025 voltooid zijn, daarna wordt geen verdere daling meer verwacht. Hoewel de ontwikkeling op landelijk niveau vrij gering is, hoeft dit op regionaal niveau niet altijd ook zo te zijn. Dit is van belang omdat de samenleving lokaal voorzieningen zal moeten treffen om hierop in te spelen, zoals inzake onderwijsvoorzieningen, gezinszorg of woonruimte voor starters. Een paar interessante feiten uit de regionale bevolkingsprognose van het CBS: Limburg is het minst groen, met 22 procent van de bevolking jonger dan 20 jaar, Urk is de meest groene gemeente in Nederland. Vrouwen krijgen hier gemiddeld 3 kinderen, terwijl dit voor Nederland als geheel 1,7 is. Staphorst is een goede tweede. Beide gemeentes zijn typische vertegenwoordigers van de biblebelt, streng gelovig. In Groningen lijkt de ontgroening nu al voltooid, aangezien het percentage jongeren tussen 2005 en 2025 gelijk blijft. In 2025 zijn er nog 40 gemeenten waar een kwart van de bevolking uit jongeren bestaat, tegen zo'n 260 nu.

Dit zijn belangrijke prognoses om rekening mee te houden, als het gaat om de ontwikkelingen die op grond van de Wmo in de verschillende regio's (zullen) worden ingezet.

Logisch lijkt het bijvoorbeeld om er snel voor te zorgen dat jeugdigen en hun ouders zich als doelgroep goed laten vertegenwoordigen in het kader van de Wmo, zoals dat nu al het geval is bij ouderen. Ook is er nauwelijks aandacht in de Wmo voor hoe jeugdigen en hun ouders daadwerkelijke ingezet kunnen worden om de algemene doelstelling van de Wmo te behalen, namelijk zo lang mogelijk zelfstandig wonen en meedoen in de samenleving. Terwijl er, anders dan voor ouderen, wel een speciaal prestatieveld gericht is op jeugdigen en hun ouders.

Beleid

Welke prestatievelden in de Wmo zijn van toepassing op jeugd en welk ander landelijk beleid is specifiek gericht op jeugd?

Het prestatieveld 'Op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden' heeft betrekking op de in een gemeente wonende jeugdigen – en in voorkomende gevallen hun ouders- bij wie sprake is van een verhoogd risico als het gaat om ontwikkelingsachterstand of uitval zoals schooluitval of criminaliteit, maar voor wie zorg op grond van de Wet op de Jeugdzorg niet nodig is dan wel voorkomen kan worden. Dit beleidsterrein geldt als aanvulling op in andere wetgeving vastgelegde taken, zoals de Wet collectieve preventie volksgezondheid en de Leerplichtwet.

Ondanks dat er in de wet geen leeftijdsgrens wordt genoemd, valt aan te nemen dat een leeftijdsgrens tot 23 jaar geldt. (bijvoorbeeld de verwijzingsindex risicojeugd kent de leeftijdsgrens 0 tot 23 jaar)

Daarnaast zijn er ook andere prestatievelden van toepassing op de doelgroep jeugd zoals prestatieveld 1: versterken samenhang en leefbaarheid in dorpen, buurt en wijk, prestatieveld 3: het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning, prestatieveld 7: het bieden van maatschappelijk opvang, waaronder vrouwenopvang en het voeren van beleid ter bestrijding van huiselijk geweld en prestatieveld 9: het bevorderen van verslavingsbeleid.

Feitelijk kunnen jeugdigen binnen de kaders van alle andere prestatievelden vallen voor zover zij te maken krijgen met de betreffende thematiek.

Voorbeelden en projecten die aansluiten bij deze prestatievelden zijn "Pimp my block" van de Nationale Jeugdraad, intergenerationele projecten zoals in Eindhoven de Kronehoef projecten en in Duitsland "Lebensraum für jung und alt", interculturele projecten, jeugdigen en hun ouders die actief zijn bij buurtfeesten, markten enz., de (nieuw in te richten) opvoedwinkels, JIP's, opvoedingsondersteuning en voorlichting op consultatiebureaus, projecten rond opvang jonge moeders, kinderen als getuigen van huiselijk geweld, maar denk ook aan de aanpak van verslavingsproblematiek bij jongeren.

Bij de invoering van de Wmo in 2007 is duidelijker vast komen te staan welke verantwoordelijkheid bij de gemeente is komen te liggen. Gemeenten zoeken bij het tweede prestatieveld aansluiting bij de functies van preventief lokaal jeugdbeleid die 'behoren tot het gemeentelijke domein in aansluiting op de jeugdzorg' waarover de staatssecretaris van VWS al in 2003 overeenstemming heeft bereikt met Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), InterProvinciaal Overleg (IPO) en MOgroep. (m. v. VWS, 2004).

1. informatieverstrekking aan ouders, kinderen en jeugdigen over opvoeden en opgroeien
2. probleemsignalering door onderwijs en andere bij jeugdigen betrokken instellingen en de coördinatie tussen deze instellingen
3. het regelen van de toegang tot het hulpaanbod met behulp van een 'sociale kaart' voor ouders, kinderen, jeugdigen en verwijzers
4. het bieden van pedagogische hulp (advisering en lichte hulpverlening) en
5. de coördinatie van zorg in het gezin op lokaal niveau (de gezinscoach, het afstemmen en zo mogelijk bundelen van zorg, voor zover Bureau Jeugdzorg of de jeugdgezondheidszorg de zorg niet coördineert).

De ontwikkeling van instrumenten voor prestatieveld 2 vindt niet specifiek plaats in het kader van de Wmo, maar heeft sterke relaties met andere lopende of net afgesloten trajecten op het gebied van jeugdbeleid (zie ook www.wmo.nl bij 'preventieve ondersteuning jeugd'). Het eerste relevante traject is de impuls opvoed- en gezinsondersteuning. Vijftig gemeenten hebben voor een periode van drie jaar (2005-2009) extra middelen gekregen met als doel het vergroten van het bereik van risicogezinnen en jeugdigen en het verkrijgen van meer inzicht in de effectiviteit van de gehanteerde interventies en methoden op lokaal niveau. Als tweede traject is in 2004 een ondersteuningstraject vijf functies preventief jeugdbeleid gestart. Dit werd door de VNG uitgevoerd en midden 2007 afgerond. Het derde traject was Operatie Jong, een samenwerkingsverband waarin vijf departementen samenwerkten om het jeugdbeleid te verbeteren (www.operatie-jong.nl).

In literatuur en media worden de inspanningen die gemeenten moeten leveren specifiek op prestatieveld 2 nauwelijks genoemd. Dat komt doordat er geen duidelijke link met de Wmo wordt aangegeven bij de vele activiteiten die binnen gemeenten voor jeugd plaatsvinden. Een groot deel van deze activiteiten passen prima onder de Wmo paraplu, maar worden daar niet onder geschaard, waardoor er gemakkelijk eenzijdige aandacht voor problemen van jeugd ontstaat in plaats van voor preventie en participatie. Thema's als jeugdzorg, risicojeugd en daadwerkelijke overlast van jeugd komen ruimschoots aan bod. Denk aan bijvoorbeeld aan het mediacircus rondom Savanna (zie www.canonsociaalwerk.nl/savanna), het drama in Roermond, het Maasmeisje, de moord op Jesse Dingemans, en, wat algemener, de grote aandacht voor schooluitval.

De invoering in 2005 van de Wet op de Jeugdzorg bracht al veel veranderingen met zich mee en vervolgens werd/wordt er daarnaast en op grond van deze wet veel onderzoek gedaan naar de Nederlandse jeugdzorg en naar verbetering van het stelsel. Verdeling van verantwoordelijkheden van rijk, provincie en gemeente is onderdeel van deze onderzoeken. Steven van Eijck (2006), commissaris jeugd- en jongerenbeleid, geeft in het Sturingsadvies 'Koersen op het kind' (Operatie Jong) al aan dat de taken op het gebied van opvoeding, preventieve gezondheidszorg en bescherming gebundeld moeten worden. Hij pleit voor een laagdrempelig, eerstelijns centrum voor alle jeugdigen en ouders.

Opvoeden is een van de gebieden waarmee het vierde kabinet Balkenende zich sterk profileert, met zelfs een minister voor Jeugd en Gezin in de voorhoede. Politici en bestuurders spreken in spierballentaal over verplichte opvoedcursussen en heropvoedkampen (Mussche, 2007). Jeugd en gezinnen zijn dus meer in beeld. Minister Rouvoet van De Christen Unie heeft geen eigen ministerie, maar valt onder meerdere ministeries (VWS, Justitie, OCW en SZW). Tot nu toe ontbreekt het in ieder geval niet aan ideeën en voorstellen vanuit zijn programmaministerie. Of hij voldoende slagkracht heeft zonder eigen ministerie zal de praktijk leren.

Eind april 2007 heeft de minister een overzicht gegeven van 16 beleidsterreinen die tot zijn portefeuille behoren met daarnaast nog een medebetrokkenheid op 13 andere beleidsterreinen. Op 28 juni 2007 heeft hij zijn Programma voor Jeugd en Gezin genaamd 'Alle kansen voor alle kinderen' aangeboden aan de Tweede Kamer (www.jeugdengezin.nl). In dit programma komt een integrale benadering van het jeugd- en gezinsbeleid tot uitdrukking. Het gaat om opvoeding, jeugdzorg, gezondheidszorg, leren, werken, wonen, jeugdcriminaliteit, gezinsbeleid en vrijetijdsbesteding.

De sturingsrol van gemeenten

De regierol van de gemeenten wordt opgenomen in de Wet op de jeugdzorg. Die regierol ten aanzien van de lokale jeugdketen kent twee aspecten, namelijk het tot stand brengen van 'één gezin, één plan' en het realiseren van sluitende afspraken tussen partijen uit de jeugdketen.

In het landelijk beleidskader jeugdzorg is het realiseren van een goede aansluiting tussen het gemeentelijke jeugdbeleid en de provinciale jeugdzorg, waarbij geen jongeren tussen wal en schip vallen, als prioriteit benoemd. In het kader van het provinciaal beleidskader voor de jeugdzorg hebben alle provincies afspraken gemaakt met gemeenten over een sluitende keten.

Het is dus de bedoeling van de wetgever dat de vijf eerdergenoemde functies behandeld worden in de gemeentelijke beleidsplannen. Dit neemt natuurlijk niet weg dat gemeenten ook andere functies of aspecten in hun beleidsplan (nen) kunnen opnemen op het terrein van "op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen en ouders met problemen met opvoeden". Gemeentelijke inventiviteit op dit gebied, met zoveel mogelijk gebruikmaking van de kracht van burgers zelf, is zeer wenselijk.

Goede afspraken tussen Bureau Jeugdzorg, verantwoordelijk voor de provinciale jeugdzorg, en lokale voorzieningen, die gerealiseerd moeten worden door gemeentes, zijn noodzakelijk. De VNG ondersteunt gemeenten hierbij, onder andere door het aanbieden van handreikingen. Deze producten worden in het kader van het implementatietraject Wmo ook beschikbaar gesteld, bijvoorbeeld op de website. Ook de provincies worden gestimuleerd deze afspraken te maken.

Hoe moeten gemeenten dan concreet invulling geven aan de Wmo? De regering geeft in de nadere memorie van antwoord 12 juni 2006 aan dat gemeenten vóór de Wmo op basis van de Welzijnswet 1994 en de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) al verantwoordelijk waren voor de preventieve jeugdtaken die voorafgaan aan de jeugdzorg.

Daarin brengt de Wmo dus geen verandering.

De verandering zal erin zitten dat de Wmo om het leggen van dwarsverbanden vraagt en dat de Wmo als katalysator kan fungeren. Echter nergens in de presentatie van de diverse projecten binnen het gebied van algemeen jeugdbeleid staat of wordt vermeld dat deze projecten een relatie hebben met de Wmo en dat vervolgens de visie achter de Wmo ook zichtbaar is in de uitkomsten van die projecten.

Het ontbreekt op het gebied van jeugdbeleid dus ten eerste aan visie en samenhang op beleidsniveau en ten tweede is het de vraag of het doel, namelijk 'meedoen', zo lang en zelfstandig mogelijk, met de inzet van de huidige middelen voor jeugdigen en hun ouders wel gehaald wordt of zelfs niet uit het oog verloren wordt. Worden jeugdigen en hun ouders door alle opvoedingsondersteuning nu gestimuleerd om meer gebruik te maken van informele zorg? Vindt er inmiddels meer zelfzorg, mantelzorg, vrijwillige zorg plaats? Hoe zit het met actief burgerschap van jeugdigen? Worden jongeren en hun ouders betrokken bij jeugdbeleid? Staan de belangen van kinderen en jongeren werkelijk voorop in het jeugdbeleid?

Enkele voorbeelden van interventies

De methodiek Triple P (Positief Pedagogisch Programma), die aansluit bij de doelstellingen van de Wmo, stimuleert het in een gezinssysteem vinden van beschermende factoren, zoals onder andere het zoeken naar informele zorg. Het doel is dan echter empowerment (zoals we dat kennen vanuit de geschiedenis en dus van vóór de Wmo), en niet gericht op het uitbreiden van informele zorg en het verminderen van formele hulp (vanuit de Wmo gedacht). Triple P is een integraal preventieprogramma met vijf niveaus van interventie in verschillende aanbiedingsvormen. Interventie niveaus 1, 2 en 3 worden uitgevoerd door professionals in het Wmo werkveld. Interventieniveau 1, Triple P Universeel, wordt gegeven aan alle ouders die geïnteresseerd zijn in informatie over de opvoeding en in het stimuleren van de ontwikkeling van kinderen. Dit gebeurt door massamediale anticiperende voorlichting over veelvoorkomende opvoedingsvragen en wordt uitgevoerd door samenwerkende lokale en regionale instellingen. Niveau 2: Triple P Selectief is voor ouders met een specifieke vraag, er wordt gerichte informatie, individueel advies of een groepsgericht aanbod van lezingen gegeven door professionals die frequent contact hebben met ouders zoals werkers op peuterspeelzalen, JGZ-medewerkers, intern begeleiders, huisartsen enz. Niveau 3 : Triple P Basiszorg is voor ouders die bezorgd zijn over milde vormen van probleemgedrag of ontwikkelingsproblemen van hun kind. Hier is al sprake van individuele sessies door een JGZ-professional, opvoedbureau medewerkers of maatschappelijk werk. Niveau 4 en 5 zijn interventies die uitgevoerd worden door de geïndiceerde jeugdzorg of jeugd-ggz. Naast het kernprogramma zijn er ook extra modules ontwikkeld voor specifieke doelgroepen, zoals voor ouders met tieners of ouders van kinderen met een ontwikkelingsstoornis.

Het Trimbos-instituut deed in samenwerking met de Radboud Universiteit onderzoek naar de invoering en het effect van Triple P (Speetjens, de Graaf, & Blokland, 2007). Triple P bevordert dat instellingen die op de verschillende niveaus werken, nu samenwerken. Doordat ze met hetzelfde programma werken, begrijpen ze elkaars taalgebruik en indicatiestelling. Het blijft lastig om een integrale aanpak te realiseren, omdat er in Nederland een scheiding bestaat tussen lokale instellingen en geïndiceerde jeugdzorg.

Brede Scholen zijn opgezet om wijkgericht te werken, om hulp dicht bij huis te zoeken, maar het is niet duidelijk of die hulp nu in vergelijking met vroeger meer bij lotgenoten of andere ouders gezocht wordt dan bij de professionele organisaties of bijvoorbeeld bij de opvoed- en opgroei-ondersteuner, (O&Oer), verbonden aan die Brede school. Triple P is bewezen effectief: de methode staat op de lijst van evidence-based interventies van het NJI. Van veel andere methodieken op het gebied van jeugd zijn er nog nauwelijks effectiviteitsmetingen gedaan.

Een mooi voorbeeld van een methodiek die wel ondubbelzinnig aansluit bij de doelstelling van de Wmo is de Eigen Kracht Conferentie. Zij heeft als primaire doel het stimuleren van het eigen sociale netwerk, zelfs zodanig dat ingrijpen door hulpverleners niet meer noodzakelijk is.

Wmo en de Centra Jeugd en Gezin (in ontwikkeling).

Is het idee achter de Wmo terug te vinden in de ontwikkelingen binnen de jeugdzorg en het jeugdbeleid? Is bijvoorbeeld het Centrum Jeugd en Gezin ‘Wmo proof’? Of is hier enkel sprake van oude wijn in nieuwe zakken?

In het programma voor jeugd en gezin 2007- 2011 “Alle kansen voor alle kinderen” (www.jeugdengezin.nl) beschrijft minister Rouvoet wat de Centra voor Jeugd en Gezin in zullen gaan houden. Deze centra zijn voor ouders, kinderen en jongeren (min 9 maanden tot 23 jaar) een herkenbaar en laagdrempelig centraal punt voor opgroei- en opvoedvragen, adequate en passende hulp, en voor coördinatie van die hulp. De centra zijn voor alle gezinnen, niet alleen voor probleemgezinnen. Ze zijn ook een centraal punt voor professionals bij vroegtijdige signalering. Het centrum is van de wijk, het moet inspelen op de wensen en behoeften van de betreffende wijk. Omdat de leefwereld van jongeren van 12 jaar en ouder groter is dan de wijk, is het logisch om voor deze jongeren de functies van het CJG bij het voortgezet en middelbaar beroepsonderwijs aan te laten sluiten. Het basismodel voor de Centra voor Jeugd en gezin bestaat uit de vijf functies van het preventief jeugdbeleid uit de Wmo en het basistakenpakket van de jeugdgezondheidszorg uit de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv)

Hieronder vallen opvoedondersteuning en gezinscoaching. In het basismodel maakt het Centrum een schakel met bureaus jeugdzorg en scholen. Met de gemeenten is afgesproken dat de bureaus jeugdzorg functioneren als voorpost. Door deelname aan de Zorg- en Adviesteams kan een goede verbinding met scholen gemaakt worden.

Het is aan de gemeenten om op basis van lokaal maatwerk te bepalen welke andere instanties en functionaliteiten aan de Centra worden toegevoegd of waar afstemming wordt bereikt. Denk aan: 1^{ste} lijns gezondheidszorg (huisarts, kraamzorg en verloskunde), voorzieningen voor voor- en vroegschoolse educatie, onderwijs, jeugd-ggz, jeugdloket werk en inkomen, sociale dienst en schuldsanering, politie en justitie, veiligheidshuizen, voorzieningen in de wijk als brede scholen, jeugd- en jongerenwerk, straathoekwerk, kerken en moskeeën enz.

De ontwikkeling van de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) lijkt vooral heel instrumenteel te worden ingevuld. Er leven veel ideeën over wie deel gaan nemen aan het centrum, de nadruk ligt sterk op één gezin, één plan, en op betere samenwerking, informatie-uitwisseling en coördinatie van zorg door en tussen instanties. Hoofddoel lijkt het zoeken naar garanties dat de ontwikkeling van een kind gedurende de levensloop gevolgd kan worden. Er is veel aandacht voor het ontwikkelen van een actieve, niet vrijblijvende aanpak door inzet van bemoeizorg of outreachend werken. Momenteel wordt veel nadruk gelegd op het feit dat het CJG vooral een netwerkorganisatie is.

Zoals in de vorige paragrafen al eerder geconstateerd is lijkt ook in de ontwikkeling van centra jeugd en gezin weinig aandacht voor de visie en uitgangspunten van de Wmo. Is de wijze waarop het CJG nu georganiseerd wordt het juiste middel om de doelen van de Wmo te verwezenlijken op het gebied van maatschappelijke participatie?

Uit de plannen wordt dat in elk geval niet duidelijk. Nergens wordt concreet gemaakt of en hoe kinderen, jongeren en hun ouders betrokken worden bij het CJG. De wijze waarop het CJG georganiseerd wordt lijkt niet structureel bij te dragen aan gedeelde verantwoordelijkheid, ja wel bij de professionals, maar niet bij kinderen, jongeren en ouders. Dat geldt ook voor het organiseren van solidariteit van jongeren onderling, maar ook met andere doelgroepen. Er zouden voor jeugd methodieken gezocht en ontwikkeld kunnen/moeten worden die helpen de participatiedoelstellingen van de Wmo te realiseren. Dat gebeurt nu nauwelijks.

Voor de Centra Jeugd en Gezin, maar ook voor de rest van de jeugdzorg, is de Wmo een geschikt kader om eens niet alleen te focussen op die 15 % van de jeugdigen die een steuntje in de rug (of meer) nodig hebben, maar juist om het algemene jeugdbeleid te versterken. Versterk het algemeen jeugdbeleid en verhoog de participatie van jeugdigen in de samenleving. Mogelijk verlaagt dit tevens het risico bij die kwetsbare 15% van de jeugdigen. In die zin is het dan ook jammer dat prestatieveld 2 van de Wmo en de uitwerkingen daarvan tot nu toe merendeels slechts over jeugd met een verhoogd risico gaan.

De Wmo als impuls voor oud en nieuw beleid

Grote vraag op het gebied van Wmo en jeugd is: wat was er eerst, de gedachte en visie achter de Wmo of alle recente ontwikkelingen?

De binnen de jeugdzorg al eerder ingezette ontwikkelingen, zoals de komst van de Centra voor Jeugd en Gezin, het elektronische kinddossier (EKD) en de verwijzindex risicojeugd, worden in sommige gemeenten (waaronder Eindhoven) nu geschoven onder de Wmo (Prinsen & Oudhof, 2006). Kijkend in de geschiedenis van de jeugdzorg valt echter te constateren dat de Wmo op het gebied van jeugd niet de motor voor alle ontwikkelingen is, maar de Wmo plaatst wel een en ander, in elk geval formeel, onder één koepel.

Voorbeelden van al langer lopende ontwikkelingen die een extra impuls krijgen door de Wmo en die daar vervolgens ook onder geschaard worden zijn: de kwalificatieplicht, de maatschappelijke stages en vrijwilligerswerk door jeugdigen.

“Je ziet als gemeente iets aankomen, bijvoorbeeld ten aanzien van de leerplicht: Er werden al een tijd vragen gesteld als: hoe krijgen we grip op de uitvallers, is er een doorlopende lijn mogelijk, kunnen we de toeleiding naar werk verbeteren?. In Eindhoven waren er vanuit de gemeente al sporen uitgezet met ROC en CWI. Dat komt met de Wmo in een versnelling, dan is de Wmo de paraplu die ontkokert. Je moet veel meer dan voorheen de dwarsverbanden zoeken.”

(Nicole Tendijk, DMO, gemeente Eindhoven, 2 juni 2007)

De invoering van een maatschappelijke stage voor jongeren, bedoeld als versterking van de sociale samenhang, is nu onder te brengen onder de koepel van de Wmo. Sociale samenhang is één van de pijlers van het kabinet Balkenende IV, dat streeft naar een samenleving waarin mensen kunnen meedoen. Thuis, in de buurt of de wijk én op school. Er is nadrukkelijk behoefte aan meer sociale samenhang. Veel Nederlanders geloven dat de maatschappelijke stage een positieve bijdrage kan leveren aan de sociale samenhang. Dat blijkt onder andere uit de brede steun van veel Nederlanders voor dit beleidsvoornemen (de maatschappelijke stage is het meest gedragen beleidsvoornemen van dit kabinet). Het vrijwilligerswerk krijgt zo een nieuw imago. Jongeren brengen hun aanstekelijke enthousiasme in, hun frisse blik, hun creativiteit en hun kennis van ict. Vrijwilligersorganisaties krijgen op hun beurt de kans ervaring op te doen met jongeren. Per slot van rekening is de leerling van nu de vrijwilliger van de toekomst. De maatschappelijke stage versterkt ook de pijlers ‘Veiligheid, stabiliteit en respect’. Door bekendheid met andere groepen mensen in de samenleving, neemt het begrip voor elkaar toe. Dat versterkt de maatschappelijke samenhang en zorgt voor meer wederzijds respect. Daarnaast heeft de maatschappelijke stage raakvlakken met schoolactiviteiten rond sport en cultuur. Leerlingen kunnen hun maatschappelijke stage doen op één van de brede scholen, bij sportverenigingen of culturele instellingen.

Met de ‘Tijdelijke regeling vrijwilligerswerk voor en door jeugd 2007-2008’ ontvangen 23 projecten subsidie van het programmaministerie voor Jeugd en Gezin. Daarmee worden 16.300 jonge vrijwilligers bereikt. Via deze regeling stimuleert de overheid het lokale vrijwilligerswerk met in totaal 4,7 miljoen euro voor twee jaar. NUSO Speelruimte Nederland, YMCA Nederland en het Nederlandse Rode Kruis zijn enkele organisaties die een subsidiebijdrage krijgen. De nieuwe projecten moeten op lokaal niveau de kracht van organisaties versterken, zodat deze organisaties effectiever omgaan met vrijwilligers en weten hoe ze moeten samenwerken met probleemjongeren. Deze regeling lijkt sterk op een subsidieregeling die eind 2006 afliep, toen zijn 14.000 jongeren aan de slag gegaan. In de sport, het speeltuinwerk, de zorg en bij het jeugdwerk. Daar leveren ze een belangrijke bijdrage aan de sociale samenhang in wijken en buurten.

Voorbeeld van een ‘nieuw’ project dat direct te scharen valt onder de Wmo is ‘Pimp my block’ van de Nationale Jeugdraad. Jongeren worden uitgedaagd om hun eigen wijk te ‘pimpen’. Hoe ze dat doen, bedenken ze zelf. Het handboek ‘Doe maar geweldig’ (digitaal beschikbaar) kan hen daarbij helpen. ‘Pimp my Block’ startte in 2005. De vijf leukste initiatieven werden beloond met 5.000 euro, zo gingen in Amsterdam jongeren de straat op om vuilnisbakken uit hun wijk te pimpen. In Arnhem organiseerde de winnaar samen

met vrienden een groot kickboxgala met acts voor en door jongeren uit de wijk. In Tilburg werd een rapmusical gemaakt en opgevoerd. In Rotterdam vond 'Doe Effe Chill' plaats, een multicultureel evenement, waarin jongeren vooroordelen van verschillende culturen bespreekbaar probeerden te maken.

Wat meer algemeen zijn ook al langer lopende ontwikkelingen binnen het sociaal agogisch domein als 'werken aan empowerment' en vraaggestuurd werken, termen die nu al enkele jaren gebezigd worden en waar volop methodiekontwikkeling op plaatsvindt. Wat is daar dan nieuw aan? Nieuw is dat de Wmo nu aan de ene kant een wettelijk kader biedt waarbinnen dit alles opnieuw een plek krijgt. En aan de andere kant als katalysator kan dienen om nieuwe impulsen te geven aan deze methodiekontwikkeling.

3 Wmo beleid en beroepspraktijk in Eindhoven

In het vorige hoofdstuk werd de ontstaansgeschiedenis en inhoud van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning vanuit landelijk oogpunt beschreven, met bijzondere aandacht voor de doelgroepen mensen met een beperking, ouderen en jeugd. Zoals aangegeven steunt de Wmo sterk op een verdere decentralisering van sociaal beleid naar het lokale niveau, de gemeenten. De realiteit van de Wmo zal daarom van gemeente tot gemeente verschillen, en afhankelijk zijn van de lokale behoeften en prioriteiten. In dit hoofdstuk beschrijven we hoe in Eindhoven de Wmo vorm heeft gekregen. Opnieuw komt de ontstaansgeschiedenis van de Wmo aan bod, maar dan met de blik gericht op de lokale invulling. Ook nu weer gaat bijzondere aandacht uit naar de drie doelgroepen: mensen met een beperking, ouderen en jeugd.

3.1 *Lokaal worstelen met een landelijke wet*

Net als andere lokale overheden in Nederland begint Eindhoven zich omstreeks 2004 voor te bereiden op de Wmo. In het hoofdlijnenakkoord van mei 2003 van de regering Balkenende II werd al een grondige hervorming van sociaal beleid aangekondigd. Het was echter lang onduidelijk hoe de algemene uitspraken in het hoofdlijnenakkoord en de miljoenennota zich vertaalden naar de sociale sector.

Op basis van onvolledige informatie startten de lokale politiek en het werkveld toch al de verkenning van de mogelijke consequenties van de nieuwe wet, en hoe daar lokaal een eigen Eindhovense strategie voor te ontwikkelen. Hoewel het eigenlijk 'schieten op een bewegend doel' is, zijn de belangrijkste bouwstenen van de latere wet al wel duidelijk. En daarvan is de echo op lokaal vlak al te horen. Zo formuleert toenmalig wethouder Jacqueline Kuppens (GroenLinks) al in november 2004 op een studiedag van MEE Eindhoven en de Kempen een duidelijke hoop op meer informele zorg. Ze heeft groot vertrouwen in vrijwilligers en wil een deel van de Wmo middelen gebruiken om de sociale structuur in de stad terug op te bouwen: "Kijk eens naar de woonbegeleiding voor mensen die zelfstandig willen wonen", zegt de wethouder. "Nu hebben we daar professionals voor. Dat kan ook, en misschien wel met meer effect, door vrijwilligers gedaan worden. Dan kunnen die door de professionals begeleid worden." (Eindhovens Dagblad, 20-11-2004) Eerder, in juni 2004, werd al een lokaal sociaal debat georganiseerd over de Wmo.

Gastspreker Marie-Jose Smulders van de directie lokaal beleid van het ministerie van VWS maakt er melding van de intentie van de staatsecretaris om via pilots verschillende aspecten van de implementatie van de nieuwe wet te onderzoeken. Eindhoven zal in deze pilots meedoen met een project onder de titel 'digitaal begrepen'. Die pilot staat onder regie van Samenwerkingsverband Regio Eindhoven (SRE) en liep van augustus 2005 tot eind 2007. Doel van deze pilot was de uitwisseling van cliëntgegevens tussen verschillende bij de uitvoering van de Wmo betrokken organisaties vlot te laten verlopen via digitalisering en het gebruik van de internationale standaard Health Level 7 daarvoor (zie www.hl7.org). Zo

moet vermeden worden dat cliënten telkens opnieuw gevraagd worden hun gegevens te geven en hun verhaal te moeten doen. Eén van de doelstellingen van de Wmo was immers de ondoorzichtigheid van hulpverlening voor de kwetsbare burger doorzichtiger en eenvoudiger te maken.

Maar terug naar de chronologie van de Eindhovens invoering van de Wmo. De gedachtevorming rondom de wet in wording kent een eerste kristallisatiepunt in maart 2005 in de 'Startnotitie aanpak van de Wmo in Eindhoven'. Er wordt dan nog uitgegaan van invoering van de Wmo vanaf 1 januari 2006. Dat zal uiteindelijk een jaar later zijn. De uitgangspunten zijn wel reeds helder: minder professionele zorg vanuit de overheid, één loket voor de burger, meer beroep op eigen verantwoordelijkheid en informele zorg en een zwaardere betrokkenheid van gemeenten bij de zorg. Er is nog sprake van een tijdelijke zorgplicht.

De startnotitie doet het voorstel de invoering van de Wmo in Eindhoven gefaseerd te laten verlopen: eerst enkelvoudige huishoudelijke verzorging goed overnemen vanuit de Awbz, en vervolgens een herijking van het lokaal sociaal beleid voor de langere termijn. Verder bevat de notitie voornamelijk voorstellen ten aanzien van de projectorganisatie die de invoering en de communicatie over de nieuwe wet moet vormgeven.

In juli 2005 wordt duidelijk dat de nieuwe wet een trendbreuk is. De gemeentelijke projectleider Noud Lathouwer zegt dat met de Wmo het verworven recht op zorg op de helling gaat en het afhankelijk is van de keuzen van een gemeente of een zorgbehoevende zorg krijgt of niet, of alleen onder voorwaarde van een eigen bijdrage. Lathouwer geeft aan dat de overdracht van huishoudelijke zorg naar de gemeenten niet zomaar een instrumentele ingreep is: "Gemeenten zullen fundamentele keuzes moeten maken, anders komen we geld tekort. Met de vergrijzing voor de boeg is niet kiezen een doodlopende weg." (Eindhovens Dagblad, 5 juli 2005)

In maart 2006 zorgen de gemeenteraadsverkiezingen voor een politieke aardverschuiving in Eindhoven. De coalitie van CDA/Leefbaar/GroenLinks wordt vervangen door een coalitie van PvdA/CDA/SP. Wethouder Kuppens van GroenLinks wordt opgevolgd door wethouder Hans-Martin Don van de SP, die tevens financiën tot zijn bevoegdheden kan rekenen. Deze wethouder is afkomstig van het maatschappelijk werk van het Leger des Heils en de geestelijke gezondheidszorg, en heeft dus ervaring in en met de sociale sector. Ondertussen is de wet ook in de Tweede Kamer besproken en zijn een aantal wijzigingen aangebracht, zoals de vervanging van de tijdelijke zorgplicht door de compensatieplicht.

Na de verkiezingen is er snel een nieuw college, met bijhorend coalitieakkoord. Dat draagt de titel 'Eindhoven Eén!'. De paragraaf over zorg en welzijn staat helemaal in het teken van de Wmo en de versterking van informele zorg: "Wij willen de Wmo gaan benutten om steun te geven aan de versterking van het vrijwilligerswerk, ondersteuning mantel- en respijtzorg, het jeugdbeleid en de uitbreiding van de woon-servicezones in de stad. Daarmee willen we in het domein van zorg en welzijn een zichtbare verschuiving naar preventie bewerkstelligen, zonder dat dit ten koste mag gaan van de kwaliteit van de meer

curatieve ondersteuning.” Er wordt uitgegaan van een budgetneutrale uitvoering, met incidenteel geld voor de invoering en nieuwe middelen voor een stimulerend beleid ten aanzien van vrijwilligerswerk.

Een half jaar later (september 2006) ligt er een document waarin de visie van het nieuwe college van B&W op de Wmo uitgewerkt is. Het draagt de titel ‘Wmo: kansen voor Eindhoven’. Geen vraagtekens, geen uitroepetekens, maar gewoon een vaststelling. Het document omschrijft de kern van de Eindhovense visie op de Wmo met hetzelfde acroniem als de wet (Gemeente Eindhoven, 2006, p. 5):

- W = WEERBAAR: weerbare burgers, die geleerd hebben op eigen kracht te leven
- M = MEEDOEN: burgers, die actief meedoen aan de samenleving, organisaties die hen daartoe ondersteunen en samenwerken plus een overheid die faciliteert en intervenueert waar nodig.
- O = ONDERSTEUNING: biedt “zekerheid” dat bij kwetsbaarheid/afhankelijkheid de overheid en organisaties adequate ondersteuning bieden.

De Eindhovense politici leggen de nadruk op samenwerking met de burgers.

“Beleidsmakers van de gemeente zitten in een zo vroeg mogelijk stadium aan tafel in het werkveld waar het beleid gemaakt wordt, dus regelmatig op de koffie gaan om op de hoogte te blijven wat het werkveld wil en wat er mogelijk is. Stadsdeelteams hebben dan bijvoorbeeld weer gesprekken met bewonersorganisaties om af te stemmen wat de gemeente gaat doen en wat de bewonersorganisaties voor hun rekening nemen.”

(Linda Brabers, gemeente Eindhoven, 15 januari 2007)

De gemeente verwacht van zowel de gezonde als de kwetsbare burger een actieve houding in de maatschappelijke ondersteuning. Daar waar mensen tegen de grenzen van hun kunnen aanlopen biedt de gemeente een vangnet.

De stad kiest daarbij voor een accent op collectieve voorzieningen, op preventie en op één centrale informatie- en adviesfunctie. Volgens de gemeentelijke verordening is er een primaat van de algemene voorzieningen: als die er zijn dan komt er geen individuele voorziening. De implicatie van deze verordening zou kunnen zijn dat een gehandicapte geen aangepaste keuken krijgt (individuele voorziening) maar net als veel ouderen gebruik moet gaan maken van tafeltje-dek-je (algemene voorziening). Uiteindelijk zorgt tafeltje-dek-je er eveneens voor dat iemand zelfstandig kan blijven wonen en men zou kunnen stellen dat de beperking daarmee voldoende gecompenseerd is. Terwijl de compensatie in geen verhouding staat tot een aangepaste keuken. Dat is eigenlijk de consequentie van de uitspraak: algemene voorzieningen gaan vóór individuele voorzieningen.

Waar het echt nodig is wordt de burger wel geholpen met individuele voorzieningen, maar toegankelijke collectieve voorzieningen hebben de voorkeur.

“Vormgeven aan (algemene) preventie doen we dan ook door bijvoorbeeld het openbaar vervoer te vergemakkelijken voor invalide mensen, zodat deze mensen niet vereenzamen of niet meer of andere problemen krijgen omdat ze niet meer buiten komen.”

(Linda Brabers, gemeente Eindhoven, 15 januari 2007)

Er worden verder twee aandachtspunten omschreven, t.w. de informele zorg en samenwerking binnen de gemeente. Zonder winst op beide terreinen kan de Wmo zijn meerwaarde ten aanzien van de vorige wetgeving niet realiseren.

In dezelfde periode wordt de huishoudelijke hulp aanbesteed. In de herfst van 2006 wordt daarvoor een aanbesteding georganiseerd. Uit de kandidaten worden elf thuiszorgorganisaties geselecteerd die in aanmerking komen voor het leveren van huishoudelijke hulp aan burgers in Eindhoven. Uiteindelijk is het de burger zelf die kiest aan welke leverancier van huishoudelijke hulp hij of zij de voorkeur geeft. Die burger krijgt bij een Wmo-indicatie een overzicht van alle aanbieders (incl. hun contactgegevens) en kan zelf op basis van voorkeuren en beschikbaarheid zijn zorg inkopen.

Kenmerkend voor de aanbesteding is dat gekozen wordt voor het zogenaamde Zeeuws model, waarbij kandidaat leveranciers niet met elkaar om de goedkoopste offerte concurreren, maar om de beste kwaliteit. De gemeente legt het uurtarief vast en geeft een Wmo-gunning aan elke zorgleverancier die voor die prijs voldoende kwaliteit kan leveren. Voor 2007 is het uurtarief in Eindhoven vastgelegd op 19,50 euro. Daarbij is geen onderscheid gemaakt tussen lichtere of zwaardere vormen van huishoudelijke zorg, tussen de zogenaamde HH1 en HH2.

De gemeente onderschrijft dus de sturingsfilosofie en beleidstheorie van de Wmo. Toch is er behoorlijk ongenoegen tussen gemeente en rijksoverheid. Wethouder Don dreigt zelfs, vier maanden na goedkeuring van de wet en vier maanden voor invoering, met een boycot van de wet. Hij is 'functioneel nijdig' op toenmalig staatssecretaris Ross (Zorg+Welzijn, sept. 2006). Reden voor het dreigement is dat er taken overgedragen worden aan lokale overheden maar niet het daarvoor benodigde budget. Al eerder was er soortgelijk protest op landelijk niveau, toen in oktober 2004 de VNG dreigde met een 'staking'.

In dezelfde periode voert het adviesbureau PriceWaterhouseCoopers een onderzoek uit in opdracht van het Samenwerkingsverband Regio Eindhoven (SRE). Daaruit blijkt dat mede door een hogere vergrijzing in de regio de vraag naar huishoudelijke zorg sterk zal blijven toenemen en de beschikbare budgetten structureel tekort schieten. Bij ongewijzigd beleid zou het tekort in 2008 voor de regio kunnen oplopen tot 17,5 miljoen euro. Eerder wees de SRE er al op dat wachtlijsten in de huishoudelijk zorg (toen nog via de Awbz gefinancierd) alleen maar leiden tot hogere kosten elders in de zorgketen. Bij gebrek aan snelle thuiszorg zag men zich gedwongen patiënten langer dure ziekenhuiszorg aan te bieden.

De onvrede blijft niet beperkt tot de Eindhovense regio, en in november 2006 wordt er vanuit de VNG een brandbrief gestuurd aan de staatssecretaris. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten hekelt de toestand dat er wel nieuwe verantwoordelijkheden naar de gemeenten komen, maar dat er op rijksniveau niet voldaan is aan de randvoorwaarden voor zorgvuldige invoering van de wet. Met name de onduidelijkheid over en de ontoereikendheid van de budgetten zijn een doorn in het oog van de gemeenten, in combinatie met de hoge invoeringskosten en de slechte gegevensoverdracht vanuit de zorgkantoren.

ED.nl

Eindhovens dagblad, 6 juli 2007

Wmo-miljoenen voor regio

EINDHOVEN – De regiogemeenten krijgen de komende jaren miljoenen euro's extra rijks geld voor de uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Helmond is de enige gemeente die budget moet inleveren. Het Wmo-budget is vooral bedoeld voor de huishoudelijke verzorging en persoonsgebonden budgetten (pgb's).

Ondanks de fikse stijging twijfelt de regio of de nieuwe budgetten toereikend zijn voor de uitvoering van de Wmo, die meer dan alleen thuiszorg omvat.

De nieuwe uitkeringen staan in de onlangs vrijgegeven junicirculaire van het rijk. De aanpassingen van het Wmo-budget worden voor het gros van de gemeenten over drie jaar uitgesmeerd. In 2010 is de aanpassing voor iedere gemeente volledig geëffectueerd (zie tabel).

Dit betekent dat de regio over drie jaar ruim 14,7 miljoen euro meer krijgt dan nu. Het gros van dat rijks geld gaat naar Eindhoven, die haar budget ziet stijgen met bijna 8,4 miljoen euro. Helmond moet vanaf 2010 structureel bijna een half miljoen (4,7 euroton) inleveren en houdt jaarlijks een budget over van bijna zeven miljoen euro. Toch vraagt de regio zich of het nieuwe budget toereikend is, hoewel de dreigende tekorten op de huishoudelijke verzorging nu van de baan lijken te zijn. Dit stelt voorzitter T. Antonis van de Wmo-stuurgroep van het Samenwerkingsverband Regio Eindhoven

Het gros van de SRE- gemeenten krijgt extra rijks geld voor de uitvoering van de Wmo. Alleen Helmond moet structureel bijna een half miljoen inleveren.

(SRE). Voor veel Wmo-taken die op het bordje van de gemeente liggen, komt het rijk niet met extra geld over de brug. Antonis noemt onder meer de bekostiging van de lokale Wmo-loketten. Daarnaast zijn gemeenten momenteel bezig met de eigen, lokale invulling van het Wmo-beleid. Het is nog onduidelijk wat dit gaat kosten.

Oorzaak van de budgetaanpassing is dat deze per 2008 wordt gebaseerd op een andere – objectieve – verdeelsleutel. Vanaf komend jaar wordt meer rekening gehouden met onder meer de leeftijdsopbouw van de bevolking.

Het protest leidt uiteindelijk tot het aanpassen van de budgetten en de verdeelsleutels van het beschikbare budget. Ook de in de Kamer aangenomen motie Mosterd verzocht het rijk gemeenten te compenseren bij toename van meer van 10% ten aanzien van het ijkjaar 2005. Dat leidt tot een verhoging van het Wmo-budget voor de regio. Voor Eindhoven komt die

stijging naar op een bedrag van 8,4 miljoen euro voor de periode tot 2010.

In 2007 wordt in Eindhoven de Wmo nog 'beleidsarm' ingevoerd en gaat alle aandacht naar het organiseren van de nieuwe taak van huishoudelijke zorg. Veel andere gemeenten maken dezelfde keuze. Daardoor blijft veel in 2007 gewoon hetzelfde als het jaar eerder. Iedereen behoudt de bestaande rechten op zorg. Het overgangsjaar 2007 wordt wel gebruikt om een langetermijn Wmo-regeling zo goed mogelijk uit te werken. Dat beleidskader wordt voor de gemeente Eindhoven in september 2007 publiek beschikbaar gesteld voor inspraak en begin 2008 door de gemeenteraad aangenomen. Het beleidskader 2008-2011 draagt de titel 'samen sterk in Eindhoven!', met uitroepwoorden deze keer, zonder aarzeling.

Opvallend element in het beleidskader is de benoeming van een tiende prestatieveld, dat gericht is op het toegankelijk maken van de fysieke omgeving door het opheffen van drempels voor senioren of burgers met een beperking: "We kunnen wel roepen dat mensen meer moeten meedoen aan de maatschappij, maar als je in een rolstoel zit en je kunt de stoep niet af, dan komt daar weinig van terecht. Of als je slecht ter been bent en je moet tien minuten lopen naar de dichtst bijzijnde bushalte, dan blijf je liever thuis." (Beleidskader, p. 10). Zo is er aandacht voor de toegankelijkheid van openbare ruimte, woningen, maatschappelijke voorzieningen en het openbaar vervoer. Ook wordt in de woonservicezone Stratum bekeken hoe intensiever gewerkt kan worden aan de combinatie van wonen, woonomgeving, welbevinden en zorg.

Verder geeft het beleidsplan aandacht aan de ondersteuning van vrijwilligers en mantelzorgers, onder meer via de invoering van een vrijwilligerspas die korting geeft bij culturele activiteiten. Voor persoonsgebonden budgetten is weinig aandacht. Wel is er zeer uitdrukkelijk aandacht voor het Wmo-loket.

Aanvragen voorzieningen, één loket

De Wmo voorziet een eenvoudig bereikbare zorg via bundeling van vragen en antwoorden in één loket. Dat moet bureaucratie en 'van het kastje naar de muur' gedrag vermijden. Eindhoven werkte al aan het invoeren van deze benadering vóór er sprake was van de Wmo, namelijk in het kader van het initiatief overheidsloket 2000 en de superpilots van toenmalig minister van Boxtel. Eindhoven en Helmond deden mee aan deze experimenten rond gemeentelijke elektronische dienstverlening met bijzondere aandacht voor pro-actieve dienstverlening en het loket zorg en welzijn. Dat kreeg vorm onder www.zorgloketeindhoven.nl en werd later opgenomen in het digitale Wmo-loket, op www.wmoloketeindhoven.nl.

Het Wmo-loket van Eindhoven is niet alleen of niet voornamelijk digitaal bereikbaar, maar ook telefonisch en fysiek via de stadskantoren in het centrum van de stad. Even was er sprake van een eigen Wmo-huis naar analogie met het veiligheidshuis of het centrum jeugd en gezin, maar dat idee van de VVD-fractie is verlaten. Men wilde immers naast de digitale/telefonische/balie bereikbaarheid ook via huisbezoeken de zorgbehoefte benaderen. Het lokale informatieaanbod rondom de Wmo blijft niet beperkt tot het aanbod van de gemeente. Er is het initiatief Het Informatie Trefpunt op www.hit-eindhoven.nl, een samenwerking van Welzijn Eindhoven (een onderdeel van de Lumens Groep) en de openbare bibliotheek. Bovendien hebben alle zorgaanbieders met een Wmo-gunning in de gemeente ook hun eigen informatieaanbod. Zorgbehoevende burgers kunnen dus

net zo goed via Zuidzorg, Huispitaal, ActiefZorg of een andere zorgaanbieder op zoek gaan naar huishoudelijke hulp als via het Wmo-loket van de gemeente. Tenslotte zijn er nog landelijke initiatieven, zoals www.regelhulp.nl. Het is de vraag of met een dergelijke veelheid aan informatie-initiatieven de burger door de bomen nog het bos ziet.

ED.nl

Eindhovens dagblad, 11 november 2007

Brede politieke steun Wmo-plannen

door Yolanda de Koster

EINDHOVEN - Het breder toegankelijk maken van het Collectief Vraagafhankelijk Vervoer (CVV) voor chronisch zieke of gehandicapte Eindhovenaren valt politiek in goede aarde.

Ook de collegeplannen voor een simpeler systeem voor het aanvragen van eenvoudige zorg (poetshulp) of hulpmiddelen zoals een douchgreep, kan op brede steun rekenen.

Zoveel werd woensdagavond duidelijk in een eerste politiek debat over de Eindhovense invulling van de Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo). De inkomensgrens voor het gebruik van het CVV komt te vervallen. De gemeente verwacht dat hierdoor veel meer gehandicapten en chronisch zieken op pad gaan. GroenLinks wil dat ook ouderen zonder handicap met het CVV meemogen. De Adviescommissie Seniorenbeleid heeft geadviseerd het CVV voor 75-plussers gratis te maken.

Verantwoordelijk wethouder H-M. Don (SP) heeft hierover gisteren geen toezeggingen gedaan.

Simpele zorg en voorzieningen die onder de Wmo vallen –zoals een poetshulp of een verhoogde toiletput– kunnen uiterlijk in 2009 door Eindhovenaren zelf worden aangevraagd. De politiek is daar voor, maar pleitte wel voor een systeem zonder te veel en tijds slurpende administratieve rompslomp. Voor meer ingewikkelde zorgvragen zoals grote woningaanpassingen of een elektrische rolstoel, wordt nog wel externe hulp ingeroepen. Voor dergelijke Wmo-voorzieningen wordt in de toekomst niet meer het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) ingeschakeld. De gemeente gaat hiervoor op zoek naar een andere indicatiesteller. Het CIZ blijft in Eindhoven wel actief voor de indicatie van zorg die onder de Awbz valt.

GroenLinks en D66 vinden dat Eindhoven best een eigen inkomensafhankelijke bijdrage mag vragen voor rolstoelen en scootmobielen. Dat idee heeft de wethouder meteen van tafel geveegd. Voor rolstoelen is het wettelijk verboden, voor scootmobielen vindt hij het onwenselijk.

Het beleidskader 2008-2011 blijft, voor wat betreft de doelstelling zorg zo eenvoudig mogelijk beschikbaar te stellen, echter niet beperkt tot het uitwerken van de één loket gedachte. Men wil voorzieningen kunnen laten vaststellen door zogenaamde ‘partners in de stad’, d.w.z. huisartsen, wijkverpleegkundigen of aanvragers zelf. Die kunnen zelf de noodzaak voor eenvoudige voorzieningen vaststellen, zonder tussenkomst van de gemeente. Bovendien wordt bij de omschrijving van de indicatiestelling aangegeven dat er niet alleen gekeken wordt naar de concrete vraag, maar ook naar aanpalende domeinen. “Want iemand die hulp vraagt bij het huishouden – om verder zelfstandig die huishouding te kunnen voeren – heeft misschien ook hulp nodig om zich te kunnen verplaatsen. Meedenken dus.” (beleidskader, p. 29). Men wil ook, daar waar ‘gebruikelijke zorg’ voor een extra belasting zorgt, anders omgaan met het begrip.

De vraag is hoe deze ambities inzake beschikbaarheid van zorg samen zullen gaan met beperkte budgetten. Daar was het immers de Wmo om te doen, stijgende zorgvraag beperken tot wat binnen vaststelde budgettaire kaders haalbaar is. Het lijkt erop alsof de gemeente deze spanning voor zich uit schuift naar de toekomst en, tenminste in de retoriek, niet de door de Wmo gezochte mentaliteitsverandering doorvoert. De eerder geïdentificeerde spanning blijft bestaan:

“De politiek stelt de vraag centraal dat mensen enerzijds allemaal zoveel mogelijk onafhankelijk zijn en anderzijds mag het geen geld kosten en moet de samenleving het oplossen. Dat is natuurlijk met elkaar in tegenspraak. Je bent het meest onafhankelijk als je het zelf doet in plaats van dat je de buurvrouw of familie inschakelt. In het wetsvoorstel zit dat iedereen hulp in moet schakelen en dan is het niet meer vrijblijvend. Dat is in tegenspraak met die onafhankelijkheid. Het is heel lastig om daar handen en voeten aan te geven. Je kunt informele zorg voor de toekomst niet keihard vastleggen. En de burger zegt: wij willen gewoon voorzieningen. De Wmo zit met de uitdaging om het anders te organiseren, maar er zijn geen garanties dat dit lukt. Dus hoe om te gaan met dat spanningsveld, dat is een beetje de problematiek die leeft bij vrijwel alle politieke partijen.”

(Rick van der Meer, 5 mei 2007)

Actief burgerschap

Een deel van het antwoord om de genoemde spanning op te lossen, wordt in het beleidskader 2008-2011 ‘samen sterk in Eindhoven!’ benoemt in de paragraaf ‘actief burgerschap’. Het gaat daarbij om het ondersteunen en erkennen van de actieve Eindhovenaren. Instrumenten daartoe zijn een centrale vrijwilligerswinkel en het invoeren van een vrijwilligerspas. Er is ook aandacht voor vrijwilligerswerk in het kader van een reïntegratieproces richting arbeidsmarkt. Er wordt gewezen op een mogelijke koppeling tussen Wmo en de Wet Werk en Bijstand (WWB): “Een goede opstap naar betaald werk kan bijvoorbeeld de markt voor persoonlijke dienstverlening zijn. Deze markt behelst het aanbieden van ondersteuning aan mensen die hulp nodig hebben bij het onderhouden van hun tuin, huishouding en klussen in en om het huis.” (p. 25). Er komt een project om langdurig werklozen op te leiden voor deze sector. Dat heeft meteen een dubbel voordeel: het personeelstekort in de zorgsector wordt minder, en werklozen krijgen een baan. Verder benoemt het beleidskader een reeks maatregelen om mantelzorg te ondersteunen,

zoals individuele ondersteuning van mantelzorgers, zelfhulpgroepen en buddyhulp. Er wordt ook aangekondigd dat waar nodig anders met het protocol gebruikelijke zorg omgegaan zal worden.

3.2 Mensen met een beperking

In paragraaf 2.7. zagen we dat landelijk ongeveer 10% van de bevolking te maken heeft met één of meerdere beperkingen. Er zijn geen aanwijzingen dat dit cijfer in Eindhoven beduidend hoger of lager ligt. Dat betekent dat het hier gaat om een groep van ongeveer 20.000 personen. Het platform gehandicapten Eindhoven (PGE) is hun spreekbuis op lokaal niveau.

Bij de komst van de Wmo en de landelijk beoogde wijzigingen, waren er vanuit PGE twee aandachtspunten, t.w. een eenvoudige en niet al te bekrompen indicatiestelling en het vlot omgaan met 'gebruikelijke zorg'. Op beide terreinen worden ze door de Eindhovense plannen tegemoet gekomen. De indicatiestelling zal zowel minder ingrijpend zijn (via huisarts, ...) als ruimhartig opgevat worden. Zo blijven scootmobielen gratis (zonder eigen bijdrage) en wordt er ook gekeken naar de beroemde vraag achter de vraag. Ook is aangekondigd dat het begrip 'gebruikelijke zorg' flexibel geïnterpreteerd zal worden. Je kan immers wel via strikte afspraken stellen dat een lid van het huishouden bepaalde taken moet doen, maar als dat voor de kwetsbare situatie niet gedaan werd, is 'heropvoeding' vanuit een kwetsbare situatie niet het meest comfortabel. De landelijk voorziene wijziging met een sterkere positie voor die burgers die een pgb wensen, wordt door PGE gezien als een welkome uitbreiding van de keuzevrijheid, maar niet als een hoge prioriteit. In de praktijk ligt het pgb in Eindhoven en elders immers dikwijls op het niveau van de voorwaarden die in een globaal contract afgesproken werden met een leverancier voor voorzieningen, en kan een individuele klant met eenzelfde bedrag nauwelijks een gelijkwaardig product kopen. Keuze voor een pgb betekent in die gevallen wel meer keuzevrijheid maar ook een hogere eigen bijdrage of lagere kwaliteit van voorzieningen. Bovendien kan de gemeente als grote collectieve klant een leverancier bij wanprestaties makkelijker aanspreken dan een enkele individuele gebruiker. Dat is in Eindhoven met name de situatie rondom de dienstverlening van Welzorg.

De toevoeging van een tiende prestatieveld aan de lokale Wmo plannen in Eindhoven is met name voor mensen met een beperking een hele belangrijke ontwikkeling. Een fysieke beperking wordt immers pas een handicap als de omgeving zodanig gebouwd is dat ze ontoegankelijk is. De manifeste beperking van een rolstoelgebruiker wordt pas een handicap als men er de stadsbus niet mee in kan, of men er de schouwburg niet mee binnen kan.

Het verbeteren van toegankelijkheid van de fysieke omgeving is een proces van lange adem. In veel gevallen vraagt het belangrijke fysieke aanpassingen (bv. een niveaoverschil tussen het perron en een bus/trein wegwerken) die ingrijpend en duur zijn. Vanuit die achtergrond heeft de landelijke regering aangegeven dat bussen in 2010 en treinen pas in 2030 toegankelijk moeten zijn. Mensen met een beperking blijven zolang wel minder mobiel dan mogelijk en wenselijk.

Het Platform Gehandicapten Eindhoven (PGE) wil in dit kader de toegankelijkheid van

de publieke ruimte in Eindhoven in beeld brengen via de internet applicatie InSight Toegankelijkheid van Handy-Brians (zie www.toegankelijk.eu). Zo wordt voor burgers duidelijk welke gebouwen toegankelijk zijn. Bovendien kunnen 'zwarte vlekken' ook in beeld gebracht worden, plaatsen waar de toegankelijkheid problematisch is.

Men gaat lokaal ook werken met agenda 22. Dit verwijst naar de 22 regels voor gelijke kansen voor personen met een handicap, zoals vastgesteld door de Verenigde Naties in 1993. Daarbij wordt niet zozeer gekeken naar de functionele beperking die iemand heeft, als wel naar de mate waarin de omgeving niet ingericht is op maximale participatie met deze beperking. Een persoon met een hoorapparaat heeft een beperking, maar dat wordt pas een handicap als het een drempel is tot cultuurparticipatie omdat de schouwburg geen ringleiding heeft of een drempel tot onderwijsparticipatie als het (hoger) onderwijs geen ringleiding in de aula heeft.

Het programma versterking cliëntenparticipatie (www.programmavcp.nl) heeft eerder landelijk op basis van ervaringen uit Zweden een methode ontwikkeld om lokaal te werken met agenda 22. Dat begint bij bewustwording, bij het besef om hoeveel personen en welke handicaps het gaat en het besef hoezeer lokaal handelen een verschil kan maken om van een handicap wel of niet een probleem te maken. Pas als dat bewustzijn er is, kan met personen met een functiebeperking rekening gehouden worden.

The logo consists of the letters 'ED' in a bold, white, sans-serif font inside a dark grey square, followed by '.nl' in a smaller, white, sans-serif font to its right.

Eindhovens Dagblad, 1 april 2008

Een gehandicapte stuit steeds weer op onbegrip

door Yvette den Brok

De Wet maatschappelijke ondersteuning heeft als doel om mensen met een handicap de kans te geven mee te doen in de samenleving. Vaak bekruipt mij het gevoel, dat niet iedereen die bij de invoering van de Wmo betrokken is zich voldoende realiseert wat dat inhoudt.

Want meedoen in de samenleving is natuurlijk veel meer dan het ontvangen van voorzieningen, hulp en begeleiding. Meedoen betekent naar buiten gaan, je plan trekken, een opleiding volgen, werken, anderen ontmoeten en vriendschappen en relaties aangaan. Kortom, leven met alles er op en er aan, net als ieder ander.

Om dat te kunnen, hebben mensen met een handicap inderdaad soms speciale voorzieningen of hulp nodig. Als je niet kunt lopen begin je weinig zonder rolstoel en als je door een handicap niet zelf je huis schoon kunt houden, moet je daar hulp bij krijgen. Daarna begint het echte meedoen pas, maar juist op dat punt lijkt de Wmo voor veel betrokken beleidsmakers op te houden.

Dat blijkt ook uit het artikel van wethouder Don van Maatschappelijke Zorg in

de krant van zaterdag 22 maart. Hij stelt dat gemeenten, nu het eerste Wmo-jaar achter ons ligt, het doel van de Wmo moeten gaan waarmaken. Vervolgens legt hij uit dat er in Eindhoven wordt ingezet op een persoonsgerichte aanpak, indicaties via huisbezoeken, buurtgerichte aanpakken en woonservicegebieden. Maar over het daadwerkelijke meedoen in de samenleving gaat het nog steeds niet, terwijl het overduidelijk is dat er nog veel gebeuren moet om dat te bereiken.

Laat me een heel simpel Eindhovens voorbeeld geven van de talloze dingen waarbij dat elke keer weer misgaat. Op een middag rijd ik met mijn rolstoel vanaf het station over de stoep langs de Stationsweg naar huis. Ineens sta ik voor twee hekjes die er 's morgens nog niet stonden en waar ik nu tussendoor moet zien te rijden. Het lukt, maar ik denk dat mensen met een grotere rolstoel er gemakkelijk klem komen te zitten. De hekjes zijn waarschijnlijk gewoon geplaatst om fietsers te weren, maar er is op zo'n moment blijkbaar niemand die aan rolstoelers denkt.

Dit gaat dan alleen nog maar over iets onbenulligs als het jezelf op straat begeven. Maar een mens wil ook werken, naar school, meepraten en meebeslissen of lekker stappen op het Stratumseind. Als persoon met een handicap stuit je nog steeds op vooroordelen bij werkgevers en schoolbesturen. Ook in Eindhoven. En welke Eindhovense kroegbaas houdt rekening met mensen in een rolstoel of met mensen die niet goed zien of horen? Hoeveel gehandicapten zitten er eigenlijk in de gemeenteraad?

In feite stuit je als burger met een handicap steeds weer op onbegrip, vooroordelen of onwetendheid. Precies dat maakt dat je steeds weer buitengesloten dreigt te worden en hard moet knokken om toch een beetje normaal te kunnen functioneren. Misschien hebben de bedenkers van de Wmo wel goed gezien dat hier op gemeentelijk niveau makkelijker iets aan te doen is omdat de lijntjes korter zijn. Maar dan moet daar wel energie in worden gestoken in plaats van de Wmo te reduceren tot een zorgwet.

De auteur is publicist en onderzoeker op het gebied van gehandicapten-emancipatie.

3.3 Ouderen

Beleid en bestuurlijke inbedding

Er wonen in de gemeente Eindhoven ongeveer 32.000 ouderen van 65 jaar en ouder. Vergeleken met de landelijke trend zal de omvang van deze groep in Eindhoven maar zeer beperkt toenemen. Dat komt omdat het percentage 65 plussers in Eindhoven nu al vrij groot is (Gemeente Eindhoven, 2007, p.46). Geheel in lijn met het landelijke beleid heeft ook de gemeente Eindhoven geen specifiek ouderenbeleid. Dat betekent niet dat deze groep uit beeld is.

Het gemeentelijk ouderenbeleid tracht vooral aan te haken bij de kracht van ouderen. Het coalitieakkoord van Eindhoven beschrijft ouderen als een groep die over potentieel beschikt die door de samenleving benut kan worden.

Er is daarnaast aandacht nodig voor speciale groepen. Zoals de komende jaren sterk in aantal toenemende groep van senioren. Mensen worden gemiddeld zo'n 80 jaar. Na hun pensionering treedt voor veel mensen dus een derde levensfase in. Deze loopt van 60-65 jaar tot 75-80 jaar. In deze fase zijn mensen doorgaans nog redelijk gezond en tot veel in staat. De maatschappij zou hun kwaliteiten moeten (willen) gebruiken. Te meer omdat oudere mensen hun kans op een gezond leven vergroten door actief te blijven, ook mentaal. Wij kiezen daarom voor een actief ouderenbeleid, dat uitgaat van de kansen en mogelijkheden van deze grote, nog steeds groeiende groep burgers. Dit beleid zou opgezet moeten worden in samenspraak met die oudere burgers en hun vertegenwoordigers.
(Gemeente Eindhoven, 2007, p.10)

Daarom is, ook voor ouderen, 'meedoen' het adagium. Ouderen worden, net als andere kwetsbare groepen, gezien als mensen die daar af en toe een steuntje in de rug bij nodig hebben. Alle voorzieningen en individuele ondersteuning die mensen daarbij nodig hebben worden in dat licht gepresenteerd: als hulpmiddelen om "meedoen gemakkelijker te maken" (Gemeente Eindhoven, 2007, p.7).

De toegankelijkheid van de leefomgeving speelt een belangrijke rol bij het stimuleren van de participatie van mensen met beperkingen, waaronder ouderen. Het vaststellen van een 10^{de} prestatieveld wijst erop dat de gemeente Eindhoven hier groot belang aan hecht. Om mensen ook werkelijk de mogelijkheid te bieden zo lang mogelijk zelfstandig te wonen en mee te doen aan de samenleving moeten nog heel wat drempels geslecht worden in de gemeente. Het college heeft hiervoor onder meer de volgende prioriteiten vastgesteld:

- het betrekken van mensen met een beperking bij de plannen voor aanpassingen in de openbare ruimte en de (ver) bouw van gebouwen met maatschappelijke voorzieningen (zoals sport, kunst, cultuur);
- zorgen voor voldoende aanpasbare en toegankelijke (nieuwbouw) woningen voor senioren en mensen met een beperking;
- hetzelfde geldt voor de bouw van gebouwen als buurthuizen, scholen, musea, en sportaccommodaties;
- bushaltes moeten voor iedereen goed toegankelijk zijn.

Een hierbij aansluitend initiatief van de gemeente om de mobiliteit van ouderen te stimuleren, is het gratis maken van het busvervoer in Eindhoven. Sinds 1 maart 2007 kunnen senioren (65+) en kinderen jonger dan 12 uit Eindhoven gratis met Eindhovense stadsbussen reizen. Iedereen die hiervoor in aanmerking kwam kreeg een pasje toegestuurd. De proef duurt tot uiterlijk 31 december 2008.

Van het verbeteren van de toegankelijkheid van de leefomgeving kan een grote groep ouderen profiteren. Dergelijke voorzieningen creëren de voorwaarden voor activering en participatie.

Om te toetsen of ouderen ook echt mee kunnen doen heeft de gemeente het programma 'seniorenperspectief' ontwikkeld. Dit programma wil ertoe bijdragen dat senioren zich

enerzijds veilig en verzorgd weten, en anderzijds de voorwaarden creëren dat ouderen echt participeren in de samenleving en er een bijdrage aan leveren. Het programma onderzoekt of het aanbod aan voorzieningen voor ouderen voldoende is.

“Zo niet, dan onderneemt het college actie. Uiteindelijk gaat dit resulteren in een jaarlijks programma, dat bekijkt welke activiteiten en voorzieningen nodig zijn.”

(Gemeente Eindhoven, 2007, p.13).

Het zou aan te bevelen zijn als het seniorenperspectief ook naar de participatiekant van ouderen zou kijken: in welke mate doen ze mee en op welke manier is er een relatie tussen het aanbod aan voorzieningen en de daadwerkelijke participatie van ouderen.

Ouderen zijn vanuit het perspectief van jeugd soms een wat minder interessante doelgroep. Daar staat tegenover dat deze groep goed georganiseerd is. Ouderen zijn bijvoorbeeld sterk vertegenwoordigd in vakbonden en ouderenbonden. Maar ook in de gemeenteraad zelf zitten vrij veel ouderen. De ouderen van vandaag zijn relatief gezond en beschikken daarnaast over de nodige (levens) ervaring die ze onder meer opdeden in hun werkzame bestaan. Bovendien hebben ze tijd.

“Kijk nou aan wat er vrij komt aan menskracht in het kader van de leeftijd. En daar zijn heus mensen bij die een redelijke ontwikkeling hebben en die met 2 benen in de maatschappij staan. En daar moet je wat mee doen.”

(Martien v.d. Wielen, 14 mei 2007)

Ouderen hebben een sterke lobby binnen de gemeente. Zo is er een seniorenadviescommissie die sterk wordt betrokken bij het Wmo beleid van de gemeente. De doelstelling van deze commissie is om zelfredzame senioren te activeren om hun leeftijdgenoten een handje te helpen en om minder zelfredzame senioren op te sporen en te steunen. Deze commissie is in 2003 in het leven geroepen en zal na de coalitievorming in 2006 in elk geval nog twee jaar doorgaan. Daarna zal worden bezien of deze functie overgenomen kan worden door bestaande maatschappelijke organisaties. Het OVO (Overkoepelende organisatie van ouderen in Eindhoven w.o ANBO, KBO etc.) is zich aan het warmlopen hiervoor, en probeert zich om te vormen tot een stichting die ook de “ongeorganiseerde” ouderen vertegenwoordigt of hun belangen behartigt. De seniorenadviescommissie geeft gevraagd en ongevraagd advies aan de gemeenteraad. Alle gevraagde adviezen waar het senioren betreft komen op het bordje van de adviescommissie die vervolgens de raadscommissie en de raad ingaan.

“Voorafgaand aan de afgelopen verkiezingen hebben we bij de verkiezingsprogramma’s onze eigen 12 speerpunten bijgelegd. Dat werkte. Als we nu een gesprek hebben met de wethouder dan weten ze dat er een brief ligt met speerpunten. En dat we die niet op hun bordje leggen en zeggen: dat is voor jullie. Nee, het is óók voor jullie. Maar in het kader van die participatie is het ook voor ons. Dus wij geven ook voorzetten.”

(Martien v.d. Wielen, 14 mei 2007)

De commissie bestaat uit ‘ervaringsdeskundigen’: mensen die in de dagelijkse praktijk met specifieke kwesties rondom ouderen te maken hebben. De voorzitter van de commissie, Henri Grootveld in Eindhoven Dichterbij, het Tweemaandelijks informatieblad voor de inwoners van de gemeente Eindhoven (augustus/september 2004):

“Er zijn natuurlijk al de ouderenbonden en de overkoepelende organisatie OVO, maar in deze adviescommissie zitten voor het eerst ook vertegenwoordigers van de ongeorganiseerde ouderen uit de zeven stadsdelen en van de seniore allochtonen. Die hadden tot nu toe geen stem.”

Doelstellingen zijn het bevorderen van zelfsturing, participatie en ontplooiing, het voorkomen en verhelpen van een sociaal isolement en het verbeteren van het gevoel van veiligheid. Grootveld geeft in het bovengenoemde interview aan dat de seniorencommissie van mening is dat het beleid te veel wordt toegespitst op ouderen met een handicap. De commissie is van mening dat alle ouderen, ongeacht of ze nou wel of geen functie hebben, in het beleid aan bod moeten komen. Hieruit blijkt dat de seniorencommissie bewaakt dat de Wmo in al haar doelstellingen wordt uitgevoerd. Belangrijk kenmerk van de wet is immers dat deze betrekking heeft op alle burgers, kwetsbaar en gezond.

Vanuit de seniorenadviescommissie zit er een vertegenwoordiging in de Wmo raads werkgroep, die analoog aan de verschillende prestatievelden weer opgesplitst zijn in deelwerkgroepen. Waar in een werkgroep ook de belangen van ouderen aan de orde zijn, zit iemand van de adviescommissie in die werkgroepen. Dat komt neer op vertegenwoordiging in 6 of 7 werkgroepjes. Vervolgens is er terugkoppeling vanuit die werkgroepjes naar de seniorenadviescommissie op het moment dat dit nodig is. De decentralisering van het beleid en de middelen naar de gemeente wordt door het OVO gezien als een wezenlijke knip met het verleden. De gemeente heeft nu de taak het Wmo beleid te regelen. Het geeft de ouderenbonden meer mogelijkheden om op lokaal niveau mee te doen. Dat kan een voordeel zijn. Men ziet als risico dat de gemeente een aantal ambtelijke afdelingen zo gaat optuigen dat het ten koste gaat van de gelden die voor de uitvoering bestemd zijn. Het OVO is van mening dat ze daar als belangenwerkgroep voor moet waken.

Marktwerking

Ook op het gebied van de subsidiëring verandert het één en ander. Omdat 2007 een overgangsjaar is, voert de overkoepelende welzijnsorganisatie in Eindhoven, Lumens Groep, in 2007 nog een contract uit dat is opgesteld in 2006. Maar Lumens heeft niet meer primair het voorrecht om aanspraak te maken op gemeentelijke middelen voor ouderen. Doordat ouderen zo goed georganiseerd zijn, manifesteren ze zich sterk als nieuwe marktpartij en maken ze aanspraak op subsidies waar de Lumens groep eerder als enige als vanzelfsprekend aanspraak op kon maken. Een extra handicap voor de Lumens Groep is dat ze de afgelopen jaren veel van het aanbod dat ze had op het gebied van senioren afbouwde. Dit jaar is deze welzijnsinstelling weer bezig deze opnieuw op te zetten. Daarin tracht deze organisatie het voortouw te nemen door met verschillende ouderenorganisaties rond de tafel te gaan zitten.

Tegelijkertijd begeven zich naast de Lumens Groep allerlei andere partijen op de markt. De stichting OVO begeeft zich in het veranderd speelveld tussen gemeente en professionele welzijnsorganisatie. In 2006 gaven ze een boekje uit: "Wat is de Wmo." Vervolgens hebben ze zelf Wmo adviseurs opgeleid. Deze hebben de taak om senioren voor te lichten over de Wmo, zodat ze op de goeie plekken terecht komen. Die adviseurs geven voorlichting aan bijvoorbeeld een KBO afdeling, van 25 à 30 mensen. Het OVO probeert in te springen op de nieuwe wind die er waait en accepteert dat het vanzelfsprekende van jaarlijks subsidie ontvangen verleden tijd is.

"En we hebben ook een andere werkwijze. We krijgen subsidie van de gemeente en dat was elk jaar dezelfde aanvraag, een paar andere zinnen en dan kwam het erdoor. Dat doet de gemeente nu niet meer, en terecht. Dat gaat nu via projectsubsidies. En dat vergt meer activiteit en meer denken over jezelf. Die slag zijn we nu heel nadrukkelijk aan het maken."

(Martien v.d. Wielen, 14 mei 2007)

Het OVO is ook een structuur aan het opzetten van wijkoverleggen met senioren die in een buurtcomité zitten. Daar heeft het OVO 2 keer per jaar contact mee. Zij informeren hoe de stand van zaken is en zij vertellen waar ze tegenaan lopen, wat de problemen zijn in de wijk.

Als gevolg van de extramuralisering begeven ook de verzorgings- en verpleeghuizen zich op de welzijnsmarkt. Daarnaast richten ook woningcorporaties zich op de leefbaarheid van de wijk en dat is eveneens het traditionele veld van welzijn. De lastige positie van Lumens Groep in deze laat zich ook vatten in de volgende uitspraak:

"Op dit moment is de gemeente de grootste financier van de Lumens Groep, zeker op het gebied van ouderen, dus die bepaalt. Wij zien andere partijen komen. We willen ook inspringen en worstelen daarnaast met het feit dat we ook nog andere afspraken met de gemeente hebben die we moeten realiseren. Dus je ziet dat we ergens in een vreemde spagaat zitten."

(Elsbeth Wiersma, 10 mei 2007)

Om te voorkomen dat marktwerking en samenwerking elkaar gaan bijten is een sterke regierol van de gemeente nodig: degene die betaalt bepaalt, dus ook of er samengewerkt gaat worden.

Opmerkelijk is dat de gemeente behalve regisseur en financier ook zelf deels uitvoerder geworden is. De gemeente pakt zaken op zoals het oprichten van een Wmo-loket, het gemeentelijke loket waar iedereen naar toe kan met vragen over de Wmo. De gemeente is daarin eigenlijk uitvoerder geworden in de zin van informatieverstrekker. Dat is een wezenlijk andere rol dan alleen regisseur zijn of financier.

Ook op inhoudelijk gebied lijkt het erop dat de gemeente steeds meer – niet alleen in het kader van de Wmo - in de uitvoerende rol gaat zitten. Een voorbeeld is dat de gemeente 6 budgetconsulenten in dienst heeft genomen die tot doel hebben om de onbekendheid van mensen met financiële regels tegen te gaan en daarmee de onderuitputting te bestrijden. Die budgetconsulenten zitten gedeeltelijk op het terrein van de ouderenadviseur van de

Lumens Groep, want ook de ouderenadviseur heeft een regierol, is aanspreekpunt voor de ouderen en kan doorverwijzen. De gemeente zelf is dus in zekere zin een nieuwe partij geworden in het speelveld.



Eindhovenaren met een minimuminkomen maken onvoldoende gebruik van gemeentelijke inkomensondersteunende regelingen. Het Preventie Informatie Team (PIT), dat deze maand officieel van start is gegaan, gaat daar iets aan doen.

Uit het onderzoek 'Armoedemonitor 2006' bleek dat ondersteuningsregelingen vaak onbekend zijn bij mensen voor wie ze bestemd zijn. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om de reductieregeling waarbij Eindhovense minima een vergoeding in de kosten krijgen voor activiteiten op het terrein van sport, cultuur en recreatie. Of in het geval van 65-plussers met een minimuminkomen om een bijdrage in de aanschaf van duurzame gebruiksgoederen zoals een wasmachine of een bed.

Drempel

Voor al ouderen zouden te weinig gebruik maken van deze regelingen. Het PIT, dat deze maand officieel van start ging, richt zich daarom voorlopig op 65-plussers. Het team bestaat uit zes budgetconsulenten die de drempel voor het aanvragen van ondersteuning willen verlagen. Dit doen zij onder meer door mensen

thuis persoonlijk informatie te geven over wat er mogelijk is. Hierbij kijken ze niet uitsluitend naar de gemeentelijke regelingen maar ook naar voorzieningen van de belastingdienst zoals huur- en zorgtoeslag. De budgetconsulenten beginnen hun huisbezoeken in de Kruidenbuurt. (Bron: Eindhoven dichterbij, 21 maart 2007)

Interventies

Er zijn diverse welzijnsvoorzieningen voor ouderen in Eindhoven, deze vallen allemaal onder de Wmo. De meeste activiteiten bestonden al vóórdat de Wmo geïntroduceerd werd. De inhoud van de activiteiten is (nog) niet echt veranderd.

We kunnen een aantal typen van interventies onderscheiden.

Het eerste type bestaat uit een aanbod van activiteiten vanuit professionele organisaties, gericht op de

maatschappelijke participatie van ouderen. Soms maken ze bij de uitvoering gebruik van vrijwilligers.

Er is een groot aanbod van activiteiten voor ouderen. Zo organiseert Welzijn Eindhoven op meerdere locaties in Eindhoven betaalbare gezamenlijke maaltijden voor ouderen. Het nuttigen van een warme maaltijd in gezelschap van andere ouderen heeft verschillende voordelen: ouderen kunnen elkaar ontmoeten, verantwoord eten en het kan bijdragen aan het geven van structuur aan hun dag.

Ook hier bestaat er een aanbod aan vergelijkbare ‘concurrerende’ initiatieven. Een voorbeeld is Steunpunt 55+ voor alle senioren in de Eindhovense wijk de Tempel, een initiatief van Woonbedrijf en SVVE De Archipel. Het Steunpunt dreigde in 2006 haar functie voor de senioren in de wijk te verliezen, doordat de toenmalige gebruiker Welzijn Eindhoven zich terugtrok uit het gebouw. Woonbedrijf en SVVE De Archipel hebben de handen ineen geslagen en besloten om samen te investeren in het steunpunt. De plannen zijn om het steunpunt de komende drie jaar te ontwikkelen tot een ontmoetingsplaats en advies- en informatiecentrum voor senioren in deze wijk. Vanuit deze ontmoetingsplaats krijgen senioren ondersteuning bij het zo lang en zelfstandig mogelijk functioneren in de eigen woonomgeving. De activiteiten die er gaan plaatsvinden, moeten aansluiten op de behoefte van de doelgroep. De huidige activiteiten zijn o.a. bridge, schilderen, biljarten, dagbesteding en het eetpunt.

Er zijn, verspreid over de verschillende buurten en stadsdelen, talloze activiteiten te vinden voor ouderen in buurthuizen en verzorgingstehuizen: van playbackshows tot senioren in beweging, kienen, hockeyclubs, wandelclubs, kaarten, cursussen enz.

In de sfeer van gezondheidspreventie vinden we interventies als ‘Meer Bewegen voor Ouderen’, cursussen valpreventie, en dagbesteding met geheugenondersteunende, creatieve- en ontspanningsactiviteiten.

De ouderenadviseurs van Welzijn Eindhoven zijn meer gericht op persoonlijke ondersteuning. Zij geven kosteloos en onafhankelijk informatie, advies en ondersteuning aan huis. Daarnaast hebben ze ook rouwverwerking in hun hulpaanbod opgenomen: individueel of in een groep praten over het verlies van een dierbare. Specifiek voor allochtone senioren zijn er allochtone zorgconsulenten.

Bij een tweede type interventie ligt het accent op de inzet van vrijwilligers. Naast de professionele ouderenadviseurs van Welzijn Eindhoven levert de Unie KBO (Katholieke Bond voor Ouderen) eveneens ouderenadviseurs, maar dan vrijwilligers. Vanuit de Unie KBO zijn meer dan 300 vrijwillige ouderenadviseurs actief in Noord-Brabant, waaronder ook in Eindhoven. Zij geven vooral informatie en advies: de vrijwillige ouderenadviseur vult formulieren in, ondersteunt de vragensteller of treedt op in plaats van. Er is dus enige overlap met de professionele ouderenadviseur van Welzijn Eindhoven en ook met de eerdergenoemde vrijwillige Wmo adviseur van de OVO.

Er zijn ook vrijwilligersorganisaties actief voor ouderen (soms met behulp van subsidie van de gemeente). De Zonnebloem organiseert veel activiteiten voor ouderen (koffietafels met feestdagen, concerten, huisbezoeken etc.). Hierin wordt ze in facilitaire zin ondersteund door Welzijn Eindhoven. Een ander voorbeeld van een vrijwilligersorganisatie is Seniorweb, dat gericht is op het stimuleren van deelname van ouderen aan de informatiemaatschappij.

Een ingrijpendere aanpak is de oprichting van een thuishuis voor eenzame ouderen. Ook in dit initiatief zijn het vrijwilligers die de kurk zijn waarop de interventie drijft. Het thuishuis in de wijk Kronehoef (nog in oprichting) zal eenzame alleenstaande ouderen de helpende hand bieden door ze met andere eenzame ouderen samen te laten wonen. Het zal plaats gaan bieden aan 4 of 5 65-plussers die niet meer alleen willen wonen en die in een sociaal isolement zitten. De vrijwilligers die het thuishuis leiden en begeleiden zullen 24 uur per dag beschikbaar zijn. Deze vrijwilligers zullen niet alleen in het thuishuis zelf inspringen, maar ook buiten het huis zullen ze de wijk ingaan om hun eenzame buurtgenoten uit hun isolement te halen.

De gemeente stelde subsidie beschikbaar voor het opleiden van de vrijwilligers en de ondersteuning door professionals. Het thuishuis-initiatief sluit goed aan bij de Wmo omdat het ouderen in staat stelt zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen. Bovendien is het geld dat ingezet wordt voor professionals direct beschikbaar in de vorm van kennisoverdracht aan vrijwilligers. De organisatie rondom het thuishuis is zo goed als voltooid en de eerste vrijwilligers zijn al actief in de buurt. In september 2007 werden met woningcorporaties gesprekken gevoerd over de exacte locatie van het eerste thuishuis. Forum doet momenteel een haalbaarheidsonderzoek naar de behoefte van een Thuishuisproject voor allochtone ouderen in de wijk Kronehoef.

Een derde type interventie is vooral gericht op de ondersteuning van mantelzorgers. Binnen de gemeente Eindhoven komen deze initiatieven samen onder het Steunpunt Mantelzorg Verlicht. Steunpunt Mantelzorg Verlicht is onder verantwoordelijkheid van de GGD Eindhoven opgezet om mantelzorgers in Eindhoven te ondersteunen. Deze ondersteuning richt zich op:

1. mantelzorg in het licht zetten. Door meer bekendheid te geven aan de term 'mantelzorg' en begrip en erkenning te vragen voor mantelzorgers;
2. mantelzorgers verlichten. Door mantelzorgers te ontlasten, zorg te laten delen of ondersteuning te geven;
3. mantelzorgers voorlichten. Door het geven van diverse informatie en ondersteuningsmogelijkheden en het aanwezige hulpaanbod overzichtelijk en toegankelijk te maken. (bron: www.mantelzorgverlicht.nl)

Mantelzorg Verlicht biedt belangenbehartiging en ondersteuning. De ondersteuning bestaat vooral uit doorverwijzing en informatie. Daarbij gaat het vooral over het bemiddelen naar zorg - en oppasmogelijkheden en hand-en-spandiensten. Ook kan het gaan om hulpmiddelen. Datzelfde geldt voor emotionele steun. Mantelzorg Verlicht geeft advies over waar de mantelzorgers terecht kan bij het verwerken van de emoties die gepaard gaan met het zorgen voor een ander. Daarnaast informeert Mantelzorg Verlicht over ziektes, regelingen, mogelijkheden, financiële steun en educatieve steun, d.w.z. het vergroten van de praktische kennis van de mantelzorgers over ziekte, zorg of het aanleren van technieken en vaardigheden.

De website biedt alle informatie die nodig is om erachter te komen met wie contact opgenomen moet worden, vrijwillige hulpdiensten, het Rode Kruis, bepaalde afdelingen van Welzijn Eindhoven, Centra indicatiestelling zorg, thuiszorgorganisaties, lotgenotencontacten, mogelijkheden tot respijtzorg enz.

De mantelzorger zal zelf enig initiatief moeten tentoonspreiden om gebruik te maken van het steunpunt. Om te beginnen zal de mantelzorger van zichzelf moeten weten dat hij mantelzorger is. Uit onderzoek van de GGD (Ensinck, 2007) blijkt dat 81 % van de volwassenen het begrip mantelzorg kent. Daarnaast zal het steunpunt bekend moeten zijn bij mantelzorgers. Dat blijkt slechts in beperkte kring het geval te zijn: slechts 31% van de volwassen mantelzorgers weet van het bestaan van het steunpunt. Uiteindelijk maakt een luttele 2% van de mantelzorgers daadwerkelijk gebruik van Mantelzorg Verlicht (ibid.). Het geringe bereik van het steunpunt blijkt ook uit de onderuitputting van het budget.

Uit het beleidskader Wmo van de gemeente Eindhoven blijkt dat de gemeente de ondersteuning van mantelzorgers meer handen en voeten wil geven (Gemeente Eindhoven, 2007). Het streven is om mantelzorgers meer ondersteuning op maat te geven in de vorm van (individuele) ondersteuning en bemiddeling en advies. Daarnaast wil de gemeente zelfhulpgroepen, 'buddyhulp', vriendendiensten en vrijwillige thuiszorg bevorderen en mogelijk maken. Ook is er het voornemen om een netwerk 'Informeel Zorg' in het leven te roepen waarin de gemeente en alle aanbieders van informele zorg samenwerken voor een sluitend aanbod en een goede doorverwijsfunctie voor hulpvragen. Een platform van mantelzorgers en vrijwilligers gaat als gesprekspartner en adviseur van het netwerk fungeren, zodat dat netwerk 'beide voeten op de grond houdt'. Tenslotte wil de gemeente via een publiciteitscampagne voor meer bekendheid van het Steunpunt Mantelzorg Verlicht zorgen.

Hiergenoemde initiatieven van de gemeente hebben met elkaar gemeen dat ze aannemen, dat als het aanbod van steun en de bekendheid ermee groot genoeg zijn, het gebruik ervan door mantelzorgers vanzelf zal komen. Het is de vraag of deze initiatieven meer mantelzorgers zullen bereiken. Immers, het is een groep die moeilijk te bewegen is om hulp te vragen of te aanvaarden (zie ook Linders, 2007). Enige vorm van bemoeizorg en outreachend werken, zoals via de vrijwilligers van het thuishuis, is wellicht op zijn plaats.

Vanuit het diversiteitsbeleid van de gemeente Eindhoven zijn er verschillende initiatieven gericht op allochtonen ouderen. We noemen het stimuleren van woonvoorzieningen voor allochtone ouderen; het eerdergenoemde thuishuis voor allochtone ouderen; het stimuleren van 'deelname' van allochtone ouderen in vier wijken via huisbezoeken in Tongelre; aandacht voor de werving en begeleiding van allochtone ouderen bij het Consultatiebureau voor Senioren en deelname aan een proefproject van het ministerie van VWS: Kwetsbare Migranten en de Wmo, en aandacht voor de werving en begeleiding van allochtone ouderen bij het Consultatiebureau voor Senioren.

3.4 Jeugd

Jeugdbeleid

In de beleidsplannen van de gemeente Eindhoven is ruim aandacht voor jeugdbeleid (Gemeente Eindhoven, 2006). De gemeente geeft aan dat jeugd- en onderwijsbeleid in de basis algemeen beleid moet zijn, gericht op het versterken van talenten, interesses en

potenties en gericht op het erbij willen, kunnen en mogen horen. Eindhoven heeft zo'n 50.000 jongeren tussen de 0-23 jaar, waarvan zo'n 2500 jongeren extra aandacht vragen. Het Eindhovens jeugdbeleid staat in het teken van ruimte geven en grenzen stellen. Een goede balans tussen steun en toezicht is niet alleen kenmerkend voor een geslaagde gezinsopvoeding, maar tevens voor de opvoeding in de publieke domeinen zoals school, kinderopvang, vrije tijd en jeugdzorg. Gewaardeerd worden thuis, op school en in andere verbanden geeft aanzienlijk minder kans op psychische problemen, criminaliteit, verslaving, schooluitval enz. Het tot stand brengen van sociale verbondenheid is de meest krachtige vorm van preventie.

Een gedeelde verantwoordelijkheid van ouders, onderwijs, jeugdwelzijn, jeugdzorg, vrije tijdsector en andere sectoren die een bijdrage leveren aan de ondersteuning van ouders en kinderen zorgt voor versterking van de pedagogische infrastructuur.

Deze visie van de gemeente past uitstekend bij de doelstellingen van de Wmo. Echter, een directe relatie met de Wmo wordt zelden gelegd. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de vrij algemene opmerking in het Coalitieakkoord 2006 – 2010 dat de gemeente Eindhoven voornemens is om de relatie Centrum Jeugd en Gezin (CJG) met de Wmo te bezien.

“Wij willen de Wmo gaan benutten om steun te geven aan de versterking van het vrijwilligerswerk, ondersteuning mantel- en respijtzorg, het jeugdbeleid en de uitbreiding van de woon-servicezones in de stad. Daarmee willen we in het domein van zorg en welzijn een zichtbare verschuiving naar preventie bewerkstelligen, zonder dat dit ten koste mag gaan van de kwaliteit van de meer curatieve ondersteuning.”

(PvdA, DCDA, & SP, 2006, p.9).

Meer inzetten op preventie komt bijvoorbeeld tot uitdrukking in het informatie- en adviescentrum van het CJG (zie verderop in dit hoofdstuk).

Zoals in 2.9 aangegeven lopen er ook in Eindhoven geen projecten die vooraf direct gerelateerd zijn aan de Wmo op het gebied van jeugd. Wel zijn er een aantal ontwikkelingen die inmiddels ook diverse betrokkenen in verband brengen met de Wmo. Met name de Centra Jeugd en Gezin (CJG) worden onder de noemer Wmo gebracht, omdat de vijf basisfuncties preventief jeugdbeleid van de Wmo uitgevoerd dienen te worden door CJG.

Het doel van het Eindhovense beleid is dat alle jeugdigen op school zitten of werk hebben en dat ze opgroeien als volwaardige inwoners die hun steentje bijdragen aan de maatschappij. Door verantwoordelijkheid te dragen voor hun eigen leven maar ook voor dat van anderen.

Daarvoor zet de gemeente de huidige twee programmalijnen ‘ononderbroken ontwikkelingslijn jeugd en jongeren’ en ‘pedagogische infrastructuur’ voort. Daarnaast worden de volgende drie deelthema's verder ontwikkeld of aangepakt:

“Via de onderwerpen: opvoed- en opgroei-ondersteuning (inclusief Centra Jeugd en Gezin en Spilcentra), voorkomen voortijdig schoolverlaten en jeugd- en jongerenwerk moet het mogelijk zijn om jeugdigen voldoende gelegenheid te geven om hun talenten, interesses en mogelijkheden te versterken, zodat ze

‘erbij’ willen, kunnen en mogen horen. Maar Eindhoven doet meer dan zich richten op deze Wmo - doelstellingen. Het college heeft een speciale wethouder Onderwijs, jeugd en Gezin. In haar coördinerende rol kan zij waar nodig ingrijpen. En met het programma Actieve Jeugd en de (verdere) ontwikkeling van het Centrum Jeugd en Gezin en het Veiligheidshuis investeert de gemeente de komende jaren fors in het jeugd- en jongerenbeleid.”

(Gemeente Eindhoven, 2007, p.21).

Eindhoven investeert fors in jeugd, er lopen momenteel een aantal projecten (zonder volledig te willen zijn) gericht op jeugd. Naast het CJG heeft Eindhoven een Veiligheidshuis en een Steunpunt Huiselijk Geweld.

Een ander groot Eindhovens project is de ontwikkeling van Spilcentra (Spelen, integreren en leren), met daarin de inzet van de medewerker Opvoeding en Ontwikkeling (O&Oer) en de inzet van School Maatschappelijk Werk. Verder loopt het project Preventie Kindermishandeling, de pilot Integraal Toezicht Jeugdzaken en is de invoering van de methodiek Triple P voor heel Eindhoven in voorbereiding.

Eveneens in ontwikkeling is de Verwijsindex risicojeugd. Dit systeem is in beheer van de gemeente. Het zal operationeel zijn per 1 januari 2009. Het betreft hier een signaleringssysteem dat geen inhoudelijke informatie bevat. Daarnaast werkt men aan het elektronisch kinddossier (EKD). Voornamelijk de jeugdgezondheidszorg en de GGD, thuiszorg en ouderkindzorg gaan dit dossier met inhoudelijke gegevens vullen. Het betreft een digitalisering van medische dossiers. De landelijke invoering is gepland vóór januari 2009.

Eindhoven behoorde tot de Gideonsgemeenten, die het initiatief hebben genomen om gezamenlijk na te gaan hoe de lokale regie op opvoed- en opgroeiondersteuning beter vorm kan worden gegeven als onderdeel van integraal jeugdbeleid. Daartoe hebben ze een brochure uitgegeven met een manifest.

De insteek van de Gideonsgemeenten was erg gericht op individuele risico's en weinig op algemeen preventief jeugdbeleid. Enkele aanbevelingen van de Gideonsgemeenten waren: zet het CJG op als één loket-voorziening (rond een jeugdgezondheidszorg nieuwe stijl), verbeter de indicatiestelling door het bij het CJG neer te leggen (huisarts-specialisten model), zorg voor een sluitend en effectief elektronisch signaleringssysteem en breng integraal jeugdbeleid onder politieke verantwoordelijkheid van een (coördinerend) wethouder. Na het uitbrengen van het advies zijn de Gideonsgemeenten als groep weer opgeheven, de impuls was gegeven.

In Eindhoven pleit men vooral voor investeren (en ingrijpen) in het eerste opvoedmilieu (het gezin) en tweede opvoedmilieu (kinderopvang, peuterspeelzalen, buiten- en tussenschoolse opvang, scholen). Versterking van het derde (de georganiseerde vrije tijd) en vierde milieu (de publieke ruimte) wordt wel genoemd, maar concrete voorstellen ter verbetering liggen er voor deze milieus niet.

Hier laat de gemeente een kans liggen om juist versterking van het algemeen preventief jeugdbeleid in het kader van de Wmo voor het voetlicht te brengen.

Overigens is ook hier de insteek vooral instrumenteel beleidsmatig en weinig gericht op ontwikkeling van methodieken of anderszins interventies direct richting burger.

Participatie van jeugdigen in Eindhoven in het kader van Wmo staat in de kinderschoenen. Er zijn/worden maar weinig concrete activiteiten ontwikkeld, zowel op collectief niveau (gemeentelijk) als op individueel niveau. In de diverse Wmo werkgroepen wordt de doelgroep jeugd dan ook niet als doelgroep vertegenwoordigd ook al hebben ze een eigen prestatieveld, aan tafel zitten de professionals en hun organisaties.

Spilcentra in Eindhoven en de relatie met de Wmo

Spilcentra zijn bij uitstek geschikt om de doelstelling van de Wmo op het gebied van jeugd te behalen. Met de Spilcentra loopt Eindhoven landelijk voorop als het gaat om wijkgericht preventief jeugdbeleid. Een Spilcentrum (Spelen, Integreren en Leren) is gekoppeld aan het basisonderwijs en functioneert wijkgericht. Alle voorzieningen die nodig zijn om 'op te groeien' of 'op te voeden' zijn zoveel mogelijk onder één dak samengebracht, er wordt gewerkt vanuit een gezamenlijk pedagogisch plan. Minimaal participeren in een Spilcentrum een basisschool, kinderopvang, peuterspeelzalen en buitenschoolse opvang, met daarnaast ook mogelijkheden om de jeugdgezondheidszorg, jeugdwelzijn en vrijwillige jeugdhulpverlening op te nemen. Maar denk ook aan sportfaciliteiten, bibliotheek of cursussen die vanuit het Spilcentrum georganiseerd kunnen worden, al naar gelang de behoefte in de wijk.

In 2011 moeten er circa 40 Spilcentra in de stad zijn. In elk Spilcentrum is opvoedondersteuning en schoolmaatschappelijk werk aanwezig, waardoor het bereik van laagdrempelige hulp toeneemt. Vooral de functie opvoedondersteuning is op verzoek van schooldirecteuren ontwikkeld en door de Lumensgroep breed neergezet (Tempelman, 2006, p.6). Opvoedondersteuning omvat die activiteiten en interventies die zich richten op de ondersteuning van het opvoedproces, die bij ouders de competentie van het pedagogisch handelen doen vergroten en verbetering beogen van de opvoedsituatie. Mede hierdoor worden de ontwikkelingskansen van kinderen en de voorwaarden daartoe vergroot. Opvoedondersteuning en opgroeiondersteuning (O&O) zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Dit houdt in dat de medewerker O&O zowel in het Spilcentrum aan kinderen, ouders en professionals, ondersteuning en activiteiten biedt, als in de thuissituatie lichte pedagogische ondersteuning realiseert. Een gezinsgerichte aanpak staat centraal. De medewerker O&O heeft een geheel eigen methodiek, presentie-gericht (www.presentie.nl) en outreachend, dat wil zeggen bekend zijn in je wijk en naar de mensen toegaan. Liever op de markt rondlopen en 'je' ouders van de wijk daar ontmoeten dan achter je bureau zitten wachten tot zij naar jou toekomen. Laagdrempelig dus.

De Spilcentra sluiten goed aan bij de Wmo, in de zin dat ze wijk- en buurtgericht zijn. De werknemers stemmen hun activiteiten af op de wensen en vragen van de buurt. De invulling van een Spilcentrum kan dan ook per buurt verschillen. Lumens Groep werkt aan het opzetten van Spil-zorgteams en de afbouw van de netwerken 12-. Vanaf 1 augustus 2007 wordt de O&O stadsbreed ingezet, ook bij scholen die nog geen Spilcentrum zijn. Op interventieniveau wordt gewerkt met de presentietheorie. Verder is het streven dat Triple P ingevoerd wordt als methodiek en werkt men met het BALANS model.

“De grootste verandering is in gezinnen denken en niet meer alleen het kind zien, meer preventief afvangen, minder cases naar BJZ en tegelijkertijd BJZ meer naar beneden in de keten, bijvoorbeeld aanwezig zijn op scholen”

(Hanny Versluis, procesmanager pedagogische pijler SPIL, 29 mei 2007).

Aangezien Spilcentra voor kinderen van 0 – 12 jaar fungeren is de Lumens Groep, in opdracht van de gemeente, in 2006 een pilot gestart om voor twaalfplussers te zoeken naar mogelijkheden voor het geven van opvoed- en opgroeiondersteuning aan jeugdigen en hun ouders (O&O 12+). De opvoedondersteuners zijn present op 2 VMBO-scholen. Deze proef loopt door tot medio 2009.

Een aanvulling op de Spilcentra, die verspreid liggen in de wijken van Eindhoven, is het stedelijk Centrum Jeugd en Gezin, dat met één locatie aanwezig is in het stadscentrum. De O&O'ers van de Spilcentra bemensen het informatie- en adviescentrum van dit centrum en zij verwijzen zoveel mogelijk door naar de eigen wijk om daar naar oplossingen te zoeken.

Centrum Jeugd en Gezin in Eindhoven

Eindhoven is één van de zeven pilot gemeenten die al gestart is met een Centrum Jeugd en Gezin (CJG). Eindhoven kiest voor een geheel eigen invulling. Gekoppeld aan de al lopende ontwikkeling van Spilcentra is gekozen voor één CJG in het stadscentrum. Ter vergelijking: Rotterdam kiest voor de naam Jong Centra en heeft schoolverlaters als speerpunt, terwijl Amsterdam insteekt vanuit de jeugdgezondheidszorg en de naam Ouder Kind Centra (OKC) gebruikt. Het Eindhovense CJG dient als stedelijk expertisecentrum voor zowel ouders/opvoeders als professionals. Men kan hier terecht voor algemene en specialistische vragen en /of problemen over opvoeden en opgroeien. CJG is een netwerkorganisatie, met als deelnemende organisaties: Bureau jeugdzorg, Zuidzorg, Raad voor de Kinderbescherming, Lumens Groep, GGD regio Eindhoven, Politie Zuidoost Brabant, Leerplicht, Novadic Kentron, MEE Zuidoost Brabant en onderwijs via schoolmaatschappelijk werk.

Centrum Jeugd en Gezin Eindhoven kent twee pijlers met twee werkgroepen (een stuurgroep en een raad van advies):

1. Coördinatie opvoed- en opgroeiondersteuning: 7 juni 2007 is het informatie- en adviespunt en expertisecentrum aan het stadhuisplein geopend, een inloopcentrum. De bemensing gebeurt vanuit enkele partners, de Lumens Groep, Zuidzorg en de GGD.
2. Coördinatie aanpak risicojeugd en risicogezinnen. Een stedelijk casusoverleg risicojeugd is in januari 2007 gestart en de deelnemende partners werken met het signaleringssysteem Zorg voor jeugd. Er kan op twee manieren ingezet worden op gezinscoaching. De eerste is vanuit Stabiel, een project van het Leger des Heils. De gezinscoach wordt ingezet bij dreigende kindbeschermingsmaatregelen, dus in een onvrijwillig kader. De tweede manier is het op vrijwillige basis inzetten van gezinscoaching in een gezin. Lumens Groep voert deze aanpak, die gericht is op langdurig, intensieve en directe hulp, uit.

De oprichting van het Centrum Jeugd en Gezin is bedoeld om aan de uitgangspunten van de Wmo (5 gemeentelijke functies op preventief jeugdbeleid) te voldoen. Het CJG is een netwerkorganisatie met als primair doel het verbeteren van de samenwerking in de

jeugdketen en niet primair gericht op hulpverleners zelf. Er vindt afstemming plaats met gemeentelijk integraal jeugdbeleid en er wordt actief geanticipeerd op de toekomst. Dat gebeurt bijvoorbeeld door Lumens Groep opdracht te geven om de ondersteuning van de O&O'ers te regelen.

Het CJG richt zich concreet vooral op preventie en ondersteuning van de professionals. In 2007 was er nog geen deskundigheidsbevordering voor netwerkpartners of werkers van het CJG zelf, gericht op de visie van de Wmo, namelijk hoe confronteer je cliënten meer, hoe ga je om met informele zorg en formele zorg, hoe maak je cliënten ontvankelijk voor het ontvangen van zorg enz. Wel worden alle medewerkers getraind om op dezelfde wijze te werken. Verder wordt het CJG scherp gehouden doordat het project Integraal Toezicht Jeugdbeleid structureel toezicht houdt.

Bij alles wat het CJG doet is de basisgedachte van de Wmo onderliggend. Dat blijkt uit het streven om Triple P als methodiek in te zetten, de inzet om op één lijn te komen met alle O&O'ers, het streven om eenduidige boodschappen afgeven aan medewerkers in het casusoverleg, hulpverleners sneller met elkaar in contact te brengen en het stimuleren dat hulpverleners cases niet te lang bij zichzelf houden.

CJG stimuleert, inspireert en faciliteert, maar het daadwerkelijk interveniëren gebeurt door de samenwerkende partners. Zij zijn degenen die invulling geven aan Wmo handelen.

Werken aan participatie, zelfredzaamheid en integratie moet door die partners op instellingsniveau gebeuren.

Het is erg belangrijk daarin (Wmo) visieontwikkeling mee te nemen.

“Er zal een mentaliteitsverandering bij CJG werkers op grond van de Wmo moeten plaatsvinden, zoals meer durven confronteren, onderscheid maken tussen informele en formele zorg enz.”

(Liesbeth van den Bos, toenmalig projectleider van CJG Eindhoven, 24 april 2007)

Het CJG in de stad is een aanvulling op de wijkgedachte van Spil, het moet namelijk in die wijken gebeuren en als je daar je antwoord niet vindt dan kom je naar het stedelijk CJG.

De Spilcentra in Eindhoven zijn op het idee geënt dat een positief buurt- of wijkgevoel bij jeugd en hun ouders leidt tot meer participatie in de wijk of tot grotere betrokkenheid onderling of tot informele zorg.

“Het CJG draagt niet direct bij aan wijkbetrokkenheid door mensen uit de wijk naar zich toe te trekken en actief te betrekken bij het centrale CJG, maar heeft wel een ‘paraplu-functie’ over de Spilcentra en kan wijkbetrokkenheid (bij de Spilcentra) stimuleren door bijvoorbeeld het vergroten van de expertise van de professionals in de wijk met betrekking tot bepaalde werkwijzen en het stimuleren, aanjagen van deze werkwijzen. Ditzelfde geldt voor de solidariteit van kwetsbaren en niet-kwetsbaren, ook hierin kan het CJG (waar het om jeugd en gezinnen gaat) een rol spelen in het vergroten van expertise en aanjagen. In de casusbesprekingen van risicojeugd en –gezinnen kan het CJG expliciet aandacht hebben voor het betrekken van niet-kwetsbare mensen uit de omgeving bij dit kwetsbare kind of gezin”

(Liesbeth van den Bos, 24 april 2007)

Zuidzorg jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar is een partner in Centrum Jeugd en Gezin. De uitvoering van de basistaken pakket jeugdgezondheidszorg uit de Wet collectieve preventie

volksgezondheid (Wcpv) is neergelegd in het CJG. Dat is een operationalisering van prestatieveld twee Wmo. Daarnaast ontwikkelt Zuidzorg de zorgcoördinatie voor alle gemeenten in de regio.

Nog niet duidelijk is of de jeugdgezondheidszorg (JGZ) volledig binnen CJG zal worden uitgevoerd. Nu is Zuidzorg net als andere werksoorten samenwerkingspartner binnen de netwerkorganisatie CJG. Op interventieniveau voert de JGZ alle vijf de Wmo taken van prestatieveld twee uit, met nadruk op de functie signaleren en monitoren. In hun takenpakket is in het kader van de Wmo niets veranderd.

“De taken van de JGZ zijn het zelfde gebleven, we spreken wel over de Wmo, maar er is geen grote omslag, we ontwikkelen ook geen nieuwe Wmo interventies en er verandert in de uitvoering niks wezenlijks anders.”

(Dineke Brouwers, JGZ, 29 mei 2007).

Volgens de geïnterviewden werken wijkverpleegkundigen al jaren vraaggericht en aan empowerment. Werkers vragen altijd naar risico- en beschermende factoren (BALANS model), vragen dus naar het netwerk, met als doel om dat wat al goed gaat te versterken, niet vanuit een Wmo gedachte. Als het netwerk actief is wordt dat gezien als compenserende factor, dit wordt niet benadrukt als informele zorg of mantelzorg.

Het CJG is opgezet om te zoeken naar goede wegen om ouders, jeugd en professionals te bereiken. De pedagogisch adviseurs (waaronder JGZ medewerkers) die in het CJG werken, werken ook allemaal in de praktijk, doen van daaruit advisering, verwijzen ook naar de mogelijkheden in de wijk. Gehoopt wordt op een olievlekwerking.

Met het Elektronisch Kind Dossier (EKD) zal de JGZ veel informatie voorhanden hebben om met name nog beter preventief te werkt te kunnen gaan. Hoeveel tienermoeders of depressieve moeders kent Eindhoven? Welke doelgroepen zijn er?

De eerdergenoemde Gideonsgemeenten pleiten onder andere voor het opgaan van bureau jeugdzorg (BJZ) in het CJG.

“Het centrum integreert de indicatie- en toegangsfunctie van BJZ en het AMK. Het geeft overeenkomstig dit huisarts-specialistenmodel – vaak met inschakeling van specialisten- indicaties af voor jeugdzorg en GGZ, voor speciaal onderwijs c.q. leerlinggebonden financiering, en speciaal basis- of voortgezet onderwijs. De indicaties zijn niet alleen probleem- maar vooral ook risico-georiënteerde: speciale hulp moet kunnen worden ingezet nog voor dat van echte problemen sprake is. De verschillende indicatietrajecten in jeugdzorg en regulier en speciaal onderwijs worden op elkaar afgestemd. De uitvoering van jeugdbeschermings- en reclasseringsmaatregelen worden eveneens in het Centrum verankerd.”

(De Gideonsgemeenten, 2006, p.12).

Zoals ook al aangegeven in 2.9 heeft minister Rouvoet besloten dat bureau jeugdzorg vooralsnog niet opgaat in het CJG, men gaat wel intensief samenwerken, waarbij bureau jeugdzorg blijft fungeren als voorpost en het CJG regievoerder is.

Andere Interventies

Bij de doelgroep jeugd komen interventie waarbij de inzet van vrijwilligers de boventoon voert niet veel voor. Er zijn enkele Eindhovense voorbeelden te vinden, zoals het project Kluscontact van het Rode Kruis. Meestal worden deze activiteiten gekoppeld aan (maatschappelijke) stages.

ED.nl

Klus is het smoesje, contact het doel

door Margreet Nielen

14 feb 2008, 02:52 - EINDHOVEN - Het is al heel snel duidelijk: de klus is het smoesje, het contact is het doel.



Via het project Kluscontact kunnen jongeren klusjes doen bij hulpvragers, over het algemeen ouderen. foto Irene Wouters

Mevrouw A. Yska had in deze krant een artikel gelezen over het Kluscontact, een nieuw project van het Rode Kruis dat jongeren als stage klusjes laat doen bij hulpvragers, over het algemeen ouderen.

Anouk de Kramer (18) is eerstejaars student aan de Fontys Hogescholen en studeert sociale studies. Ook zij hoorde van het project en het sprak haar meteen aan.

Veel kan ze er nog niet over zeggen, want ze is pas een half uur bij mevrouw Yska. Duidelijk is wel dat het klusje (het schoonmaken van een richel waar mevrouw niet meer bij kan) in elk geval vandaag niet hoeft.

Mevrouw Yska uit Tongelre is 85 jaar, heeft altijd veel mensen in huis gehad, maar is nu helemaal alleen. “Ik ben af en toe een beetje eenzaam. Mijn vriendinnen zijn allemaal oud, dood of verhuisd en de mensen in de straat zijn overdag allemaal aan het werk. Ik mis het contact.” En dat is precies wat Noud van der Bas, projectleider bij het Rode Kruis voor ogen had toen hij met het project begon. “Het was vandaag een eerste kennismaking maar het idee dat het klusje het middel is en het contact het doel, blijkt te kloppen.”

Inmiddels hebben 25 hulpvragers zich aangemeld en zijn negen studenten een dag in de week als stagiaire actief. De meeste van hen studeren aan het ROC, dat door het Rode Kruis is benaderd. Een sponsor heeft gezorgd voor het vervoer: twee piaggio's (een soort brommobiel met laadbak) en een elektrische scooter. “Soms gaat het daadwerkelijk om klusjes, zoals het instellen van een dvd-recorder of het aanharken van de tuin, maar in veel gevallen is bestrijden van eenzaamheid een belangrijk doel”, aldus Van der Bas.

In september wordt de maatschappelijke stage ook verplicht op middelbare scholen. Van der Bas verwacht dat het aantal stagiaires dan zal toenemen. Vanwege het succes van het project is het Rode Kruis van plan het initiatief ook in andere steden toe te passen.

Hulpvragers die contact willen opnemen met het Rode Kruis kunnen dat doen via het gratis telefoonnummer 0800-5544335.

Eindhoven kent ook maatjesprojecten op middelbare scholen. Het project jongerencoaching wordt in opdracht van de gemeente Eindhoven uitgevoerd op V(MB) O en MBO, waarbij jongeren van een HBO opleiding (Fontys) middelbare scholieren die dreigen uit te vallen ondersteunen, vraaggericht en preventief. Vraaggericht betekent dat leerlingen zelf aangeven waaraan zij behoefte hebben, wat belangrijke thema's voor hen zijn, zowel bij binnenschoolse (begeleiding door leraren en in de zorgstructuur) als buitenschoolse (inzet van hbo-studenten en vrijwilligers) coaching. Preventief betekent dat coaching niet zozeer probleemgericht wordt ingezet, maar vooral gericht is op het ontwikkelen van een positief zelfbeeld en sociale zelfredzaamheid: het gaat niet om hulpverlening, maar om versterking van leermotivatie en loopbaanontwikkeling.

Interventies gericht op ondersteuning van mantelzorgers specifiek gericht op jeugd treffen we nauwelijks aan in Eindhoven. De term mantelzorger is zelfs niet gebruikelijk binnen de jeugdzorg. Denkbaar is dat pleegzorg deze functie vervult binnen de jeugdzorg, daar dit vaak onbetaald (slechts met een kleine tegemoetkoming in de kosten) ondersteunen van ouders en kinderen in de knel is. In het kader van de Wmo worden pleegouders in ieder geval niet als zodanig gezien.

Het zijn vooral professionele organisaties, die soms gebruik maken van vrijwilligers (denk bijvoorbeeld aan Humanitas, Home-start, Opstap, Spel aan huis of via de GGZ Baby-extra), waar interventies op het gebied van jeugd te vinden zijn.

Opvoedingsondersteuning, schoolmaatschappelijk werk en kinderwerk worden bij de Lumens Groep gebiedsgericht aangepakt. Daarnaast heeft men drie nieuwe loketten voor zorg, welzijn en informatie geopend, met als doel klantgericht werken, klanten moeten altijd tevreden naar huis gaan. Men richt zich op uitbreiding van het aantal gezinscoaches die via de verwijfsindex de extra zware probleemgezinnen coachen voor de zwaardere hulpverlening en op fuseren. Er is, geheel in lijn met de Wmo, gekozen voor vier gebieden als prioriteit: jongeren, ouderen, buurten en vrijwilligers.

Op interventieniveau zijn er in het kader van de Wmo geen nieuwe ontwikkelingen bij de Lumens Groep. Er wordt al langere tijd gewerkt met de presentietheorie, de BALANS theorie, het versterken van zelfredzaamheid, met nadruk op empowerment en het terugtrekken van de professional als dat kan. Bijvoorbeeld bij het project veilig buiten spelen, is terugtrekken van de professionals en meer inzet van vrijwilligers het uiteindelijke doel. Lumens Groep heeft naar eigen zeggen een gedegen vrijwilligersbeleid, de binding met vrijwilligers staat hoog in het vaandel.

Het stimuleren van informele zorg (zelfzorg, mantelzorg, vrijwillige zorg, lotgenotencontact)

Bij de meeste instellingen werkzaam met jeugd geeft men aan nog te weinig te doen met het stimuleren van informele zorg, men is erg gericht op individuele dienstverlening, erg gericht op risicojeugd en probleemgezinnen. Veel interventies worden gestart door hulpverleners, al dan niet gezamenlijk, na het krijgen van signalen dat het fout gaat in het gezin. Er is nog geen praktijk dat eerst wordt gekeken naar de mogelijkheden die het gezin zelf heeft om zonder professionele hulp de problemen het hoofd te kunnen bieden. Bijna alle instellingen noemen wel de methodiek 'Eigen Kracht', maar deze is in Eindhoven bij de onderzochte instellingen nog nergens ingevoerd, wel wordt de methodiek incidenteel al ingezet.

Alle instellingen die geïnterviewd zijn onderkennen dat het meer betrekken van de jeugd zelf en hun ouders voordelen op zou kunnen leveren. Bijna alle instellingen, waaronder het CJG, hebben zich voorgenomen om jeugd en ouders direct bij de eerste signalen te betrekken bij de hulpverlening, bijvoorbeeld door het bijwonen van het stedelijk casusoverleg indien zijzelf de casus zijn.

Een door JGZ gebruikt evidence based programma dat prima aansluit bij de Wmo is het vroegsignalerings instrument "Samen starten". Samen starten richt zich op de versterking van de lokale samenwerking tussen de gemeente, thuiszorg, GGD en maatschappelijk werk om de gezondheid en het welzijn van het jonge kind tot 3 jaar te bevorderen. Een belangrijk doel is integrale vroegsignalering. Samen Starten begint al tijdens de zwangerschap, doel is het voorkómen van psychische en sociale problemen, anti-sociaal gedrag en criminaliteit. Er wordt gewerkt met een gespreksprotocol dat als doel heeft het opbouwen van een vertrouwensrelatie, het verhogen van bewustwording/competentie van ouders en de brede opvoedingsituatie in kaart brengen om gericht te kunnen verwijzen.

Samen Starten gaat uit van datgene wat er in de buurten al aanwezig is op het gebied van preventie en zorg en wil de verbinding hiertussen versterken. Verpleegkundigen en jeugdartsen worden getraind. Samen Starten werkt instellingsoverstijgend rondom preventie en zorg.

In Eindhoven wordt Samen Starten ingezet onder andere op de consultatiebureaus (CB), deze zitten op 9 locaties, soms al bij Spilcentra soms elders. Idealiter zou in elk Spilcentrum een CB moeten zitten, maar dat lijkt organisatorisch niet haalbaar. JGZ zit wel overal in het zorgteam van de Spilcentra (Zuidzorg 0-4 jaar, GGD/JGZ 4-19 jaar). Een inlooppreekuur is op sommige locaties in ontwikkeling.

Ook verloskundigen, zijn betrokken bij vroeg-signalering, evenals kraamzorg. De contacten lopen nu via de kraamzorg naar de JGZ. Deze partijen zitten nog niet bij elkaar, zoals in Amsterdam bijvoorbeeld, daar zit alles, min 9 maanden, kraamzorg en JGZ, in de Ouder-Kind-Centra.

Preventie versus individuele zorgverlening

De gemeente Eindhoven heeft als uitgangspunt genomen dat ze in alle nieuwe ontwikkelingen het gedachtegoed van de Wmo meeneemt. In het concept Wmo-beleidskader 2008-2011, 'Samen Sterk in Eindhoven' zijn inmiddels een aantal projecten onder de Wmo geschaard. Interessant daarbij is de vraag of deze projecten in het kader van de algemene doelstelling van de Wmo nou eens niet focussen op die 15% van de jongeren die wel een steuntje in de rug (of meer) kunnen gebruiken, maar juist op versterking van het algemene jeugdbeleid, ter voorkoming van een verhoogd risico. Door meer in te zetten op preventie. Wat blijkt is dat er specifiek in het kader van de Wmo geen nieuwe methodieken zijn ontwikkeld op het gebied van preventie. Wel werken veel instellingen en organisaties al preventief, zoals het JGZ. Er zou een duidelijkere link tussen het JGZ en de Spilcentra moeten komen.

Ook de discussie die momenteel gevoerd wordt over het EKD, rondom vragen als wie dit dossier vult en of het straks iets toevoegt aan de al bestaande systemen, moet actief gericht worden op de vraag of het in preventieve zin iets oplevert. Het gaat uiteindelijk niet om de vraag wie er allemaal gerechtigd zijn het EKD te vullen, maar om wat het ouders en kinderen oplevert als een bepaalde partij gerechtigd is het EKD te vullen. En misschien nog wel meer: wat voegt het toe en wat is het gevolg, wat gebeurt er met de gegevens in het EKD? Redt het in de toekomst risicokinderen?

Het CJG steekt in op preventie met het openen van het informatie-, advies en expertisecentrum in de stad, de meerwaarde op individueel niveau moet nog worden bepaald.

De Spilcentra in de wijken kunnen hierin een grote rol spelen. O&O'ers zouden getraind kunnen worden in het in kaart brengen van de vragen die er in de wijk spelen en het ontwikkelen van een wijkgericht aanbod. Hierin zou lotgenotencontact een grote rol kunnen spelen. Spilcentra zouden bijvoorbeeld 'ouders voor ouders' bijeenkomsten kunnen organiseren, nu lijken dit soort initiatieven tussen wal en schip te vallen.

De eerste verantwoordelijkheid voor de opvoeding ligt bij de ouders. Dat is de visie die (de gemeente) Eindhoven uitdraagt. Eindhovens jeugdbeleid zet, volgens geïnterviewden,

in op het preventieve, minder op het curatieve. Als voorbeeld wordt genoemd de inzet van O&O'ers. Zij houden zich momenteel ook bezig met het thema: hoe voed je in deze tijd je kinderen op!! Er is ook oog voor 'wat oma kan doen moet je vooral oma laten doen'. Lumens gaat op termijn Eigen Kracht Conferenties inzetten; daar moet geld voor komen/vrij gemaakt worden en ook de (nieuwe) gezinscoaches zullen problemen gaan voorkomen.

De oogst aan interventies die preventief en Wmo-proof zijn, is nog mager in Eindhoven.

De Spilcentra lijken een goed middel om het accent van zwaardere problematiek (curatieve zorg) bijvoorbeeld overlast, te verleggen naar meer algemene preventie, denk aan integratie van achterstandsgezinnen, het betrekken van allochtone ouders bij school, taalcursussen op het Spilcentrum, ouders in de klas enz.

Het CJG zou de aanjager van dit soort preventieve interventies moeten zijn.

Marktwerving

Minister Rouvoet heeft in een bijeenkomst met lectoren, docenten en studenten van Fontys Hogescholen in Utrecht 31 mei 2007 aangegeven dat er geen aanbesteding op basis van Europese regelgeving en dus marktwerving zal gaan plaatsvinden in de jeugdzorg. In Eindhoven geven verschillende instellingen aan dat er geen of (nog) nauwelijks concurrentie is. Op het terrein van de JGZ vreest men geen aanbesteding, er zijn geen particulieren die dezelfde diensten aanbieden, er is alleen een antroposofisch consultatiebureau, maar dat is geen concurrent. Ook de procesmanager pedagogische pijler Spil vreest geen concurrentie. Particulier initiatief is nog geen praktijk in de Eindhovense jeugdzorg. Een enkel voorbeeld van particulier initiatief is Valjouth, het Stedelijk College in Eindhoven heeft via een Duits particulier bureau in 2007 opvoedondersteuners in dienst genomen.

Bij de Lumens Groep ondervindt men wel marktwerving op organisatieniveau.

“De kern is dat je een bedrijf wordt, je moet je op de markt begeven, je folders zien er dus gelikt uit met daarin het prijskaartje en met nadruk op de methodiekbeschrijving. (...) Meewerken aan een televisieprogramma gebeurde vroeger niet, maar nu wordt je naam verbonden aan goede hulpverlening en dus is dat goed voor het bedrijf.”

(Silvia Tempelman, Lumens, 18 december 2006)

Mentaliteitsverandering op grond van de Wmo

Dat de Wmo een mentaliteitsverandering vraagt wordt unaniem onderkend, er is echter in de praktijk nog niet concreet aan deskundigheidsbevordering gedaan. Er zijn wel ideeën hoe dat vorm moet krijgen. Bijvoorbeeld binnen de Spilcentra kunnen de werkers nog duidelijker leren confronteren, zij ondersteunen de ouders, maar brengen wel de boodschap: “jullie zijn de eerstverantwoordelijke”. Dit ‘meer confronteren’ kan ook ingevoegd worden in thema- en groepsbijeenkomsten die O&O'ers organiseren ter voorkoming dat ouders en kinderen tot de risicogroep gaan behoren. Straks kan dat misschien zelfs zonder professionals. Het CJG zou een wezenlijke bijdrage kunnen

leveren aan het bewerkstelligen van een mentaliteitsverandering door consequent te verwijzen naar de wijken en hulp dicht bij huis. Het CJG kan bijeenkomsten over de mentaliteitsverandering in het kader van de Wmo organiseren, wijkoverstijgend over de hele stad en professionals de gelegenheid geven materiaal op het centrum te halen. Daarnaast kan het CJG thema's signaleren, die over de hele stad uitzetten en bijvoorbeeld 'De Dag van het Kind' organiseren.

Momenteel gaan O&O'ers op vier locaties gesprekken met elkaar aan over de vraag: wat is er nodig in jouw wijk? Opdracht aan de O&O'ers zou daarbij kunnen zijn: Hoe regel je in jouw wijk informele zorg?

4 Welke nieuwe professionaliteit is nodig door de Wmo?

De komst van de Wmo is een geleidelijk proces geweest waarvoor geen absoluut beginpunt aan te wijzen is en waarvoor evenmin een duidelijke afronding in zicht is. Hoewel de invoering van de wet formeel op 1 januari 2007 plaatsvond zijn veel processen al eerder ingezet. Het lijkt daardoor alsof er voor professionals niet zo veel veranderde of nog gaat veranderen. Dat is echter maar schijn: de Wmo heeft wel degelijk gevolgen voor het sociale werkveld en afgeleid daarvan ook voor de opleidingen in het sociaal-agogisch domein. Vanuit de sector komen signalen dat professionals veel zorgen hebben over de Wmo. Uit de eerste resultaten van een internet-enquête van MOVISIE onder frontliniewerkers over de gevolgen van de invoeren van de Wmo blijkt dat respondenten vooral zorgen ventileren over baanverlies en marktwerking (Zorg en Welzijn, 2007). 57% van de professionals meent dat de Wmo leidt tot een verschraving van de zorg voor kwetsbare burgers. Ook is er kritiek op de eigen organisatie: zorg- en welzijnsinstellingen richten zich volgens de professionals nog te veel op de organisatiestructuren van hun eigen organisaties. Daarnaast zijn ze bang dat kwetsbare en zwakkere doelgroepen in het gedrang zullen komen. Deze twee punten, de geleidelijke invoering van de Wmo en de zorgen van professionals over de wet brengen het risico met zich mee dat professionals zich afwachtend opstellen in plaats van actief mee te denken over hoe ze de mogelijkheden van Wmo effectief in hun werk kunnen benutten.

De komende jaren zal onderzoek naar de kwaliteit van dienstverlening op de prestatievelden van de Wmo nauwgezet in beeld brengen over welke kwaliteiten organisaties, professionals en vrijwilligers moeten beschikken om dat wat de Wmo vraagt te kunnen bieden. Dit zal gebeuren in het kader van het programma “kwaliteit uitvoering Wmo” (MOVISIE, 2007). Dat programma is onderdeel van het vijfjarige programma *Vernieuwing en Kwaliteit Wmo*, waarvan het ministerie van VWS financier is.

De in de voorafgaande hoofdstukken beschreven voorgeschiedenis van de Wmo en de invulling die er landelijk en in Eindhoven aan gegeven wordt, biedt ook nu al voldoende materiaal om meer inzicht te geven in wat de wet specifiek van professionals vraagt. Aan de hand daarvan werken we in dit hoofdstuk een aantal Wmo-typische kwaliteiten uit waarover de sociale professional moet beschikken. Dat zijn: kennis hebben van en een visie hebben op de Wmo; werken met grenzen aan de zorg en die verantwoorden naar de burger; informele zorg stimuleren en ondersteunen; bestuurlijk opereren; solidariteit tussen verschillende doelgroepen stimuleren; kunnen omgaan met marktwerking en activering, klant- en vraaggerichtheid stimuleren.

Deze elementen zullen we in de volgende paragraaf toelichten en waar relevant verrijken met voorbeelden van interventies die passen bij de doelstellingen van de Wmo.

Kennis hebben van en een visie hebben op de Wmo

Professionals zullen in eerste instantie inzicht moeten verwerven in de bedoelingen en de opbouw van de Wmo. Daarbij moeten ze in staat zijn de Wmo in een breder maatschappelijk perspectief te zien. Dat heeft te maken met een aantal ontwikkelingen. De scheidlijnen tussen verschillende domeinen, zoals tussen zorg en welzijn of de sociale en de fysieke peiler, vervagen. De toevoeging van het 10^e prestatieveld in Eindhoven, dat betrekking heeft op het vergroten van de toegankelijkheid van de openbare ruimte, illustreert dat wonen, zorg en welzijn niet los van elkaar te zien zijn. Een oudere met beperkingen die zo lang mogelijk zelfstandig wil blijven wonen, krijgt mogelijk te maken met woningaanpassingen of toewijzing van een andere woning, met de toegankelijkheid van de woonomgeving, met aangepast vervoer, met persoonlijke verzorging, met huishoudelijke hulp en met een ouderenadviseur.

Daarnaast dient de professional inzicht te hebben in de verschillende bouwlagen van de Wmo. Zoals in paragraaf 2.3 is aangegeven, bevindt de Wmo zich in een zorgcontinuüm met drie lagen (en een mogelijke vierde, die van een private sector in opkomst). De eerste bouwlaag heeft betrekking op alle burgers, het gaat hier om zelfzorg en informele zorg. Komt deze informele zorg onvoldoende tegemoet aan de zorgbehoefte van de cliënt, dan komt de tweede bouwlaag in beeld. Deze bouwlaag behelst de door de lokale overheid georganiseerde zorg, zoals aangegeven in de negen prestatievelden van de Wmo. De derde laag in het zorgcontinuüm is de zwaardere zorg waar de Awbz in voorziet. Professionals moeten inzicht hebben in dit zorgcontinuüm en ermee kunnen werken. Ze moeten weten waar en hoe hun aanpak aanvullend en ondersteunend kan zijn bij andere vormen van zorg (zoals informele zorg), wanneer cliënten in aanmerking komen voor zorg uit een andere bouwlaag, en voor ogen houden dat het inzetten van informele zorg het primaat heeft in het Wmo beleid. Immers, een van de uitgangspunten voor de invoering van de Wmo is het terugdringen van de kosten van formele zorg.

Onder meer vanuit die bekommernis over de betaalbaarheid van de zorg heeft de overheid de afgelopen decennia de vermaatschappelijking van de zorg sterk gestimuleerd. Die vermaatschappelijking heeft gevolgen voor professionals die actief zijn in de buurt of wijk. Ze krijgen te maken met andere en soms zwaardere categorieën kwetsbare groepen die zich voorheen in een instelling bevonden of er in geplaatst zouden worden, zoals psychiatrische patiënten, ex-gedetineerden, dementerende ouderen etc. Deze groepen bevinden zich vaak op het snijvlak van de tweede en de derde bouwlaag. Ook dat vergt extra inzicht van de hulpverlener in de verschillende bouwlagen van de zorg.

Dat laatste heeft ook gevolgen voor sociaal-agogische opleidingen: de scheidlijnen tussen de verschillende werkvelden en tussen de verschillende uitstroombrofielen worden dunner.

ED.nl

Eindhovens Dagblad, 16 januari 2008

Opvang demente ouderen nijpend

EINDHOVEN - De opvang van dementerende ouderen in deze regio schiet ernstig tekort. De nood is zo hoog dat voor schrijnende gevallen niet altijd een plek beschikbaar is.

Op de wachtlijst voor de dertien crisisplaatsen in de regio staan eveneens dertien hulpbehoevende ouderen. Deze bedden moeten eigenlijk vrij blijven voor acute zorg, maar dat is door de overweldigende vraag niet mogelijk.

Opvangplek

Een derde van de dementerende ouderen in Zuidoost-Brabant (met de indicatie opvang op een gesloten afdeling) wacht op een opvangplek. Ruim 1.500 demente bejaarden zitten op zo'n gesloten afdeling. Een kleine vijfhonderd dementerende ouderen wacht dus daarop. Hun situatie is vaak problematisch. Ze wonen zelfstandig of bij familie, zonder dat ze daartoe eigenlijk in staat zijn.

Vergrijzing

De wachtlijsten voor dementerende ouderen zijn vooral te verklaren door de toenemende vergrijzing. Die ontwikkeling slaat in deze regio keihard toe, terwijl de capaciteit bij verpleeg- en verzorgingshuizen ver achterblijft. Volgens TNO-onderzoek zou de verpleegcapaciteit voor dementie-patiënten de komende jaren verdubbeld moeten worden.

Bovenstaand krantenartikel demonstreert dat het terugplooiën van de Awbz de derde bouwlaag beperkt en de instroom in de eerste en tweede bouwlaag vergroot: dementerende ouderen blijven langer zelfstandig thuis en vallen voor zorg (gedeeltelijk) onder de Wmo. Ze komen minder snel in residentiële zorg terecht doordat de Awbz-middelen voor verpleeghuizen de zorgbehoefte niet volgen.

Dat er toenemende behoefte is aan integraal georiënteerde en netwerkende professionals is ook één van de conclusies in *Toekomstverkenning ten behoeve van een beroepstructuur in Zorg en Welzijn* (van Vliet et al., 2004). Zowel bij informatie en advies, organisatieontwikkeling, ondersteuning van burgerinitiatieven en informele zorg, het aanboren of coördineren van netwerken rond kwetsbare (groepen) burgers en het fungeren als aanspreekpunt, is behoefte aan een nieuw type professional. Tegelijkertijd blijft de behoefte aan gespecialiseerde professionals met specifieke kennis en competenties ten behoeve van

bepaalde groepen, vragen en problemen bestaan. Professionals moeten beide in zich hebben en in meer of mindere mate breed werken (van Vliet et al., 2004, p. 48 e.v.). Waar dergelijke brede kennis goed voor is, laten ook de verschillende loketfuncties die toegevoegd zijn aan allerlei organisaties zien. Niet alleen gemeenten bouwen (wettelijk verplicht) Wmo-loketten om samenhang in de verschillende voorzieningen te brengen. Ook allerlei andere organisaties zetten loketten op om een brede en laagdrempelige toegang tot hun voorzieningen te bieden. Zoals Welzijn Eindhoven, dat verschillende adviespunten in de stad heeft met informatie en advies over maatschappelijk werk, opvoedingsondersteuning, activiteiten in de buurt en vrijwilligerswerk. Wanneer de vraag uitstijgt boven deze specifieke welzijnstaken zal de professional de cliënt tenminste adequaat moeten kunnen doorverwijzen. HIT-eindhoven (Het Informatie Trefpunt), het stedelijk informatie- en adviespunt op het terrein van welzijn, wonen en zorg in Eindhoven, is een voorbeeld van een loket met een integrale aanpak. Dit digitale loket laat zien dat de drie domeinen waarbinnen het loket zich beweegt met elkaar samenhangen.

De Wmo vraagt ook om een heldere (andere) visie op maatschappelijke vraagstukken rondom zorg en welzijn. Een voorbeeld van een relevant thema is de vergrijzing en het daarmee samenhangende beeld dat er van ouderen bestaat. In plaats van ouderen te zien als een bevolkingsgroep die aan het einde van haar krachten is, biedt de Wmo ruimte voor een visie op ouderen als potentieel, als Zilveren Kracht, van wie langer een actieve bijdrage aan de samenleving gevraagd kan worden, hetzij via betaalde arbeid hetzij via vrijwilligerswerk of informele zorg. Datzelfde geldt ook voor andere als kwetsbaar gedefinieerde groepen in de samenleving.

Professionals moeten daarbij uit de voeten kunnen met dilemma's zoals het overheidsstreven naar tegelijkertijd méér informele zorg en méér arbeidsparticipatie. Professionals moeten weten dat een beroep doen op zorgkracht van ouderen tevens betekent dat er arbeidspotentieel wordt weggenomen. En zich er bewust van zijn dat de levensloopregeling de gelegenheid biedt om tijdens de carrière voor een naaste te zorgen in plaats van dat deze vooral (zoals nu de situatie is) gebruikt wordt voor vervroegd pensioen. Ook dit heeft gevolgen voor de sociaal-agogische opleidingen. Alleen al vanwege de omvang, maar ook vanwege de potentie van deze groep, moet belangstelling gewekt worden voor ouderen. Aan de andere kant vraagt de Wmo ook om een heldere (andere) visie op jeugd en hun ouders. Zijn ze bij de professionals in beeld als mondige burgers, als gesprekspartners, als (deels onontdekte) bron voor informele zorg en als doelgroep die ondersteund kan worden om zichzelf te organiseren? Een samenhangende visie op de Wmo komt voor professionals tot uitdrukking in denken in kansen, verbindingen leggen tussen de verschillende doelgroepen, tussen algemene preventieve interventies gericht op alle burgers en meer specifieke interventies gericht op de individuele zorgvrager. Studenten in de sociaal-agogische sector moeten al tijdens de opleiding leren debatteren, argumenteren en nadenken over dergelijke kwesties.

Bestuurlijk opereren

Naast inzicht in en visie op de inhoud van de Wmo, vraagt de wet ook het een en ander van de professional in de zin van om kunnen gaan met beleid en bestuur.

De bestuurlijke vernieuwing, de verregaande decentralisering van het sociaal beleid en de horizontale sturing die de Wmo met zich meebrengt geeft meer zeggenschap aan professionals. Uit eerdergenoemd onderzoek van MOVISIE blijkt dat professionals inderdaad meer betrokken worden bij het beleid. Wel 70% van de respondenten geeft aan dat de gemeente hen betreft bij beleidontwikkeling rondom de Wmo via cliëntenraden, afzonderlijke Wmo-platforms, inspraakbijeenkomsten of regulier overleg.

Willen professionals onder de Wmo effectief kunnen opereren dan moeten ze inzicht hebben in het hen aangaande beleidsterrein. Daarbij hoort ook het kunnen maken van beleidsvoorstellen, het lezen van ambtelijke stukken en onderhandelingen kunnen aangaan met de gemeente (ambtenaren, wethouder, raad...). Ook dienen ze over het vermogen te beschikken om burgers te ondersteunen zodat ze zich kunnen organiseren en partij kunnen worden in de onderhandelingen en het overleg met de gemeente.

De gemeente moet door spelers in het veld, zowel burgers als ook organisaties, aangesproken worden op het voeren van een stimulerend beleid. Professionals hebben hierin een taak, meer dan voorheen. Ze moeten in staat zijn om wat zij in hun dagelijkse werk tegenkomen te vertalen naar 'boven': ervaringskennis kunnen vertalen naar beleid (Linders, Knooren, Meijer, & Çelik, 2006).

Daarnaast moeten professionals kunnen onderhandelen en samenwerken met organisaties en instellingen in de sector.

Ook de mening van minder mondige maar wel kwetsbare burgers moet gehoord worden, dat is via de wet een plicht voor de gemeente en een taak voor professionals om ook hun belangen voor het voetlicht te krijgen.

Marktwerving

Een van de gevolgen van de Wmo is dat organisaties zich meer ondernemend (moeten) gaan opstellen. Dat betekent dat ze duidelijk moeten maken waar ze staan in het speelveld van aanbieders van diensten, en wat hun meerwaarde is. De professional zal een andere rol gaan spelen in die zorgmarkt.

Als manager zal hij moeten concurreren, gaten in de markt ontdekken, afstemmen, lobbyen bij subsidieverstrekkers en kennis moeten hebben van diezelfde markt. De professional die actief is op de 'werkvloer' zal vanuit een ander perspectief naar zijn werk moeten kijken en moeten kunnen interpreteren en vertalen wat hij tegenkomt in zijn dagelijkse werk. Pas wanneer de professional zicht heeft op deze werkcontext, zowel in managementfuncties als op de 'werkvloer', kan hij de vertaalslag maken naar de 'markt'. De markt is ingewikkelder en vraagt meer qua samenwerking en tegelijkertijd aan onderscheidend vermogen. Professionele organisaties moeten zich op die markt duidelijk kunnen profileren en ontwikkelen.

Het werken voor een brede welzijnsorganisatie zou wel eens in belang kunnen verminderen, ten gunste van sociale professionals die als zelfstandige zonder personeel (zzp-er) of vanuit een kleine organisatie dienstverlening aanbieden. Wat de alfahulp voor de thuiszorg is, zou de vrij gevestigde maatschappelijk werker of opbouwwerker voor een ander deel van de sector kunnen zijn. Interessant en illustratief voor dit punt is de opkomst van allerlei commerciële organisaties die zich al op deze markt storten. Er zijn al diverse trainingen en opleidingen in de aanbieding over de Wmo en de competenties van professionals.

Ander voorbeeld is de grote markt voor bijvoorbeeld rouwverwerking bij verlies van dierbaren bij ouderen.

De huidige professionals hebben ook troeven in handen: ze kennen de sociale verbanden, doelgroepen en lokale problemen in de samenleving. Wat ze moeten leren is deze voorsprong uit te buiten en zichtbaar te maken naar de gemeente.

Verder zijn door de marktwerking en daarmee gepaard gaande (opgeschroefde) subsidievoorwaarden zowel professionele als niet-professionele ondersteuners een groot deel van hun tijd kwijt aan bureaucratische taken. Professionals moeten niet alleen in staat zijn hierin een weg te vinden, ze kunnen wellicht ook hun krachten bundelen om deze vergaande bureaucrativering aan te pakken door bijvoorbeeld voorstellen te doen voor vereenvoudiging. Daarbij zijn ze niet alleen zelf gebaat: het voorkomt dat hun werk uitgehold wordt door administratieve rompslomp, maar zorgt er ook voor dat ze het niet over hoeven te nemen van vrijwilligers.

Informele zorg stimuleren en ondersteunen

Tot nu stelden we vooral de invulling van generieke kwaliteiten als ‘ondernemend’ en ‘beschikkend over visie en strategisch inzicht’ aan de orde. Vakspecifieke kwaliteiten zijn en blijven echter minstens zo belangrijk. Deze zullen meer dan ooit tevoren gericht moeten zijn op het versterken en stimuleren van informele zorg. Immers, de Wmo wil vooral informele zorg bevorderen.

Professionals moeten hier op inspelen, maar bevinden zich daarbij in een paradoxale situatie. Zij moeten aan de slag met burgers/cliënten en zichzelf daarbij tegelijkertijd zoveel mogelijk overbodig maken. Deze complexe positie zien we terug in de maatschappelijk en wetenschappelijke discussie rondom de relatie tussen informele en formele zorg. Hierin zijn twee dominante visies te vinden.

De eerste is dat de verzorgingsstaat met haar vele sociale programma's informele hulp en zelfhulp verdringt en sociaal isolement en egocentrisme in de hand werkt: ‘crowding out’. Destijds voerde Hans Achterhuis het idee dat professionele hulp informele hulp in de weg staat nog verder door in ‘De markt van welzijn en geluk’ (Achterhuis, 1979). Hiermee maakte hij furore in de sociale sector. Hij stelde dat welzijnswerkers via hun diensten een aanbod ontwikkelen dat een overeenkomstige vraag veroorzaakt. Hij sloot met deze visie aan op het werk van Illich, die de toenemende contraproductiviteit van instituties in onze samenleving aan de kaak stelde. Instituties als scholen en ziekenhuizen maken vanaf een bepaald punt de mensen respectievelijk dommer of zieker, mobiliteit leidt op een bepaald moment tot immobiliteit etc. (Illich, 1971). Ook nu komen we kritiek tegen op professionele hulpverleners van bijvoorbeeld de Britse psychiater Theodore Dalrymple (Dalrymple, 2004) of de aanval van Charles Murray in de jaren '90 van de vorige eeuw op een ‘perverse verzorgingsstaat’ die een luie onderklasse creëerde zonder enig gevoel voor verantwoordelijkheid (Murray, 1995).

Anderen verwerpen deze hypothese en beweren dat een goed ontwikkelde welvaartsstaat juist de voorwaarden creëert voor een bloeiende civil society (Künemund & Rein, 1999; Van Oorschot & Arts, 2005). De vertegenwoordigers van deze tweede visie (‘crowding in’) menen dat de verzorgingsstaat actief burgerschap juist ondersteunt en bevordert, evenals onderlinge solidariteit.

Deze visies spelen zich op nogal abstract niveau af. Er zijn verschillende soorten hulpverlening, en de ene aanpak richt zich meer expliciet op het stimuleren van zelfredzaamheid dan de andere. De aanpak kan zelfs afhankelijk zijn van de werkhouding van een professional: de ene ouderenadviseur zal een ingewikkeld formulier voor de oudere invullen, de andere helpt op zo'n manier dat de oudere het de volgende keer zelf kan.

Interventie: thuishuis

In Eindhoven probeert het thuishuis meerdere vliegen in een klap te slaan. Het thuishuis is (wordt) een plek waar eenzame ouderen gezamenlijk zelfstandig kunnen gaan wonen. Het bestrijden van eenzaamheid, het versterken van sociale netwerken, het vergroten van de zelfredzaamheid en het bevorderen van de maatschappelijke participatie (van de betrokken vrijwilligers) gaan hier hand in hand. Door bij elkaar te gaan wonen zijn de ouderen niet meer zo veel alleen en is de kans groter dat ze zichzelf met behulp van hun omgeving kunnen redden. Vrijwilligers zullen rondom het thuishuis hand- en spandiensten verlenen, tijd nemen voor een goed gesprek of anderszins gezelschap zijn. Professionals zijn er ter ondersteuning van de familie en de vrijwilliger.

Voor een optimale verhouding tussen formele en informele zorg komen we terecht bij de professional, deze zal in staat moeten zijn het aanwezige potentieel in de samenleving aan te boren en moeten kunnen inschatten wat de mogelijkheden van informele en formele zorg zijn en deze op elkaar afstemmen. Al werkenderwijs moet hij de valstrikken vermijden waar de 'crowding out' aanhangers voor waarschuwen. Tegelijkertijd moet zijn professioneel handelen 'het beste' in mensen naar boven halen. Dat betekent ook zoeken naar onvermoede mogelijkheden in mensen die ogenschijnlijk alleen kwetsbaar zijn. Hij moet open staan voor het feit dat iemand die hulp vraagt daarnaast prima zelf binnen de eigen mogelijkheden hulp aan een ander kan geven. Daarbij zal het aanspreken en mobiliseren van potentiële sociale netwerken rondom hulpbehoevenden vanzelfsprekender moeten worden, evenals het stimuleren en ondersteunen van de zelfredzaamheid. Dat alles zonder het over te nemen. Mantelzorg, zelfhulp, lotgenotencontact, vrijwilligerswerk winnen aan belang.

Interventie: Eigen Kracht Conferentie

Een goed voorbeeld van professionele terughoudendheid is de uit Nieuw-Zeeland overgewaaide 'Family Group Conference', in Nederland 'Eigen Kracht Conferentie' (EKC) genoemd. Zoals de naam al doet vermoeden is deze interventie gericht op het mobiliseren van de eigen kracht van burgers. De EKC activeert het sociale netwerk (familie, vrienden, burens) rondom iemand die hulp nodig heeft. De professional heeft een coördinerende rol en bereidt e.e.a. voor. De conferentie zelf heeft een besloten deel waarbij de hulpverlener niet aanwezig is en waarin de betrokkenen rondom de hulpbehoevende zelf een behandelplan maken. Kortom, de professional is terughoudend als 'helper'. Het behandelplan blijft leidend in het hele proces en wordt uitgevoerd door het netwerk, eventueel (naar keuze) in samenwerking met professionals.

Bron: www.eigen-kracht.nl

Specifiek op het gebied van jeugd en informele zorg is nog een wereld te winnen. In de uitwerking van het jeugdbeleid, ook het deel dat onder de Wmo valt, ontbreekt informele zorg nagenoeg. Consequentie daarvan is dat interventies bij jeugd en jongeren eerder gericht zijn op bestrijding en aanpak van overlast en op het organiseren van activiteiten voor jongeren zoals in het jeugd- of jongerenwerk, dan op het betrekken van deze groep bij informele zorg. In de praktijk is dat anders, daar zijn jongeren soms nu al mantelzorger. Professionals in de jeugdzorg of in de welzijnssector moeten óók alert zijn op deze groep, opdat deze de nodige ondersteuning kan krijgen. Maar omgekeerd is ook van belang dat jongeren zich bewust worden van wat de samenleving ook van hen vraagt op het gebied van informele zorg. Bij de indicering voor gebruikelijke zorg bijvoorbeeld zal hun potentiële inzet als kind van een hulpbehoevende ouder meegenomen worden. Dat betekent dat een zekere inzet in het huishouden verwacht wordt van kinderen waarvan de ouder (s) het niet meer zelf kan/kunnen. Professionals kunnen een rol spelen door dit bespreekbaar te maken in de gezinssituatie.

Interventie: Jongerencoaching

Het project "jongerencoaching" wordt in opdracht van de gemeente Eindhoven uitgevoerd op V (MB) O en MBO, waarbij jongeren van een HBO opleiding (Fontys) middelbare scholieren die dreigen uit te vallen ondersteunen, vraaggericht en preventief. Ook hier bestaat de rol van de professional uit het begeleiden en faciliteren van de vrijwilliger die de jongeren in het middelbaar onderwijs ondersteunen.

Onderzocht zou moeten worden hoe (potentiële) mantelzorgers te bereiken met het aanbod van interventies, vooral als ze niet in beeld zijn bij professionals uit de sociale sector. Wellicht zal een meer outreachende manier van werken méér informele zorgers bereiken. Dat aanbod zou erop gericht kunnen zijn de mantelzorger inhoudelijk te ondersteunen, zoals bij het Eindhovense initiatief *Mantelzorg Verlicht*. Wat is de beste manier om met de verzorgde om te gaan, welke weg moet ik gaan in de bureaucratische jungle, hoe zorg ik goed voor mezelf als mantelzorger? Dat kan met een tilcursus, maar ook door bewustwording van waar de eigen grenzen liggen, fysiek en ook emotioneel. Een onontgonnen gebied is hoe de professional de hulpbehoevende zo ver krijgt dat deze op tijd om hulp vraagt, zijn sociale netwerk hierop aanspreekt en de aangeboden hulp aanvaardt.

De verleiding om het over te laten nemen door professionals ligt steeds op de loer, zo blijkt uit onderzoek naar ondersteuning van vrijwilligerswerk door Humanitas (Metz, 2006). Ondanks de wens van het beleid om waar mogelijk informele zorg in te zetten in plaats van professionals gebeurt op het gebied van vrijwillige zorg eerder het omgekeerde. Vrijwilligersorganisaties schakelen steeds vaker professionals in om hun vrijwilligers te ondersteunen. Ondersteuning die voorheen vaak door (geschoolde) vrijwilligers werd verzorgd. Dat heeft te maken met de groeiende complexiteit van de organisatie en met de verregaande bureaucrativering van bepaalde taken. Ook is er inmiddels een academie voor vrijwilligers. Daarnaast hebben vrijwilligers door de vermaatschappelijking van de zorg steeds vaker te maken met een zwaardere categorie hulpbehoevenden, waarvoor dan professionals ingezet worden om deze te ondersteunen in plaats van vrijwilligers. Diezelfde categorie hulpbehoevenden wordt in het kader van sociale activering of re-integratie verplicht om

vrijwilligerswerk te doen. Omdat het begeleiden en ondersteunen van dit type vrijwilliger zwaar kan zijn worden ook hiervoor eerder professionals ingezet.

Het is ook aan professionals om zich niet te laten verleiden tot het verdringen van informele zorg.

Werken met grenzen aan de zorg en die verantwoord en naar de burger

Met de komst van de Wmo dient de professional duidelijk voor ogen te hebben wat de grenzen aan de zorg zijn. De samenleving heeft immers met de hervormingen van de Awbz en de Wmo besloten om formele zorg niet met de zorgbehoefte van de toekomst te laten meegroeien. Een professional moet daarom kunnen confronteren en nee durven zeggen om de grenzen aan de zorg te bewaken en dat ook kunnen verantwoorden naar de burger. Hier komt het dilemma van de 'gebruikelijke zorg' om de hoek kijken, zorg waarvan redelijkerwijs kan worden verwacht dat huisgenoten die aan elkaar verstrekken, maar waar de zorgbehoefte niet altijd op kan rekenen. Professionals moeten huisgenoten aan kunnen spreken op de zorgtaken die van ze verwacht worden en meedenken over mogelijke oplossingen als het gaat om de combinatie mantelzorg/werk. Zo kunnen ze het overige sociale netwerk rondom de zorgbehoefte inschakelen om in te springen of vrijwilligers helpen inschakelen. En ook hier zullen ze tegen dilemma's aanlopen. Gebleken is bijvoorbeeld dat mensen het lastig vinden om informele hulp te vragen of te accepteren (Linders, 2007). Er zit kennelijk een natuurlijke rem op het gebruik maken van informele zorg, misschien wel meer dan op het vragen om professionele hulp. Er ligt voor sociale professionals een taak om dit spanningsveld te onderkennen en te zoeken naar speelruimte daarbinnen.

Stimuleren solidariteit tussen verschillende doelgroepen

Demografische ontwikkelingen als ontgroening en vergrijzing zorgen voor een (toekomstige) bevolkingsopbouw waarbij een relatief kleine groep mensen in de arbeidsproductieve leeftijd zowel financieel als in zorgopzicht solidair zal moeten zijn met oudere generaties. Voor professionals ligt hier een taak, want de solidariteit tussen deze groepen is niet vanzelfsprekend. Denk aan verzet van ouderen tegen hangplekken voor de jeugd waardoor jongeren naar de periferie verbannen worden, of het omgekeerde, verzet tegen hangplekken van ouderen zoals enkele jaren geleden in Oude Pekela.

Interventie: de wisselwerking

Dit project is erop gericht het wantrouwen tussen jongeren en ouderen te doorbreken. Ouderen zien tieners vaak als bedreigende hangjongeren, tieners zien ouderen veelal als oude zeurpieten. Om deze twee groepen nader tot elkaar te brengen, doen in dit project jongeren uiteenlopende klussen voor ouderen, zoals het schoonmaken van brandgangen, het poetsen van galerijlampen en het wieden van onkruid. Ook op het sociale vlak gebeurt het een en ander, zo drinken jongeren ook thee met eenzame buurtbewoners. Dit alles gebeurt onder toezicht van het jongerenwerk of de buurtconciërge. Het project mikt op de overgrote meerderheid aan goedwillende jongeren, dus niet op de zogenaamde probleemjongeren. Zij worden voor hun inzet beloond met een bijdrage uit het klussenfonds, dat gevuld is met middelen vanuit het bedrijfsleven en de gemeente. De rol van de jongerenwerker is hier 'makelend' en 'schakelend': hij brengt ontmoeting tot stand. Daarnaast dient hij in staat te zijn om te fondsen werven.

Bron: www.projectenzorgenwelzijn.nl/intergenerationeel

Werken aan solidariteit tussen kwetsbare en niet kwetsbare mensen en empowerment van kwetsbare groepen zijn essentieel om de gevolgen van de vergrijzing op te vangen. Professionals kunnen samen met burgers werken aan het verwezenlijken van dit streven. Daarbij hoort ook het verminderen van vervreemding tussen generaties. Soms kunnen vooral praktische ingrepen effectief zijn. Zo kunnen activiteiten voor jeugd en volwassenen gehuisvest worden in centra waar ook ouderen komen of wonen. Ook andere interventies zijn denkbaar waarbij groepen in de samenleving gemengd worden.

Interventie: het Kluscontact

Dit nieuw project van het Rode Kruis in Eindhoven laat jongeren als stage klusjes doen bij hulpvragers, over het algemeen ouderen. Onder het mom van een klusje komen doen is de doelstelling eigenlijk het maken van contact en het bestrijden van eenzaamheid. De rol van de professional is hier meer faciliterend: zorgen dat hulpvragenden bekend zijn met het project, het tot stand brengen van het contact en het begeleiden van hulpvrager en jongere.

De ontwikkeling naar maatschappelijke stages zijn een stap in de goede richting om verschillende groepen in de samenleving bij elkaar te brengen. Een risico is, dat de aandacht daarbij vooral gaat naar andere sectoren dan zorg en welzijn (bijvoorbeeld sport en cultuur), waardoor jongeren nog steeds niet met vrijwillige zorg, sociale steun en mantelzorg in aanraking komen.

Het stimuleren van solidariteit, niet tussen, maar binnen de verschillende doelgroepen verdient eveneens aandacht. Voorbeelden van werkzame interventies zijn te vinden in het project 'Pimp my block' (zie paragraaf 2.9). In februari 2008 nam minister Rouvoet het eerste exemplaar van het boekje 'Dialoog in 60 minuten' (beschikbaar via www.cidi.nl) in ontvangst. Dit boekje moet jongerenwerkers helpen om jongeren van verschillende buitenlandse afkomst met elkaar in contact te brengen.

Interventie: 'Dialoog in 60 minuten'

Deze methode is ontwikkeld voor jongerenwerkers die conflicten tussen groepen jongeren willen beheersen. Uitgangspunt is dat het effect blijvend is als jongeren zelf aan de slag gaan. Uitgewerkt worden ideeën zoals workshops, improvisatietoneel, het maken van een groot kunstwerk (graffiti) en het maken van een film. Het boekje geeft bijvoorbeeld ook aan hoe te werken met stellingen in een openbaar debat. Centraal staat steeds het betrekken van de buurt bij de activiteiten. Daarnaast geeft de handleiding literatuurtips en suggesties voor trainingen. Het boekje bevat een voorbeeldenquête om mee te starten, een inschatting van de probleemzwaarte en een activiteiten-evaluatieformulier.

Bron: www.cidi.nl

Activering, klant- en vraaggerichtheid stimuleren

Met de aanneming van het amendement 'versterking burger- en cliëntparticipatie' is overeengekomen dat gemeenten zorgen dat zij goed geïnformeerd worden door en over burgers, ook de kwetsbaren en minder luidruchtigen onder hen. Voor professionals betekent dit dat ze de vraag achter de vraag van burgers moeten verhelderen en dat ze hen ondersteunen bij vragen als 'hoe lever je goede informatie aan, hoe zorg je ervoor dat je

gehoord wordt ook al ben je 'niet in beeld', op welke wijze kun je de gemeente het best informeren, enz.'

Meer dan vroeger zal er een adequate koppeling moeten zijn tussen vraag en beschikbare deskundigheid binnen de organisatie. Hiervoor dienen professionals zicht te hebben op elkaars deskundigheid, waar nodig team- of organisatieoverstijgend.

Professionals kunnen de burger helpen/leren kiezen tussen een persoonsgebonden budget, een financiële tegemoetkoming of een verstrekking in natura, of tussen de verschillende zorgaanbieders.

Op het vlak van de ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers zagen we dat de regering kiest voor ondersteuning door middel van een financiële compensatie. Er ligt een uitdaging voor professionals om de (verdere) ondersteuningsbehoefte van deze groep boven tafel te krijgen. Maar daar gaat nog iets aan vooraf, namelijk het bereiken van de grote groep mantelzorgers die geen gebruik maakt van ondersteuning maar daar (wellicht) wel behoefte aan heeft. Versterking van de cliëntparticipatie betekent ook iets doen aan de onderuitputting van budgetten die de burgers zouden moeten ondersteunen.

De professional moet eveneens overweg kunnen met de vraag van de mondige burger. Deze wil medezeggenschap, wil weten wat het hem of haar oplevert etc. De mondige burger stelt voorwaarden aan zijn maatschappelijke inzet. De professional moet kunnen onderhandelen met de burger/cliënt over wat hij aanpakt, wat de hulpverlener aanpakt en wat professional en burger samen ondernemen.

5 Besluit

Het wordt steeds duidelijker dat de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) geen vorm van kleinschalig beleidsonderhoud is, maar een trendbreuk met het verleden met zich meebrengt. De doorgaande lijnen uit het verleden (bv. verdere decentralisering van sociaal beleid naar lokale overheden) onttrekken ons soms nog het zicht op die trendbreuk. De echte vernieuwing situeert zich op het terrein van de terughoudendheid van formele zorg, op de introductie van de notie 'schaarste aan formele zorg'. Als consequentie daarvan verschuift het primaat van de zorg naar de informele sfeer, en krijgt de professionele zorg een meer ondersteunende en activerende rol. De wet maatschappelijke ondersteuning is doordrongen van de analyse dat ongewijzigd beleid aanleiding zal zijn van exponentieel stijgende budgetten voor formele zorg (via AWBZ of de oude welzijnwet) en een tekort aan personeel, en dit als gevolg van een vergrijzende bevolking en krimpde actieve bevolking. Dit is geen aantrekkelijk of wenselijk perspectief. De grenzen van de verzorgingsstaat zijn bereikt, alleen het anders vormgeven van collectieve verzorgingsarrangementen kan garanderen dat burgers binnen tien of twintig jaar nog zorg krijgen op eenzelfde niveau als burgers die vandaag krijgen.

"De Wmo is een participatiewet, geen zorgwet!" is een veelgehoorde omschrijving van de wet. Daarbij moet opgemerkt worden dat het concept participatie op twee heel verschillende manieren in de wet vervat zit. Enerzijds is er participatie in de vorm van de burger die mee praat en denkt over lokaal sociaal beleid, de burger als gesprekspartner, participatie als samenspraak. Daarom hanteert de Wmo het principe van horizontale verantwoording. Anderzijds is er participatie in de vorm van de burger die voor zijn naaste zorgt, die leverancier is van informele zorg. Het gaat dan niet langer om samenspraak, maar om samen zorgen. De oude droom van Brinkman wordt door de Wmo terug stevig op de kaart gezet.

Beide vormen van participatie hebben weinig met elkaar van doen, het is niet omdat de samenspraak goed georganiseerd is, dat er samen gezorgd wordt. Daarom is aandacht voor beide verschijningsvormen van participatie cruciaal voor het welslagen van de Wmo. Hoewel het 'samen zorgen' voor de Wmo op wat langere termijn een veel belangrijker kritische succesfactor is dan 'samenspraak', zijn de concrete instrumenten op dit terrein veel minder uitgewerkt. Overal ten lande is daarom een zoektocht zichtbaar naar vernieuwing van vrijwilligersbeleid, van ondersteuning van mantelzorg, van het betrekken van burgers bij een zorgzame samenleving.

De trendbreuk die de Wmo introduceert heeft verregaande gevolgen voor professionals in de sociale sector. In deze publicatie brengen we de belangrijkste daarvan in beeld (cf. hoofdstuk 4). Voorlopig gaat alle aandacht in het werkveld naar zaken als publieke dienstverlening kunnen 'verkopen' binnen de context van aanbestedingen, lokale inspraak organiseren en een toegankelijke informatievoorziening via de één-loket benadering. Die aandacht zal evenwel (moeten) verschuiven naar een andere professionaliteit, waarin hulp verlenen als zodanig minder centraal staat en het organiseren van samen zorgen, het 'ontginnen' van informele zorg, des te centraler. De professional van de toekomst zal

niet langer afgerekend worden op de hoeveelheid formele zorg die hij/zij geeft, maar op de totale hoeveelheid zorg die hij/zij faciliteert en veroorzaakt, door formele zorg zo te organiseren dat het als een multiplier van informele zorg werkt. Daarvoor zijn andere sociale interventies en andere vaardigheden nodig. Bovendien vraagt dit inspanningen gericht op burgers die zich in een kwetsbare situatie bevinden en een zorgbehoefte hebben (mantelzorg en zelfzorg faciliteren/organiseren, eigen kracht conferentie, ...) als burgers die (nog) niet in dergelijke kwetsbare situaties zitten maar als zorgproducent een rol kunnen en moeten spelen (, mantelzorg, vrijwilligerscentrales, burenhulp, maatschappelijke stage, ...).

Niet alleen de huidige hulpverleners, maar ook de toekomstige beroepskrachten zullen zich deze nieuwe sociale interventies en competenties eigen moeten maken. Helaas laten de momenteel in het HBO gebruikte kaders niet toe deze ontwikkelingen daarin te verwoorden. De gehanteerde competentiekaarten zijn zodanig op de generieke vaardigheden gericht dat de beroepscontext ervan uit beeld verdwijnt. Zo wordt de competentie 'methodisch werken' omschreven als "in staat zijn om zelfstandig op systematische en transparante wijze methodisch te werken in alle binnen de beroepscontext voorkomende handelingssituaties." Daarin worden dan weliswaar drie niveaus van handelen herkend en omschreven, maar ook die omschrijvingen geven geen ruimte om meer inhoudelijke ontwikkelingen binnen methodisch werken, zoals door de Wmo geïnitieerd, te verwoorden.

Deze observatie is andermaal een signaal dat het uitsluitend hanteren van competentieprofielen onvoldoende houvast geeft om een beroepsopleiding vorm te geven. De beroepscontext moet opnieuw expliciet een plaats in de opleiding krijgen.

Beknopt tijdspad Wmo

datum	Landelijk	Eindhoven
Maart 2008		Lokale conferentie over de WMO-raad, in oprichting
Januari 2008		Beleidskader 2008-2011 wordt vastgesteld
september 2007	Staatsecretaris Bussemaker stuurt de tweede voortgangsrapportage aan de Tweede kamer	Beleidskader 2008-2011 wordt beschikbaar gesteld voor inspraak
januari 2007	invoeringsdatum Wmo	Opening van het Wmo-loket
Juni 2006	De Eerste Kamer behandelt de wet en keurt de Wmo goed, 26/27 juni	Grote lokale conferentie over de invoering van de Wmo in Eindhoven
Februari 2006	De Tweede Kamer keurt de Wmo goed	
Kerst 2005	Het 'compensatiebeginsel' wordt in de Wmo geïntroduceerd	
zomer 2005	De Wmo pilots starten	De pilot 'digitaal begrepen' start
mei 2005	Wetsvoorstel Wmo wordt naar de Tweede Kamer gestuurd	
maart 2005		'Startnotitie aanpak van de Wmo in Eindhoven'
december 2004	Manifest 'Wmo? alleen maar zó!!!'	
maart 2004	Contourennota Wmo	
mei 2003	Hoofdpijnenakkoord Balkenende II met aankondiging modernisering Awbz	

Verwijzingen

Websites

- www.canonsociaalwerk.nl
- www.eigen-kracht.nl
- www.invoeringwmo.nl
- www.jeugdengazin.nl
- www.mantelzorg.nl
- www.mantelzorgenwerk.nl
- www.minvws.nl/dossiers/wmo/
- www.mezzo.nl
- www.mogroep.nl
- www.nji.nl
- www.operatie-jong.nl
- www.presentie.nl
- www.programmavcp.nl
- www.rechtopwmo.nl
- www.vlaamsezorgverzekering.be
- www.werkenmantelzorg.nl
- www.wmoloketeindhoven.nl
- www.zorgloketeindhoven.nl

Literatuur

- Achterhuis, H. (1979). *De markt van welzijn en geluk: een kritiek van de andragogie*. Baarn: Ambo.
- Balkenende, J. P. (1987). *De zorgzame samenleving: een internationaal vraagstuk*. Bestuursforum, 4, 107-109.
- CBS. (2007). *Levensloopregeling leeft nog niet Webmagazine, 2007 (23 april)*.
- cg-raad. (2007). *WMO (g) een probleem?*.
- Consumentenbond. (2002). *Zwartwitboek 'Vastgelopen in de zorg' den Haag*: Consumentenbond.
- Dalrymple, T. (2004). *Leven aan de onderkant. Het systeem dat de onderklasse in standhoudt*. Utrecht: Spectrum.
- De Boer, A. H. (2006). *Rapportage ouderen*. Den Haag: SCP.
- De Gideonsgemeenten. (2006). *Opvoed- en opgroeiondersteuning als lokale basisvoorziening*. Rotterdam, Eindhoven, Almelo, Almere, Delft, Oude IJsselstreek en Urk.
- de Klerk, M. (red.). (2004). *Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen*. den Haag: SCP.
- de Klerk, M. (red.). (2007). *Meedoen met beperkingen. Rapportage gehandicapten 2007*. den Haag: SCP.
- de Swaan, A. (1988). *Zorg en de staat: welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Edwards, M. (2004). *As good as it gets. AARP Magazine (november-december)*.
- Ensink, K. (2007). *Verpleging en verzorging. Infokaart Volwassenen. 19-64 jarigen 2005*. Eindhoven: GGD Eindhoven, afdeling Gezondheidsbevordering.
- ESAW. (2003). *Comparative Report on ageing well and life activities*. Amsterdam: European Study of Adult Well-Being.
- Gemeente Eindhoven. (2006). *Wmo: Kansen voor Eindhoven. Visie, kaders, keuzes en gevolgen*. Eindhoven: Gemeente Eindhoven, Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling.
- Gemeente Eindhoven. (2007). *Samen Sterk in Eindhoven! Concept Wmo-beleidskader 2008 - 2011*. Eindhoven: Gemeente Eindhoven.
- Gezondheidsraad. (2005). *Vergrijzen met ambitie* Den Haag: Gezondheidsraad.
- Gussekloo, J., De Craen, A. J. M., Van Exel, E., Bootsma-Van Der Wie, I. A., & Westendorp, R. G. J. (2004). *Oorzaken en gevolgen van cognitieve achteruitgang op hoge leeftijd; de Leiden 85-plus Studie' Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 148 (20), p. 979-983*.
- Hortulanus, R. P. (2004). *Het belang van de wet maatschappelijke ondersteuning. Sociale interventie, 2004 (4), 27-35*.
- Illich, I. (1971). *Deschooling society*. New York,: Harper & Row.
- Illich, I. (1976). *Limits to medicine : medical nemesis, the expropriation of health*. London: Marion Boyars.

-
- Künemund, H., & Rein, M. (1999). There is more to receiving than needing: theoretical arguments and empirical explorations of crowding in and crowding out. *Ageing and Society*, 19, 93 -121.
 - Kwekkeboom, R. (red.). (2006). *Een eigen huis ...*. den Haag: SCP.
 - Linders, L. (2007). Niet de sterkste schouders. *Sociale Interventie*, 16 (2), 13-24.
 - Linders, L., Knooren, J., Meijer, A., & Çelik, N. (2006). *Op je handen zitten en ze uit de mouwen steken*. Eindhoven: Fontys Hogescholen.
 - Linders, L., & Meijer, A. (2005). *Vermaatschappelijking en woonservicezones*. Eindhoven: Fontys Hogeschool Sociale Studies.
 - Machielse, A. (2006). 'Sociaal isolement is een gigantisch taboe'. *Zorg & Welzijn*, 2006 (april).
 - Metz, J. (2006). *De tweeledige werking van intermediairen voor burgerparticipatie*. Utrecht: Humanistics university press.
 - Ministerie van VWS. (1997). *Het aanboren van onvermoede mogelijkheden*. Rijswijk: VWS.
 - Ministerie van VWS. (1999). *Werken aan sociale kwaliteit, welzijnsnota 1999-2002*. den Haag: VWS.
 - Ministerie van VWS. (2004). *Op weg naar een bestendig stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
 - MOVISIE. (2007). *Concept deelprogramma Kwaliteit Uitvoering Wmo*. Utrecht: Movisie.
 - Mussche, A (2007). Morele herbewapening met frisse spruitjesgeur. *Gewoon bijzonder*, 4(3), 6-9
 - Murray, C. (1995). *Losing ground: American social policy, 1950-1980*. New York: BasicBooks.
 - Prinsen, B., & Oudhof, M. (2006). *Centrum Jeugd en gezin. De ontwikkelingen in het kort*. Utrecht: NIZW Jeugd.
 - PvdA, DCDA, & SP. (2006). *Coalitieakkoord 2006-2010. EINDHOVEN Eén. Slagvaardig op weg naar een sociaal, sterk en betrokken Eindhoven*. Eindhoven.
 - Raad voor de volksgezondheid en Zorg. (2005). *Mensen met een beperking in Nederland, de AWBZ in perspectief*. Zoetermeer: RVZ.
 - Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2008). *Beter zonder AWBZ?* den Haag: RVZ.
 - RMO. (2002). *Bevrijdende kaders*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
 - RVZ. (2003). *Gemeente en zorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
 - Schnabel, P. (2004). *Kort gehouden, columns over welzijn en welvaart in Nederland*. Amsterdam: Business contact.
 - Speetjens, P., de Graaf, I., & Blokland, G. (2007). *Het fundament van Triple P. Theoretische onderbouwing en onderzoek JeugdCo*, 6 (kennis 02).
 - Steyaert, J., & Verheijen, C. (2007). *De participatiestad, de burger als partner*. In J. Smeets (Ed.), 11x040 (pp. 143-160). Eindhoven: Trudo.
 - Tempelman, S. (2006). *1 jaar opvoed- en opgroei-ondersteuning bij Welzijn Eindhoven. September 2005 t/m augustus 2006*. Eindhoven: Welzijn Eindhoven, Lumens Groep.
 - Timmermans, J., & Woittiez, I. (2004). *Verpleging en verzorging verklaard*. Den Haag: SCP.
 - Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2003). *Modernisering AWBZ*. Retrieved. from.

-
- van Baal, P. H. M., Polder, J. J., de Wit, G. A., Hoogenveen, R. T., Feenstra, T. L., Boshuizen, H. C., et al. (2008). Lifetime Medical Costs of Obesity: Prevention No Cure for Increasing Health Expenditure. *PloS Medicine*, 5 (2).
 - van den Berg Jeths, A., Timmermans, J. M., Hoeymans, & Woittiez, N. I. B. (2004). Ouderen nu en in de toekomst. *Gezondheid, verpleging en verzorging 2000 - 2020*: RIVM/ Bohn Stafleu Van Loghum/SCP.
 - van den Broeke, J. (2007). van Lieshout: 'WMO is gevaar voor beroepstrots'. *TSS*, juli/augustus, 12-13.
 - van der Lans, J. (2007). De WMO-ladder. *Tijdschrift voor sociale vraagstukken* (11), 20-24.
 - van der Lans, J. (2008). *Ontregelen*. Amsterdam: Augustus.
 - van Duin, C., De Jong, A., & Broekman, R. (2006). *Regionale bevolkings- en alloctonen prognose 2005-2025*. Den Haag: Ruimtelijk Planbureau/Centraal Bureau voor de Statistiek.
 - van Hoof, F. (2003). *Lokale dienstverlening aan mensen met ernstige psychische handicaps*. Onderzoeksverslag t.b.v. het ministerie van VWS Trimbos Instituut. Utrecht: Trimbos Instituut.
 - van Oorschot, W., & Arts, W. (2005). The social capital of European welfare states: the crowding out hypothesis revisited. *Journal of European Social Policy*, 15 (1), 05-26.
 - van Vliet, K., Duyvendak, J. W., Boonstra, N., & Plemper, E. (2004). *Toekomstverkenning ten behoeve van een beroepstructuur in zorg en welzijn*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
 - VWS, (2003). *Langer gezond leven. Ook een kwestie van gezond gedrag*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
 - VWS, (2004). *Opvoed- en opgroeiondersteuning. De rol van de gemeente in het licht van de Wet op de Jeugdzorg*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
 - VWS, (2005). *Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
 - VWS, (2007). *Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
 - Zorg en Welzijn. (2007). *Nieuws. Professionals: 'Wmo leidt tot banenverlies en zorgverschraling'* 13 december 2007.

Colofon

Uitgave

Fontys Hogescholen

ISBN: 978-90-5355-013-7

Tekst

Lilian Linders, Ike Bouma, Jan Steyaert

Geïnterviewden

- Liesbeth van den Bos, (voormalig) projectleider Centrum Jeugd en Gezin Eindhoven
- Linda Brabers, Gemeente Eindhoven, projectleider Wmo
- Dineke Brouwers, Beleidsmedewerker jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar, Zuidzorg
- Jos Dankers, Platform Gehandicaptten Eindhoven
- Nicole ten Dijk, Gemeente Eindhoven
- Rick van der Meer, Plaatsvervangend griffier van de gemeente Eindhoven
- Bert Prinsen, Nederlands Jeugdinstituut (NJI)
- Mirjam Schrover, beleidsmedewerker Provinciaal Bureau Jeugdzorg Noord-Brabant
- Marianne Snoeijts, Platform Gehandicaptten Eindhoven
- Silvia Tempelman, stafmedewerker Lumens groep
- Hanny Versluis, o.a. procesmanager Pedagogische pijler SPIL, Lumens groep
- Martien van de Wielen, Lid Stichting OVO en Seniorenadviescommissie
- Elsbeth Wiersma, Projectleider ouderenwerk bij Lumens Groep

Vormgeving:


Fontys Hogescholen, afdeling Grafische Producties

Druk:

Jansen Drukkerijen BV

© 2008

Alles uit deze uitgave mag, mits bronvermelding, worden vermenigvuldigd en openbaar gemaakt. Een digitale versie van deze uitgave is gratis te downloaden via onder meer www.fontys.nl/publicaties.



Sinds enige jaren gaan veel van de discussies en gesprekken in de sociale sector over de nieuwe wet op maatschappelijke ondersteuning, de Wmo. Die vervangt onder meer de Welzijnswet en de Wet Voorzieningen Gehandicapten. Het is goed dat substantiële delen van beleid af en toe groot onderhoud krijgen, gelet op het gecombineerde effect van een zich steeds ontwikkelende maatschappij, voortschrijdend inzicht in welk beleid effectief is en verschuivende voorkeuren in de samenleving. Nieuw beleid brengt ook onzekerheid en onwennigheid met zich mee. Het vraagt verandering en aanpassing. Niet altijd is bij de goedkeuring van nieuw beleid meteen duidelijk hoe de uitvoering gaat verlopen, hoe één en ander er bij de implementatie van het beleid uit gaat zien. Over de invoering van de Wmo is al veel gezegd en geschreven. In deze publicatie trachten we de consequenties van de Wmo in beeld te brengen vanuit het perspectief van de professionals uit de sociale sector. Welke sociale interventies moeten ze uit hun gereedschapsbak verwijderen, welke nieuwe instrumenten komen erbij, welke nieuwe kwaliteiten moet de professional in huis hebben?