

Gewoon welzijn!

De brug tussen wonen en zorg



Onderzoek naar de mogelijke bijdrage van de Leidse Welzijnsorganisatie aan de (re)integratie van zorgbehoevende burgers in de wijk

Door:
Jeanette Luiten-van Santen
Aukje Gardien-Kooks
Hedwig Westerveld,

Haagse Hogeschool,
Juni 2004

Projectbegeleider HHS: D.A. Lammers
Projectbegeleider LWO: J. Witteman

Trefwoorden: vermaatschappelijking van zorg, extramuralisering, welzijn,

© 2004, projectgroep LWO, Den Haag

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door druk, fotokopie of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van de auteurs

Give us the tools and we will finish the job
(Sir Winston Churchill)

INHOUD

	Blz.
Voorwoord	1
1. Inleiding	3
1.1. Probleemstelling	3
1.2. Doelstelling	4
1.3. Begripsbepaling	4
1.4. Onderzoeksopzet	5
1.5. Opbouw van het rapport	6
2. Politieke en sociale context	7
2.1. Maatschappelijke en politieke ontwikkelingen	7
2.1.1. De verzorgingsstaat	7
2.1.2. De burger als medeverantwoordelijke	8
2.1.3. AWBZ en WMO	8
2.1.4. Welzijn	9
2.1.5. Zorg en welzijn	10
2.1.6. Kanttekeningen bij vermaatschappelijking	11
2.2. De zorgbehoevende burger	12
2.2.1. Enkele cijfers	12
2.2.2. Hindernissen voor zorgbehoevende burgers in de maatschappij	13
2.3. De LWO als antwoord	15
2.3.1. Lokale hindernissen	16
2.4. Samenvatting en conclusie	18
3. Een landelijke verkenning	19
3.1. Werkwijzen	19
3.1.1. Opbouwwerk	19
3.1.2. Integraal werken	20
3.1.3. Vraaggestuurd werken	21
3.1.4. Outreachend werken	23
3.1.5. Empowerment	24
3.1.6. Casemanagement	25
3.1.7. Kwartiermaken	25
3.1.8. Activerend onderzoek	26
3.2. Praktijkvoorbeelden	27
3.2.1. Zoetermeers project Kwartiermaken	27
3.2.2. Vriendendienst/maatjesproject	29
3.2.3. Woonzorgzone, Wijksteunpunt en wijkzorgsteunpunt	30
3.2.4. Wijk zonder scheidslijnen	32
3.2.5. PGB voor welzijn	33
3.2.6. Buurtpanels voor leefbaarheid	34
3.2.7. Loket W	34
3.2.8. Regionale Beleidstafel Zorg	35
3.2.9. Heft in eigen hand	36
3.2.10. Behoefteteonderzoek in Olland	37
3.3. Samenvatting en conclusie	38
4. Plan van aanpak	39
4.1. De zorgbehoevende burger	39
4.1.1. Behoefteteonderzoek	40
4.1.2. Activerend huisbezoek	40

4.1.3.	Trainingen	41
4.1.4.	Vriendendienst	41
4.2.	De wijk	41
4.2.1.	Kwartier maken	41
4.2.2.	Werving van vrijwilligers	42
4.2.3.	Trainingen voor vrijwilligers en mantelzorgers	42
4.2.4.	Buurtpanels	42
4.3.	Andere instellingen	42
4.3.1.	Afstemmen	43
4.3.2.	Samenwerken	43
4.3.3.	Participeren in een wijksteunpunt	43
4.4.	De LWO	43
4.4.1.	Sociale kaart	44
4.4.2.	Subsidie	44
4.4.3.	Profileren	45
4.4.4.	Deskundigheidsbevordering	46
4.5.	Samenvatting	47
5.	Conclusies en concrete aanbevelingen	49
5.1.	Beantwoording van onderzoeksvragen	49
5.2.	Concrete aanbevelingen uit plan van aanpak	49
5.2.1.	Aanbevelingen die aanpassingen vergen van de bestaande werkwijze van de LWO	50
5.2.2.	Aanbevelingen die uitbreiding vergen van de bestaande werkwijze van de LWO	50
5.2.3.	Aanbevelingen die nieuwe werkwijzen vergen binnen de LWO	50
5.3.	Slotconclusie	50
	Geraadpleegde bronnen	51
	Literatuur	51
	Internetsites	52
	Bezochte instellingen en personen	52
	Open brieven en artikelen	52
	Foto's	52

VOORWOORD

In opdracht van de Leidse Welzijnsorganisatie hebben wij, drie studenten Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan de Haagse Hogeschool, in het kader van een afstudeerproject, een onderzoek uitgevoerd voor de Leidse Welzijnsorganisatie. Wij zijn nagegaan hoe de Leidse Welzijnsorganisatie haar welzijnsvoorzieningen beter kan laten aansluiten bij wat nodig is voor de (re)integratie van de zorgbehoevende burger in de wijk.

Onze adviezen zijn tot stand gekomen op basis van een uitgebreide literatuurstudies, enquêtes en interviews met ervaringsdeskundigen.

Bij deze willen wij de mensen bedanken die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van dit project: onze projectbegeleiders Dick Lammers (HHS) en John Witteman (LWO). Daarnaast gaat onze dank uit naar de instellingen die hebben meegewerkt aan onze enquête: Portes (brede welzijnsorganisatie), Welzijnswerk Centrum Zuid, Stichting Trias, Alcides ZuiderAmstel, De Schoor, Welzijnswerk Almere en Mozaïek, organisatie voor welzijn, DWO (brede welzijnsorganisatie)

Woon- en Zorgcentrum 't Huis op de Waard (verzorgingshuis), Maatschappelijke Ondernemers Groep (brancheorganisatie voor welzijn, jeugdzorg en kinderopvang), Parnassia (Geestelijke GezondheidsZorginstelling) Dorestad (verpleeghuiszorg), RIBW Midden-Brabant (ambulante woonbegeleiding)

Ook willen wij René IJzendoorn, een bewoner uit de wijk Pancrat, Mary van Wetten, voorzitter van de cliëntenraad Leiden en omstreken Langdurende zorg, Nelleke Bom, (woon-) begeleidster voor verstandelijk gehandicapten bij het Project Ambulante Dienstverlening ('t PAD), Frits van Oosten, (directeur) en Ellen Tempelman, projectmedewerker bij zorgcentrum Rijn en Vliet, hartelijk danken voor hun medewerking.

Wij willen onze gezinnen bedanken voor de mogelijkheid die zij ons geboden hebben om een vierjarige studie te volgen. Zij wisten ons altijd weer op te beuren en te motiveren in momenten dat het tegenzat. Hun aanmoediging en steun hebben zeker tot dit eindresultaat bijgedragen.

Leiden, juni 2004

Jeanette Luiten-van Santen
Hedwig Westerveld,
Aukje Gardien-Kooks

1. INLEIDING

In augustus 2003 schreef het Leidsch Dagblad dat woningcorporatie Portaal Leiden en de GGZ-instelling de Rijngeestgroep een convenant hadden ondertekend. In dat convenant staat onder andere dat de woningcorporatie in de komende vier jaar jaarlijks 25 woningen in Leiden ter beschikking stelt aan patiënten van de Rijngeestgroep.

Zo'n bericht roept vragen op: waar komen die bewoners dan vandaan? Wat zijn dat voor mensen? Hoe zal de buurt hierop reageren? En hoe zal het hen bevalen in hun nieuwe huis en omgeving?

Bij navraag bleek dat het hier gaat om patiënten die intensieve zorg behoeven, maar niet meer binnen een instelling wonen. Zij gaan met begeleiding in een "gewoon huis, in een gewone wijk" wonen. De Rijngeestgroep schrijft in een verklaring hierover dat "zelfstandig wonen een geschikte manier is om mensen die aangewezen zijn op de geestelijke gezondheidszorg, terug te laten keren in de samenleving."

Bovenstaand berichtje is geen op zichzelf staand gegeven. Het past in de trend die je momenteel in verschillende zorgsectoren tegenkomt. Mensen met een lichamelijke, verstandelijke, of psychische handicap die niet meer in een internaat willen wonen, maar in een "gewone wijk". En ouderen met toenemende beperkingen door hun ouderdom, die in hun eigen huis willen blijven wonen en niet in een verzorgingstehuis. Maar ook jong-volwassenen met een beperking, die het ouderlijk huis willen verruilen voor een eigen huis of appartement in plaats van een intra- of semimurale voorziening. En meestal allemaal met lichte tot intensieve hulp uit de "zorgsector". Deze trend wordt vaak aangeduid met de term "vermaatschappelijking van zorg". Onder vermaatschappelijking van de zorg wordt verstaan het streven om de zorg zoveel mogelijk in de samenleving te laten plaatsvinden. Een belangrijk motief van vermaatschappelijking is de overtuiging dat mensen met een handicap, stoornis of beperking in eerste plaats burger zijn - en niet primair patiënt, bewoner of cliënt - en als zodanig aan de maatschappij deelnemen. Om vermaatschappelijking te doen slagen, is het noodzakelijk dat deze burgers niet in instellingen buiten de samenleving wonen, maar tussen de andere bewoners van Nederland¹.

Enerzijds is deze trend gevolg van individuele wensen van burgers met een beperking. Anderzijds is het een trend die wordt opgelegd door de Overheid omdat "de zorg" onbetaalbaar dreigt te worden als er niet wordt ingegrepen. Die hoge kosten zijn voor de Overheid reden geweest om het zorgstelsel te herzien. De AWBZ² moest financieel haalbaar blijven en werd vernieuwd. In de toekomst kan men hier alleen nog aanspraak op maken bij langdurige intensieve zorg. Voor de kortdurende en minder intensieve hulp moest een andere oplossing worden gevonden. In 2003 is daarom begonnen met het bedenken van een nieuwe wet, waarvan momenteel de contouren door de Kamer zijn vastgesteld. Deze wet, die waarschijnlijk WMO³ gaat heten, gaat ervan uit dat mensen zelf verantwoordelijk zijn voor het voorzien in hun behoeften op het gebied van wonen, zorg en welzijn. Pas als burgers dat op eigen kracht niet kunnen zijn de gemeenten verantwoordelijk voor het organiseren van ondersteuning.

1.1. Probleemstelling

Ook voor de Gemeente Leiden betekent vermaatschappelijking dus dat er steeds meer mensen die op de een of andere manier zorgbehoevend zijn in "gewone wijken" komen wonen. Allemaal mensen die, net als de andere burgers, deel (gaan) nemen aan en graag willen worden opgenomen in de samenleving. Met andere woorden: maatschappelijke participatie of integratie. Deze termen brengen ons bij de visie van de LWO. De LWO ziet het immers als haar missie om "participatie en sociale samenhang in Leiden en omgeving te bevorderen".

¹ RMO, 2001

² Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

³ Wet Maatschappelijke Ondersteuning

Bovendien streeft de LWO “naar een samenleving waarin iedereen meetelt en niemand buiten de boot valt”. Dus ook deze “nieuwe” groep van zorgbehoevende burgers, bij wie die participatie en integratie vaak helemaal niet zo vanzelf gaan. Bijvoorbeeld omdat zij zich in de buurt niet welkom voelen, of omdat zij de weg niet weten naar voorzieningen. Door de combinatie van deze problemen en het hebben van een zorgvraag, zijn dit vaak kwetsbare burgers. En die “kwetsbare groepen en individuen hebben”, zo stelt de LWO, “onze speciale aandacht”.

De LWO ziet het dus als haar taak “iets” met of voor deze nieuwe groep burgers te doen. Maar wat, en hoe? En hoe moet de LWO zich organiseren zodat zij deze taak kan uitvoeren? Zijn daar misschien interne aanpassingen voor nodig?

Op deze vragen wil de LWO graag een antwoord. Daarom heeft zij aan ons als projectgroep de opdracht gegeven om nader onderzoek te doen, waarbij de volgende probleemstelling werd geformuleerd:

Hoe kan de Leidse Welzijns Organisatie bijdragen aan de (re)integratie van zorgbehoevende burgers in de wijk?

Om deze probleemstelling te kunnen beantwoorden hebben we twee onderzoeksvragen geformuleerd die in dit rapport worden beantwoord:

- Op welke wijze kan de LWO bijdragen aan de (re)integratie van zorgbehoevende burgers in de wijk?
- Met welke middelen kan de LWO bijdragen aan de (re)integratie van zorgbehoevende burgers in de wijk?

1.2. Doelstelling

De doelstelling van het onderzoek/project is tweeledig. Het bestaat enerzijds uit een kenniscomponent die als doel heeft om vanuit het perspectief van de LWO inzicht te krijgen in hoe de (re)integratie kan worden bevorderd. Anderzijds bestaat het uit een handelingscomponent die als doel heeft aanbevelingen te doen die voor de LWO bruikbaar zijn om beleid te kunnen maken.

1.3. Begripsbepaling

Op dit punt aangekomen willen we de horloges gelijk zetten: als we in dit rapport schrijven over “integratie” willen we dat de lezer weet waar we het over hebben. En als we het hebben over “de wijk” moet de lezer weten hoe groot die volgens ons is. Daarom willen we in deze paragraaf enkele begrippen definiëren. Natuurlijk zijn de meeste begrippen voor meerdere uitleg vatbaar, maar hierna weet de lezer wat wij er onder verstaan.

LWO

Leidse Welzijns Organisatie; een brede welzijnsinstelling die werkzaam is in de regio Leiden en omgeving.

Integratie

Wolters’ woordenboek omschrijft het begrip als volgt: “het maken, groeien of opnemen in een groter geheel”. Een andere definitie die we vonden is “de mate waarin een individu of groep in een groter geheel van de maatschappij is opgenomen.”⁴

Deze laatste omschrijving geeft aan dat integratie te meten is. Maar dat kan alleen als de beleving van de persoon daarbij maatstaf is.



⁴ Herwaardering van welzijnsbeleid, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 1982

De een heeft nu eenmaal meer de behoefte ergens bij te horen of opgenomen te worden dan de ander, dit geldt dus ook voor mensen met een beperking. Voorwaarde⁵ voor integratie is het eerst doorlopen hebben van acceptatie en kwalificatie. Hierna komt dan integratie die, als het goed is, vanzelf overgaat in participatie.

Om te integreren moet er dus eerst gewerkt worden aan de acceptatie van de beperking door de persoon zelf, maar ook door zijn omgeving. Dan moet de beperking en daarmee ook de persoon in kwestie op zijn waarde worden geschat (kwalificatie), weer door zichzelf en door zijn omgeving.

Er zitten dus twee bewegingen in deze term. De persoon bepaalt zelf tot hoever hij opgenomen wil worden. En de maatschappij, zijn omgeving, moet daar actief aan meedoen. Vandaar dat we in onze definitie het woordje “in” vervangen door het woordje “door”: “de mate waarin een persoon zich opgenomen voelt door zijn omgeving”.

Reïntegratie

Bij reïntegratie kan hetzelfde worden gesteld als bij integratie. Het verschil zit hem in het feit dat de persoon terugkeert vanuit een intra- of semimurale setting naar de wijk. Omdat vermaatschappelijking van zorg deze beweging omvat, alsook het langer in de wijk blijven wonen met hulp, schrijven we steeds (re)integratie.

Zorgbehoevende burgers

Als we over zorgbehoevende burgers schrijven maken we daarmee bewust een onderscheid met zorgvragende burgers. Deze laatsten zijn mondige burgers die zelf de weg weten te vinden naar zorg, en waarschijnlijk ook naar andere vormen van hulp- en dienstverlening. De groep waarbij dat minder vanzelfsprekend gaat willen we hier echter ook benoemen, vandaar de term “behoevend”. We laten daarmee in het midden of de persoon zorg krijgt of (nog) niet, en of hij nu zelf vindt dat hij zorg nodig heeft, of zijn omgeving.

De wijk

De wijk zien wij hier niet alleen als een begrenst gebied zoals gemeenten die hanteren. Maar de wijk is de woonomgeving waar een burger in het dagelijks leven mee te maken heeft. Voor de een zijn dat de naaste burens, voor de ander hoort daar een veel groter deel van Leiden bij. We hebben het hier dus niet over de werkomgeving of de zorg waarmee de persoon te maken kan hebben.

Op welke wijze

Hiermee bedoelen we algemene manieren van hoe het mogelijk zou zijn. We gaan hier op zoek naar hoofdlijnen, denkrichtingen en methodieken. Hierbij baseren we ons op wat er in de literatuur voorhanden is en op voorbeelden elders in Nederland.

Met welke middelen

Onder middelen verstaan we de meer concrete zaken die nodig zijn voor het LWO om antwoord te kunnen geven op de vraag. Hierbij denken we aan voorwaarden als materiaal, personeel, financiën e.d., de zgn. GOTIKA(F) aspecten.⁶

1.4. Onderzoeksopzet

Middels een verkennend onderzoek geven we antwoord op de deelvragen zoals in paragraaf 1.1. verwoord. Dit onderzoek doen we op verschillende manieren.

Onze eerste opzet was om ervaringen van welzijnsinstellingen als belangrijkste informatiebron te gebruiken. Hiervoor hebben we een gestructureerde vragenlijst naar een aantal instellingen gestuurd. Naar aanleiding van de reacties hierop concluderen wij dat de meeste instellingen bekend zijn met het begrip vermaatschappelijking van de zorg. 80% van de respondenten levert zelf een bijdrage aan deze extramuralisering.

⁵ Lange en Linneman, 1998, Sociale participatie

⁶ Migchelbrink, 1996/2002, Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn

De totale respons op deze vragenlijst was 59%. Echter slechts een derde van de gevraagde respondenten heeft ook daadwerkelijk de gehele vragenlijst ingevuld. De opbrengst van de vragenlijst was daarom niet voldoende om als belangrijkste bron te gebruiken. Er waren ook respondenten die de vragenlijst niet of niet volledig hadden ingevuld, maar ons toch op andere manieren hielpen aan informatie. Deze informatie hebben we gevoegd bij het literatuuronderzoek dat we naast de vragenlijst hebben uitgevoerd. Het literatuuronderzoek is daarmee onze belangrijkste bron.

Zowel bij de beantwoording van de vragenlijst als bij ons literatuuronderzoek valt op dat ons onderwerp veel belangstelling heeft vanuit de “zorgkant”. Maar vanuit de kant van welzijn is weinig literatuur, en zijn er nog maar weinig ervaringen met het onderwerp te melden. Het NIZW⁷ heeft dit ook geconstateerd en heeft daarom een kennisnetwerk⁸ gemaakt met informatie over dit onderwerp. Ook daar hebben we gebruik van gemaakt.

Verder hebben we een drietal interviews gehouden met ervaringsdeskundigen, mensen uit deze nieuwe groep burgers.

Onze bedoeling was om ook een interview te houden met iemand van de Gemeente Leiden over haar visie op welzijn en over de ideeën die daar leven met betrekking tot de nieuwe wet (WMO). Helaas is een gesprek met een direct betrokkene niet gelukt. De Gemeente Leiden reageerde via e-mail: “Op dit moment is de Gemeente zich aan het beraden over wat de gevolgen kunnen zijn van de invoering van de Wet Maatschappelijke Zorg (Ondersteuning). Hierover dient nog gecommuniceerd te worden met de instellingen en er dient ook nog politieke besluitvorming plaats te vinden. Dit proces is nog niet afgerond en wij vinden het niet wenselijk om op de uitkomsten hiervan vooruit te lopen”. De Gemeente heeft in de (concept) nota Wonen, Zorg en Welzijn haar visie gegeven op de nieuwe ontwikkelingen, maar deze nota is nog niet behandeld door het college van B&W. We hebben het wel toegezonden gekregen en gebruikt bij ons onderzoek.

1.5. Opbouw van het rapport

Dit rapport is onderverdeeld in enkele hoofdstukken. In het eerste hoofdstuk geven we een korte omschrijving van de ontwikkelingen die hebben geleid tot de vraag die de LWO zichzelf stelt, waaruit de probleemstelling is geformuleerd. Verder geven we in 1.2 de doelstelling aan, in 1.3. geven we een definitie van een aantal begrippen. In paragraaf 1.4 zetten we onze onderzoeksopzet uiteen.

In hoofdstuk 2 wordt de politieke en sociale context beschreven die voor de LWO geleid hebben tot de probleemstelling. Met daarin trends en maatschappelijke ontwikkelingen en de problemen die burgers daardoor ervaren. En vervolgens hoe dit het probleem van de LWO is geworden.

Hoofdstuk 3 is een verkenning van initiatieven op het gebied van wonen, zorg, en welzijn. Deze initiatieven tonen aan dat er verschillende werkwijzen zijn die bij kunnen dragen aan de (re)integratie van zorgbehoevende burgers in de wijk.

Hoofdstuk 4 omvat in een plan van aanpak een aantal concrete adviezen aan de LWO die een antwoord zijn op de vraag die de LWO zichzelf stelt.

In hoofdstuk 5 wordt kort nagegaan of de hoofdvraag en de deelvragen zijn beantwoord. Verder bevat het hoofdstuk de conclusie van het onderzoek en concrete aanbevelingen.

⁷ Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn

⁸ www.X-S2.nl

2. POLITIEKE EN SOCIALE CONTEXT

In hoofdstuk 1 hebben we in het kort aangegeven welke ontwikkelingen hebben geleid tot de vraag die de LWO zichzelf stelt. In hoofdstuk 2.1. willen we op macroniveau die landelijke ontwikkelingen nader bekijken om inzicht te krijgen in hoe de maatschappij veranderd is en wat daar de gevolgen van zijn. Verder willen we in hoofdstuk 2.2. op microniveau laten zien over welke burgers we het nu eigenlijk hebben, en wat de problemen zijn die zij in het dagelijks leven tegen kunnen komen bij de wens om te integreren. Daarna maken we op mesoniveau in hoofdstuk 2.3. duidelijk dat de LWO de aangewezen organisatie is om aan het werk te gaan met die problemen, maar daarbij zelf ook tegen een aantal hindernissen aanloopt.

2.1. Maatschappelijke en politieke ontwikkelingen

2.1.1. De verzorgingsstaat

Het begin van de ontwikkeling van de moderne verzorgingsstaat is te situeren in de tweede helft van de negentiende eeuw, wanneer de eerste sociale wetten worden aangenomen en de Overheidsbemoeienis op het gebied van onderwijs en gezondheidszorg groter wordt. Na de Tweede Wereldoorlog zijn er zoveel sociale wetten ingevoerd en is de zorg zo veelomvattend, dat men in Nederland kan spreken van een verzorgingsstaat.

Die verzorgingsstaat kenmerkt zich door “een stelsel waarin de Overheid zich garant stelt voor noodzakelijk geachte materiële en immateriële voorzieningen voor alle burgers”⁹.

Voordat het stelsel van sociale zekerheid van kracht werd waren mensen in geval van armoede aangewezen op elkaar, particuliere liefdadigheid of lokale overheden. Na de Tweede Wereldoorlog bleef liefdadigheid nog enige tijd voortbestaan en werd ter bevordering van het welzijn, naast ‘de zorg’, ook het maatschappelijk werk in toenemende mate ingevoerd. Het maatschappelijk werk had tot taak de maatschappelijke integratie van verschillende groepen (zoals ‘onmaatschappelijke’ gezinnen) te bevorderen. In de jaren ‘60 van de vorige eeuw raakte het integratie-ideaal op de achtergrond en werd er in het maatschappelijk werk meer gestreefd naar emancipatie van achtergestelde en ‘kansarme’ groepen, democratisering en welzijn-voor-iedereen.

Voor de jaren zestig waren maatschappelijk werkinstellingen gekoppeld aan gezinszorg en kruiswerk. Vanaf eind jaren zestig vonden er allerlei fusies plaats tussen levensbeschouwelijke instellingen. Sinds in 1989 met de Welzijnswet de financiering overging van het Rijk naar de gemeenten, vonden in het hele land fusies ‘breed welzijn’ plaats. De betekenis van de term maatschappelijk werk is met deze ontwikkeling gewijzigd. De term combineerde voorheen het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW), gezinszorg en kruiswerk, daarna verzamelde deze combiterm AMW met één of meer andere sociaal-agogische werksoorten.

De verzorgingsstaat kreeg een belangrijk nadeel. In de jaren ‘70 en ‘80 raakte de Overheid financieel en organisatorisch overbelast door de groei van de dienstverlenende instellingen en een steeds royaler gebruik daarvan door cliënten. Aan het eind van de twintigste eeuw rezen de kosten dan ook de pan uit.

Een van de oorzaken kan gezocht worden in het gegeven dat door die verzorgingsstaat er steeds meer mensen afhankelijk werden (gemaakt) van zorg en hulp¹⁰, in plaats van dat zij met die hulp zelfstandiger werden. Bovendien kregen de burgers een steeds hogere verwachting ten aanzien van de Overheidsbemoeienis en gingen zich in toenemende mate calculerend gedragen.

⁹ Wilterdink en Van Heerikhuizen, Samenlevingen

¹⁰ Achterhuis, 1980

Door de vanzelfsprekendheid waarmee gebruik werd gemaakt van de zorg- en welzijnsvoorzieningen én door de toenemende vergrijzing van de bevolking dreigt de verzorgingsstaat nu onbetaalbaar te worden.

Deze vraagtekens bij de doelmatigheid en de betaalbaarheid van de verzorgingsstaat hebben recentelijk geleid tot ingrijpende financiële, organisatorische en bestuurlijke veranderingen. Hierbij kunnen we dan denken aan extramuralisering, vermaatschappelijking van de zorg, de modernisering van de AWBZ en de aanzet tot de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning.

2.1.2. De burger als eerstverantwoordelijke

De beleidsmatige hoofdlijn van de Overheid bij eerdergenoemde veranderingen is dat mensen in eerste instantie zelf verantwoordelijk zijn voor het voorzien in hun behoefte aan wonen, zorg en welzijn. In tweede instantie wordt de lokale Overheid verantwoordelijk gesteld voor het organiseren van vangnetconstructies voor de mensen die dat op eigen kracht niet redden. Pas in derde instantie acht de Rijksoverheid zich verantwoordelijk, bijvoorbeeld voor mensen die langdurig intensieve zorg nodig hebben.¹¹ Daarmee maakt de Overheid de burger dus mede-eigenaar van het probleem.

Door de burger aan te spreken op zijn eigen verantwoordelijkheid dringt de Overheid aan op een terughoudend gebruik van Overheidsvoorzieningen, en daarmee “de zorg”. Een tiental jaren geleden is daarbij de discussie gevoerd over de “zorgzame samenleving”. Daarmee werd bedoeld dat burgers voor zorg meer zouden terugvallen op burens, familie en vrienden.



Mensen met een nieuwe zorgvraag worden nu geacht deze, als het ook maar enigszins kan, beantwoord te krijgen in de eigen omgeving. En mensen die al binnen de muren van een voorziening wonen worden uitgenodigd uit te kijken naar een kleinschaliger voorziening of naar een zelfstandiger woonvorm in “de wijk” (extramuralisering), met de noodzakelijke zorg.

En of dit nu gewenst is of gedwongen, in beide gevallen spreken we van ‘vermaatschappelijking van zorg’.

Zo beschreven lijkt vermaatschappelijking op een gegeven. Maar eigenlijk is het ook deel van een werkwoord.

Als organisaties “ bezig zijn met vermaatschappelijking van zorg” dan betekent dat dat zij erop gericht zijn om mensen die langdurig zorgafhankelijk (zullen) zijn, volwaardig in de samenleving te laten participeren. Mensen met een beperking of handicap moeten daarbij in staat worden gesteld zelfstandig te wonen, te werken en/of te

leren en hun vrije tijd naar eigen inzicht te besteden¹².

Deze trend zet momenteel nog steeds door. De Overheid gaat dus uit van een “scherpe verantwoordelijkheidsverdeling tussen burger en Overheid. (...) Zo wordt Overheidsgeld doelmatig besteed en de cliënt vaart er wel bij.”¹³

2.1.3. AWBZ en WMO

Een ander belangrijk nadeel van de ‘oude’ AWBZ was dat de gecentraliseerde aanbodsturing onvoldoende tegemoet kwam aan de vraag van patiënten en cliënten.

¹¹ Contouren van de WMO

¹² NIZW, 2002, Welzijn versterkt zorg

¹³ Schuringa, Leida, 2004, Gemeenten en maatschappelijke zorg, een nieuwe combinatie

Bovendien bood hij te weinig ruimte en onvoldoende prikkels aan de zorgpartijen om kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorg te bieden. Om te komen tot een 'houdbare' AWBZ heeft de Overheid in april 2003 een begin gemaakt met de invoering van de herziene, gemoderniseerde vorm:

- De AWBZ-aanspraken zijn geformuleerd in de zeven functies behandeling, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en verblijf. Deze functies zijn zo gesteld dat ze in alle drie de zorgsectoren (verpleging & verzorging, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg (GGZ)) te gebruiken zijn. Hierdoor ontstaan meer keuzemogelijkheden, grotere vrijheid en meer zeggenschap voor patiënten en cliënten.
- De wettelijke grondslag voor het vastleggen van gemeentelijke verantwoordelijkheid en bevoegdheden voor bijzondere maatschappelijke ondersteuning wordt de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). De contouren van deze nieuwe wet zijn in het voorjaar van 2004 vastgesteld, de invoering wordt in 2006 verwacht.
- De op genezing gerichte zorg gaat in 2006 van de AWBZ naar de basisverzekering voor ziektekosten. De niet medische zaken voor mensen thuis gaan van de AWBZ naar het private domein, oftewel mensen moeten het zelf regelen. De vangnetvoorziening voor mensen die hier niet toe in staat zijn wordt op lokaal niveau geregeld. Ook hiervoor is de WMO de wettelijke grondslag.

Uiteindelijk is het de bedoeling dat men, net als bij de begindoelstelling van deze wet in 1968, alleen nog maar een beroep op de AWBZ kan doen bij intensieve, langdurige (langer dan een jaar) zorg. Alle zaken die niet direct met zorgverlening te maken hebben -de welzijnsgerelateerde diensten- moeten uit de AWBZ en overgeheveld worden naar de lokale overheden. Gemeenten moeten ervoor zorgen dat ze collectieve vangnetvoorzieningen hebben, gericht op wonen, zorg en welzijn. Voor gemeenten dus geheel nieuwe taakvelden.

En samen met de nieuwe wet- en regelgeving eist de Overheid dat zorg- en welzijnsinstellingen vraaggestuurd werken: niet het aanbod maar de vraag van de cliënt moet centraal staan. Met de invoering van de nieuwe WMO zal de zorgbehoevende bewoner zelf een keuze kunnen maken bij welke instelling hij zijn (welzijns)vraag gaat neerleggen.

Dat met de decentralisatie van de AWBZ-taken flink bezuinigd kan worden op de zorg staat vast. Het is echter de vraag of het niveau van de voorzieningen gehandhaafd kan blijven. Met name kleine gemeenten zullen moeite hebben om een lokaal ondersteuningsbeleid uit te voeren. "De welzijnsfunctie van de gemeenten is als het ware de smeerolie voor het woon/zorgbeleid maar wordt belemmerd door financieringstekorten, omdat de algemene uitkering uit het gemeentefonds geen gelijke tred heeft gehouden met de feitelijke uitbreiding van de gemeentetaken"¹⁴.

2.1.4. Welzijn

Als kenmerken voor een menswaardig bestaan ziet Brede Kristensen¹⁵ een leven boven de armoedegrens, met tenminste een minimum aan werk en mogelijkheden tot participatie in de maatschappij. Zo kunnen mensen ervaren dat zij iets voor anderen betekenen, dat zij iets hebben bij te dragen en worden zij op hun beurt gerespecteerd. Als aan deze voorwaarden is voldaan ervaart een mens de "instemming met het eigen bestaan", met ander woorden: "welzijn"¹⁶. Het welzijnsbeleid in het algemeen richt zich op het bevorderen van participatie, gericht op het voorkomen of doorbreken van maatschappelijk isolement, het voorkomen en bestrijden van achterstanden op het gebied van wonen, scholing, werk en inkomen en het ondersteunen van mensen bij het nemen van hun verantwoordelijkheid met betrekking tot hun woon- en leefomgeving.

¹⁴ Rekenkamer, 2003

¹⁵ Brede Kristensen, 1992/2001, Welzijn in patronen

¹⁶ Jolles, H. en J. Stalpers, 1981, Welzijnsbeleid en sociale wetenschappen,

Het welzijnswerk heeft dus te maken met de sociaal-agogische problematiek en de woon- en leefomstandigheden van burgers. Welzijnswerk wordt in opdracht van gemeenten uitgevoerd door de diverse instellingen voor maatschappelijke dienstverlening en welzijnswerk.

De brede integrale welzijnsinstellingen hebben zich de afgelopen decennia steeds verder gespecialiseerd. "Vanaf eind jaren negentig fuseert AMW met AMW, en vrijwel niet meer met welzijnswerk. In slechts een minderheid van de welzijnsinstellingen heeft men voor de integrale sociaalagogische benadering gekozen, dus inclusief de Cultureel Maatschappelijke Vorming-disciplines, (Maatschappelijk Werk en Dienstverlening) en CMV-disciplines kunnen veel meer samenwerken dan nu veelal gebeurt. De psychosociale, juridische, financiële, en sociale deskundigheden vormen een vloeiend continuüm. Ze komen elkaar tegen in dezelfde hulpverlening aan dezelfde klanten, of zouden dat moeten"¹⁷.

Als je welzijnswerk breed definieert als Social Work, zoals men in de VS doet en tegenwoordig ook op de Hogescholen, dan is welzijnswerk de verzamelnaam voor alle vormen van lokaal maatschappelijk en sociaal agogisch werk.

Een belangrijk onderdeel van het welzijnswerk is het stimuleren van de zelfredzaamheid en het bevorderen van het zelforganiserend vermogen van de burgers.

Tegelijk met de verschuiving van verantwoordelijkheden is de politieke aandacht voor burgerinitiatieven de laatste jaren toegenomen. Bij beleidsmakers leeft zelfs de overtuiging dat maatschappelijke problemen zich niet laten oplossen zonder inbreng van de samenleving zelf. Deelname aan de samenleving van *alle* burgers is volgens het kabinet Balkenende II een gedeelde verantwoordelijkheid van de individuele burger, de Overheid en de burgerlijke samenleving oftewel civil society. Op dit moment ligt er naar de mening van het kabinet een te groot deel van deze verantwoordelijkheid bij de Overheid. "Het is de stellige overtuiging van het kabinet dat voor een aanzienlijk deel van de problemen waarvoor automatisch een beroep wordt gedaan op de Overheid, een betere, snellere en vaak goedkopere oplossing gevonden kan worden bij de informele en formele verbanden van de civil society" (uit de contouren van de WMO).

Civil society

Civil society staat voor de activiteiten waar burgers zichzelf organiseren om maatschappelijke doelen te bereiken. Achter het begrip civil society, ook wel het maatschappelijk middenveld genoemd, gaat een wereld van vrijwilligers, politieke activisten en maatschappelijke organisaties schuil. "Sociaal kapitaal" geldt als het belangrijkste product van civil society. Dit kapitaal verwijst naar "de mate waarin burgers in staat zijn hulpbronnen aan te boren."¹⁸

In de contouren van de WMO staat te lezen dat volgens het kabinet de gemeente de taak heeft algemeen beleid te voeren dat gericht is op de totstandkoming van relaties en sociale verbanden tussen burgers, die weer gericht zijn op onderlinge steun en onderling hulpbetoon.

2.1.5. Zorg en welzijn

In het voorgaande hebben we gezien dat de Overheid zich steeds verder terugtrekt, onder andere wat betreft de zorg. Burgers worden in eerste instantie aangesproken op hun eigen verantwoordelijkheid en hun eigen netwerk aan familie, vrienden en bureaus. Maar lang niet altijd is dat mogelijk. Mensen met een klein netwerk aan persoonlijke contacten kunnen dan niet altijd de zorg ontvangen die zij nodig hebben. Deze mensen met zorgvraag zullen dus aangewezen zijn op de professionele hulpverlening. Deze combinatie van civil society met professionele hulp vanuit de zorgsector, noemt men ook wel community care.

¹⁷ Haas Vangnet, Leon de, oktober 2003, MO-groep

¹⁸ Comter e.a., 2000, De cementen van de samenleving

Community care

Community care, kortweg zorg in de samenleving door de samenleving, is een instrument voor het realiseren van kwaliteit van leven van mensen met een beperking¹⁹. Het is een benadering waarin voorop staat dat iemand altijd burger is en soms ook cliënt of patiënt. Als burger neemt ook iemand met beperkingen naar eigen vermogen deel aan de samenleving.

Community care als beleids optie is bovenal een Britse uitvinding. De beleidsnota die bepalend was voor de organisatie van de zorg in Groot-Brittannië is 'Caring for people; community care in the Next Decade and Beyond' uit 1989. In deze beleidsnota wordt het bevorderen van de ontwikkeling van de onafhankelijke sector (oftewel civil society) naast de Overheidsvoorzieningen als een van de belangrijkste methoden om community care te realiseren voorgesteld. Inmiddels is ook in Nederland community care oftewel vermaatschappelijking van de zorg als beleid ingevoerd. Met de keuze voor community care heeft de Overheid een ingrijpende beslissing genomen. Het betekent verschuiving van *zorg binnen de instelling* naar *zorg binnen de community*.



In de praktijk blijkt dat deze beleidskeuze vooralsnog vertaald is naar zorg *door de instelling* in de community. Als de zorginstelling community care biedt, betekent dit dat wonen, werken, dagbesteding en vrije tijd door de instelling zelf wordt geleverd. Niet langer in een groot instituut, maar in woningen, verspreid over de regio, waarin mensen in kleine groepjes leven. Er lijkt nergens sprake te zijn van het initiatief tot community care bij een andere actor dan de zorginstelling²⁰. Vooral de instellingen in de geestelijke gezondheidszorg tonen zich terughoudend in het overdragen van taken aan instanties zoals het algemeen maatschappelijk werk en andere welzijnsinstellingen, de GGD, de woningcorporaties, e.d. Deze terughoudendheid is ingegeven door het veronderstelde gebrek aan deskundigheid bij genoemde instellingen om bijvoorbeeld psychiatrische patiënten op adequate wijze te begeleiden. Door community care als een vorm van instellingen zorg te leveren, dreigen cruciale elementen te verdwijnen, zoals de samenleving betrekken bij de zorg en medeverantwoordelijk maken, en de zorgontvanger stimuleren te participeren in de samenleving.

2.1.6. Kanttekeningen bij vermaatschappelijking

Vermaatschappelijking van zorg, en de daarbij behorende integratie, gaan niet altijd vanzelf. Soms is dit voor mensen zelfs reden om toch naar een plaatsje in een instelling uit te kijken. Onderstaand beschrijven we hiervan een aantal redenen.

Voorzieningen gericht op doelgroepen

Niet alleen in de psychiatrie, maar voor mensen met een beperking in het algemeen, worden vaak telkens opnieuw afzonderlijke zaken geregeld: aangepast vervoer, speciaal onderwijs, beschermde werkplekken etc. Dit staat een goede integratie van zorgbehoevende burgers in de weg. Om die integratie in de maatschappij te bevorderen dringt de Overheid in de toekomstige nieuwe wet WMO daarom aan op inkluderend beleid. Volgens de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling²¹ heeft inkluderend beleid "als uitgangspunt dat alle burgers, ook mensen met beperkingen en problemen, aan de samenleving kunnen deelnemen". Dit betekent dus dat mensen met een handicap gebruik moeten kunnen maken van voorzieningen die ook voor andere mensen bestemd zijn.

¹⁹ Plemper en Van Vliet, 2002, Achtergrondstudie bij het advies 'de handicap van de samenleving'

²⁰ zie o.a. A.Westerlaken, s'Heerenloo Zorggroep, mei 2002

²¹ Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling, 2002, De handicap van de samenleving

Maar het betekent ook dat voorzieningen en hun medewerkers niet meer zo in “doelgroepen” moeten denken. Een voorziening die bijvoorbeeld een warme maaltijdservice voor ouderen heeft, kan die maaltijden natuurlijk ook verzorgen voor mensen met een verstandelijke handicap.

Gebrek aan samenhang in zorg en welzijn

Een ander probleem bij de vermaatschappelijking heeft zich twee jaar geleden in de psychiatrie voorgedaan toen duidelijk werd dat “zorg buiten de instelling” steeds vaker inhield dat er helemaal geen zorg meer werd geboden. De minister van VWS erkende de problemen en stelde in oktober 2000 de Taskforce vermaatschappelijking in. De kern van het advies van deze Taskforce is dat bij een goede maatschappelijke integratie van psychiatrisch gehandicapten op lokaal niveau een samenhangend pakket van zorg en welzijn aanwezig moet zijn, een zogeheten maatschappelijk steunsysteem²². De verantwoordelijkheid voor (onderdelen van) dit steunsysteem ligt bij de diverse partijen zoals de geestelijke gezondheidszorg, zorgkantoren, sociale diensten, woningcorporaties, maatschappelijke, zorg- en welzijnsvoorzieningen. Het beleid is gericht op het vergroten van de mogelijkheden van mensen met beperkingen om sociaal en maatschappelijk te kunnen participeren. Dit beleid komt op lokaal niveau onder de bestuurlijke verantwoordelijkheid van de gemeente tot invulling. Nog een nieuwe taak dus voor de gemeenten waar zij nog niet op berekend zijn.

Lacune in de financiering van zorg en welzijn

Maar het grootste probleem van de vermaatschappelijking van de zorg is de lacune in de financiering van zorg en welzijn. De hulp en zorg die vanuit de zorgsector gegeven worden, worden nu nog uit de AWBZ betaald. Maar juist daarvan zegt de Overheid dat daar minder een beroep op mag worden gedaan. Dit betekent dat verschillende welzijnsdiensten die de zorgbehoevende burgers nodig hebben om een zelfstandig bestaan te kunnen opbouwen, uit het AWBZ-pakket zullen gaan.

“Vermaatschappelijking van de zorg veronderstelt maatschappelijke participatie. In de praktijk blijkt echter dat ouderen, gehandicapten en mensen met psychiatrische problematiek dreigen te vereenzamen²³. Welzijnsactiviteiten die het leven de moeite waard maken, zoals ontspanningsmogelijkheden, educatie, sociale contacten en dagbesteding worden door de zorgaanbieder afgestoten en niet overgeheveld naar welzijnsorganisaties.

Ondanks de huidige problemen is de vermaatschappelijking van de zorg het waard om uitgevoerd te worden. Het hoort bij een zorgzame samenleving die zich bekommert om al haar burgers. De huidige ontwikkelingen zijn in gang gezet op de meeste levensdomeinen. Wonen, werken, onderwijs en vervoer zijn gebieden waarop zichtbare resultaten zijn geboekt. De grootste knelpunten bevinden zich in de sfeer van sociale contacten en vrije tijd, de afstemming van de levensdomeinen en de coördinatie van het geheel.

2.2. De zorgbehoevende burger

In hoofdstuk 1 schreven we al over wie we het hebben als we over zorgbehoevende burgers schrijven, namelijk mensen, die een beroep op “de zorg” (zouden kunnen) doen, zoals die momenteel geïndiceerd kan worden voor één van de functies uit de AWBZ.

Globaal genomen zijn hier een aantal (doel)groepen te noemen, namelijk mensen met een psychiatrische, verstandelijke of lichamelijke handicap en ouderen, die vanwege die handicap of ouderdom, of door ziekte, een zorgvraag (kunnen) hebben.

2.2.1. Enkele cijfers

Binnen de LWO is weinig bekend over aantallen burgers die met vermaatschappelijking van zorg te maken (kunnen) krijgen. Ook bij de Gemeente Leiden is daar maar weinig over bekend.

²² zie ook Beek, Van de en Van Zuthem, 2003, Thuis in de samenleving

²³ Vitale stad, 2002

Omdat wij denken dat het hier om redelijk grote aantallen gaat, en omdat die de komende jaren, mede door de vergrijzing, zullen toenemen hebben wij gezocht naar landelijke aantallen²⁴. Voor Leiden, met een inwoneraantal van zo'n 120.000²⁵ komen we tot de volgende schattingen.

In Nederland wonen ongeveer 2,2 miljoen mensen van 65 jaar en ouder, dat is 13,6% van de bevolking. De komende jaren zal dat aantal behoorlijk toenemen. (De verwachting is dat dat percentage in 2030 opgelopen zal zijn tot 23% van de totale bevolking). Voor Leiden zou dat betekenen dat er nu ongeveer 13.200 ouderen wonen, en in 2030 zullen dat er 27.600 zijn. Het overgrote deel van het huidige aantal woont nog in hun eigen huis in hun eigen buurt, wat met de voortzetting van de vermaatschappelijking zeker zo zal blijven.

Dan wonen er in Nederland ongeveer 3,4 miljoen mensen met een matige of ernstige lichamelijke handicap. Na aftrek van de mensen die boven de 65 zijn (en anders dubbel zouden worden geteld) zijn dat er 1,5 miljoen. Voor Leiden betekent dat een aantal van 11.250. Hierbij moet worden aangetekend dat meer dan 60% van de groep boven de 65 jaar een lichamelijke handicap heeft.

Het aantal mensen met een verstandelijke handicap (met een IQ lager dan 70) onder de 65 jaar is landelijk 87.100. In Leiden zouden dat er dus bijna 700 zijn. Nu nog woont daar iets meer dan de helft van in een instelling, maar met de vermaatschappelijking zal dit aantal zeker ook afnemen.



De groep mensen onder de 65 jaar met een psychiatrische handicap in Nederland bestaat uit 72.000 mensen. Omgerekend naar Leiden zou dat betekenen dat daar dus bijna 550 mensen met een (ernstige) psychiatrische handicap (binnen of buiten de instelling) zouden wonen. Bijna eenderde daarvan is opgenomen in een instelling, maar ook hier geldt dat dat aantal de komende tijd zeker zal afnemen.

In totaal hebben we het in Leiden dus over een aantal van ruim 25.000 mensen die op de een of andere manier zorgbehoevend (kunnen) zijn. Op een inwonertal van 120.000 is dat dus 21% van de bevolking. Een percentage dat door vergrijzing alleen nog maar zal toenemen.

2.2.2. Hindernissen voor zorgbehoevende burgers in de maatschappij

Alle burgers, inclusief mensen met beperkingen, worden geacht als een volwaardig burger deel te kunnen nemen aan onze samenleving.

Deze mensen moeten, onder andere door de vermaatschappelijking van zorg, (weer) een onderdeel van die samenleving worden of blijven en (gaan) participeren in de activiteiten die zich in de wijk afspelen. Maar in de praktijk blijkt vaak dat er weinig wordt geïntegreerd in de buurt. "Er is dan weliswaar sprake van fysieke integratie, maar niet van sociale integratie"²⁶.

Die integratie gaat dus niet altijd vanzelf of even makkelijk. En bij mensen met een zorgvraag lijkt dat vaker het geval te zijn dan bij anderen. Juist vanwege die handicap of beperking.

Volgens een aantal wethouders van grote en middelgrote steden staat het zelfs vast dat er een verband is tussen de sterke toename van het aantal gestoorde daklozen en de vermaatschappelijking van de psychiatrie.

Er is een aantal redenen te noemen dat de integratie, en dus de vermaatschappelijking van zorg in de weg staat:

Versnipperd aanbod

Bij de indeling van de (doel)groepen zoals in de vorige paragraaf omschreven, lijkt het alsof zorgbehoevende burgers in te delen zijn in groepen. Maar deze indeling is willekeurig. Ook combinaties komen natuurlijk voor. Er zijn ouderen met een verstandelijke handicap.

²⁴ NIZW Sociaal Beleid, januari 2004, Personen met een handicap, definities en aantallen,

²⁵ Gemeente Leiden, afd. BOA, juni 2003

²⁶ Overkamp, 2002

En jongeren met een lichamelijke handicap. En verstandelijk gehandicapten met een psychiatrische handicap én een lichamelijke handicap.

Juist deze mensen met meervoudige problematiek dreigen buiten de boot te vallen. In de huidige verkokerde instellingen is geen plaats voor mensen die niet precies in de doelgroep passen. Ook uit de antwoorden op onze vragenlijst blijkt dat de hulp aan de cliënt vaak nogal versnipperd wordt aangeboden. Dit pleit voor het zogenaamde inkluderend denken. Als men niet meer in doelgroepen denkt, zal men meer aandacht hebben voor het individu en zich richten op het oplossen van de individuele problematiek.

Vragen gericht op het aanbod

Een andere reden is de snel veranderende maatschappij, die “een risicomaatschappij is geworden met als belangrijkste kenmerken rationalisering, individualisering, globalisering en modernisering”²⁷. Dit leidt tot meer mogelijkheden, en daardoor meer keuzevrijheid. Maar “niet iedereen verkeert in de omstandigheden die keuzen te kunnen maken. In een risicomaatschappij dreigen met name mensen in maatschappelijk kwetsbare posities, voor zover zij al niet de aansluiting met de samenleving hebben verloren, deze alsnog te verliezen.”²⁸

En als mensen al een keuze hebben kunnen maken, en dan ook nog de juiste instelling hebben weten te vinden, dan is het vaak nog een hele kunst om de vraag te stellen. Want wat ga je nu vragen. Vraag je dan naar wat die instelling in het aanbod heeft en neem je daar genoeg mee, of durf je te vragen wat je vragen wilt en laat je zonodig een aanbod op maat creëren?

Negatieve beeldvorming

Daarnaast is er de beeldvorming te noemen die de integratie in de weg kan staan. Over het algemeen staat de Nederlandse bevolking positief tegenover het uitgangspunt dat mensen met een beperking een volwaardige plek in de samenleving zouden moeten innemen. Maar als dit dan dichterbij komt blijken mensen toch wat meer reserves te hebben. Negatieve beeldvorming over bijvoorbeeld mensen met psychische problemen blijkt dan te kunnen leiden tot het NYMBY(not in my backyard)-gedrag. Het onbekende wordt dan vreemd, en wordt dan tegengehouden. Tegenstanders van vermaatschappelijking van de zorg menen dat de samenleving niet in staat is om mensen met een handicap op te vangen of niet bereid is om iedereen op te nemen. “De theorie is mooi, maar gaat voorbij aan de realiteit van alledag”, stellen zij. Er wordt gewezen op hoe hard de samenleving is, hoe gemakkelijk mensen anderen afwijzen. Een essentieel onderdeel van community care - de samenleving actief verantwoordelijk maken voor de ondersteuning van mensen met beperkingen - is nauwelijks tot ontwikkeling gekomen.

Achterstandswijken

De Landelijke commissie Geestelijke Volksgezondheid (2002) wijst er zelfs op dat vermaatschappelijking een instroom van problematische bewoners op gang heeft gebracht in de wijken die er in velerlei opzicht niet al te florissant bij staan. Patiënten en ex-patiënten komen terecht in wijken met goedkope huurwoningen waar een hecht buurtleven meestal ver te zoeken is en waar de bewoners kampen met een veelheid aan problemen. Juist aan hen wordt nu begrip en inzet gevraagd voor hun ‘nieuwe’ burens.

Negatief zelfbeeld

Bij dit alles noemt Schuyt²⁹ de bijkomende schaamte van de mensen zelf. Zich schamen voor de beperking, voor het niet “mee kunnen komen” in de maatschappij, misschien voor de lage inkomsten. “Terugtrekgedrag is derhalve een veel voorkomend verschijnsel onder uitgesloten groepen. Men plakt het negatieve oordeel van de samenleving op zichzelf”. Waardoor men in een vicieuze cirkel terecht kan komen, of zelfs een negatieve neerwaartse spiraal. Het niet lukken van deze integratie kan dan leiden tot zgn. sociale uitsluiting: er niet (meer) bij horen, of tot eenzaamheid. Juist de mensen die het meest zorg behoeven weten er niet altijd op de juiste manier om te vragen.

²⁷ Wildemeersch

²⁸ Wouters, Harry, De maatschappelijk werkagenda na 2000

²⁹ Schuyt, prof.dr.mr. C.J.M., 2000, Sociale uitsluiting

Gebrek aan sociale contacten

Van Wetten³⁰, zelf ervaringsdeskundige, merkt op dat je hard moet werken aan je sociale contacten als je in een wijk komt wonen. Als je dan bijvoorbeeld op zoek gaat naar dagbesteding kom je een aantal drempels tegen. Wil je naar de film, een drankje drinken, lid worden van een vereniging, dan zijn daar in de eerste plaats de kosten. “Met een minimuminkomen kun je je al niet veel permitteren, zeker nu ook de eigen bijdragen in de zorg je om de oren vliegen en het zak- en kleedgeld door de jaren heen hetzelfde is gebleven”. Bovendien moet je volgens haar wel sterk in je schoenen staan om aan het maatschappelijke gebeuren deel te nemen. “Het kan soms heel bedreigend zijn om op dat terrasje te gaan zitten of een bioscoopje te pikken”. En ook de maatschappij is volgens haar wel veranderd. “De tijd dat je met je burens op de galerij iets at en dronk bestaat niet meer. Alle voordeuren zijn gesloten en mensen bemoeien zich sociaal bijna niet meer met elkaar. Hoe moeten wij ons daar dan een plaatsje in verwerven?”

2.3. De LWO als antwoord

“Een optimaal zorgaanbod aan huis is belangrijk, maar voor een goed leven is meer nodig dan zorg alleen. Zonder veiligheid, geborgenheid en contact met de omgeving is er geen sprake van volledige deelneming aan de samenleving. Dat zijn zaken waarin het welzijnswerk een belangrijke rol kan spelen”. Hiermee geeft Eric de Kluis³¹ in het kort precies weer waar het hier om gaat. De zorg is vaak wel goed geregeld. Maar hoe zit het met de integratie als welzijn niet meer bekostigd kan worden via die zorg?

“De Gemeente Leiden wil een stad zijn waarin alle mensen, inclusief die met een zorgbehoefte, goed wonen, actief kunnen participeren in de samenleving en zelf de regie in handen hebben bij de invulling van de wijze waarop hun zorgbehoefte wordt vervuld. De Gemeente is zich ervan bewust dat zij dit niet op eigen kracht kan bereiken, maar wil bijdragen aan het creëren van de randvoorwaarden om zo’n stad te zijn”³². De LWO is een brede welzijnsinstelling die in opdracht van de Gemeente Leiden welzijnsdiensten aan de inwoners van Leiden e.o. aanbiedt en zou als zodanig een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de invulling van de ambitie van de Gemeente.



Met ongeveer 200 werknemers is de LWO werkzaam op het gebied van buurthuiswerk, buurtopbouwwerk, kinder-, jongeren- en ouderenwerk, sociale activering, vrijwilligersondersteuning en thematisch opbouwwerk gericht op huurdersbelangen. De organisatie heeft een aanbod van welzijnsvoorzieningen gericht op het bevorderen van de participatie en sociale samenhang en het verbeteren van de sociale infrastructuur en de leefbaarheid.

De Gemeente Leiden is de belangrijkste opdrachtgever van de LWO en daarmee zijn de subsidies, verstrekt door de Gemeente, de belangrijkste bron van inkomsten. De subsidies worden verstrekt op basis van de Uitvoeringsovereenkomst (UVOK) die elk jaar tussen de Gemeente Leiden en de LWO wordt afgesloten. De UVOK komt tot stand na vaak zware onderhandelingen. Door de jaarlijks terugkerende bezuinigingen zijn de welzijnsbudgetten zo krap geworden dat niet aan alle behoeften voldaan kan worden. De Gemeente geeft in de onderhandelingen aan waar zij voor het komende jaar de prioriteiten wil leggen en de LWO geeft aan welk aanbod zij wil doen om aan de opdracht te voldoen.

³⁰ Voorzitter cliëntenraad Leiden e.o. langerdurende zorg

³¹ Redacteur Zorg+Welzijn, 2001

³² Conceptnota wonen, zorg welzijn, gemeente Leiden

Het aanbod van 'welzijnsproducten' die de LWO biedt komt tot stand op basis van werkplannen en prioriteiten die door de werkers en het management gesteld worden. De werkplannen worden jaarlijks gemaakt door de individuele werkers en besproken in de stadsdeelteams. De geleverde prestaties worden aan het eind van het jaar verantwoord in de vorm van een overzicht van de uren die de werkers aan een bepaald 'product' besteed hebben en bezoekersaantallen.

Voor de komende jaren wordt verwacht dat er steeds minder geld voor welzijn beschikbaar komt. Om de organisatie van het welzijnswerk zo effectief en doelmatig mogelijk uit te kunnen voeren is de LWO bezig met een verbetertraject op basis van het INK³³-model.

De LWO is twee jaar geleden begonnen met het kwaliteitstraject Beter Op Koers om beter om te kunnen gaan met maatschappelijke ontwikkelingen als professionalisering van het werk, verbeteren van de kwaliteit van de uitvoering en dienstverlening, van aanbod naar vraaggestuurd werken, toenemende concurrentie en politieke veranderingen zoals: de verschuiving van Welzijn naar Maatschappelijk Zorg (Ondersteuning), de ontwikkeling van 'goeddoelinstelling' tot maatschappelijke onderneming en bezuinigingen op het welzijnswerk.

Het doel van het traject is om een doeltreffende, doelmatige, resultaatgerichte, transparante en op samenwerking gerichte organisatie neer te zetten. Om dat te bereiken is een gezonde bedrijfscultuur nodig, met een organisatiestructuur die rust op de pijlers integraal management, resultaatverantwoordelijke teams, en resultaatgerichte medewerkers.

Voor de komende tijd wordt de prioriteit gelegd bij continu verbeteren, communicatie en professionalisering van het personeel.

De vermaatschappelijking van de zorg doet een nieuw beroep op welzijnsinstellingen. Met het verbeteren van de kwaliteit van de bedrijfscultuur en van de bedrijfsvoering wil de LWO klaar zijn voor de toekomst.

2.3.1. Lokale hindernissen

Welzijnsinstellingen zijn de aangewezen organisaties om aan de slag te gaan met de (re)integratie van zorgbehoevende burgers in de wijk. Dit verloopt nog niet optimaal en daar zijn een aantal oorzaken voor aan te wijzen.

"Welzijnswerk is meer nodig dan ooit", zegt socioloog Evelien Tonkens³⁴. "Ouderen, gehandicapten en psychiatrisch patiënten blijven veel langer thuis wonen. Dat brengt veel werk met zich mee. Het werk komt erbij, het geld niet." En dat terwijl het aantal welzijnswerkers van 150.000 werkers in de jaren zeventig is afgenomen tot zo'n 50.000 nu.³⁵

Welzijn door zorginstellingen

Ook in Leiden bieden de zorginstellingen naast zorg vaak welzijnsactiviteiten aan. Vanuit verschillende sectoren zoekt men in eerste instantie naar de 'eigen' knelpunten en organiseert men activiteiten voor de 'eigen' doelgroep. Voorbeelden hiervan uit de GGZ zijn de dagactiviteitscentra (st. DAC) waar psychiatrisch patiënten elkaar kunnen ontmoeten en deelnemen aan diverse cursussen en recreatieve activiteiten. En ook de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap heeft een 'eigen' inloophuis op de Kaasmarkt en een activiteitencentrum (georganiseerd door het VTV). In veel zorgcentra voor ouderen kunnen ook de oudere buurtbewoners meedoen aan de recreatieve activiteiten die daar georganiseerd worden.

De recreatieve, educatieve, vormende en creatieve activiteiten die door de zorginstellingen aan hun 'eigen' doelgroep worden aangeboden zijn in grote lijnen dezelfde als in het reguliere aanbod van de LWO.



³³ Instituut Nederlandse Kwaliteit

³⁴ Tweede-Kamerlid voor Groen-Links

³⁵ Schatting van Van der Lans, Eerste Kamerlid voor Groen Links

Aanbodgericht

De LWO werkt op dit moment nog erg aanbodgericht. De werkplannen worden op basis van signalen uit de wijk gemaakt, maar de bewoners kunnen hier niet rechtstreeks invloed op uitoefenen. De klanttevredenheid wordt op dit moment nog afgeleid van de bezoekeraantallen van de diverse activiteiten.

Bovendien is de LWO is nog niet goed ingesteld op de welzijnsvragen van de 'nieuwe' bewoners van de wijken. Het aanbod richt zich nu met name op de 'gewone' burgers. De LWO is onbekend met de nieuwe bewoners en weet (nog) niet op welke specifieke welzijnsvragen zij een antwoord kan geven.

Toegankelijkheid

De buurthuizen van de LWO zijn op dit moment niet goed toegankelijk voor 'bijzondere' buurtbewoners. De fysieke toegankelijkheid is voor verbetering vatbaar en de buurthuizen functioneren lang niet altijd als een gastvrije plek voor mensen die 'anders' zijn.

De LWO streeft er naar dat de bezoekers van de buurthuizen een redelijke afspiegeling vormen van de bevolkingssamenstelling in de buurt. Dat lukt lang niet in alle gevallen. De buurthuizen worden het meest bezocht door vrouwen van 50+ van Nederlandse afkomst³⁶.

Scheidslijn tussen zorg en welzijn

Volgens Bersselaar zijn de "bestaande scheidslijnen tussen welzijns- en zorgvoorzieningen een sta in de weg voor vernieuwing. Het onderscheid tussen zorg, welzijn en dienstverlening heeft betekenis voor aanbieders, niet voor burgers. Uitgaande van de behoefte van gebruikers zullen de scheidslijnen tussen instellingen verdwijnen"³⁷.

Doordat instellingen teveel gericht zijn op hun specifieke doelgroep zijn er burgers die nergens terecht kunnen met hun (complexe) hulpvraag. Verder blijkt dat *wonen* en *zorg* dominant aanwezig zijn in de vermaatschappelijking van de zorg en vormen, getuige de literatuur, een bedreiging voor welzijnsorganisaties als de LWO.

Vermarkting van het welzijnswerk

De vermarkting van het welzijnswerk zet sterke partijen op voorsprong. 'De vraag' lijkt steeds vaker gestuurd te worden door de financiers: de Gemeente, dan door de zwakke partij: de burgers. "Dit hoeft niet te verbazen gelet op het feit dat mensen met de zwakste belangen en minst gehonoreerde verlangens vaak onmogelijk hun problemen in subsidiabele termen kunnen formuleren"³⁸.

In de jaren zeventig was het ideaal dat sociaal-cultureel werk zou bijdragen aan de emancipatie en zelfontplooiing van de gebruikers van de voorzieningen, in de jaren erna trad een verzakelijking op en werd van de klanten verwacht dat zij zich gedroegen als mondige burgers. De beroepskrachten moesten zich steeds verder terugtrekken op centrale bureaus en het meeste werk werd door - vaak spaarzaam begeleide - vrijwilligers gedaan. Gemarginaliseerde groepen burgers blijken onder de toegenomen commercialisering van het sociaal-cultureel werk te leiden. De zo geprezen 'keuzevrijheid' die verondersteld wordt door de marktwerking bevordert te worden, pakt voor deze groepen negatief uit. Er is sprake van verschraving van het aanbod op het terrein van recreatie, ontspanning, ontmoeting en vrijwilligerswerk, functies die voor mensen met een beperking van eminent belang blijken te zijn. Een prominente doelstelling van het werk is de afgelopen decennia door het gevoerde beleid aldus ondermijnd³⁹.

De LWO heeft in haar programmalijn Wonen, zorg en welzijn aangegeven dat het welzijnswerk nastreeft dat ook kwetsbare, eenzame ouderen, gehandicapten en mensen met een psychische stoornis 'de zelfredzaamheid, en de regie houden over het eigen leven'

³⁶ Cap Gemini, Ernst&Young, Het buurthuiswerk in Leiden uitgelicht

³⁷ Victor Bersselaar, Zorgvuldig hulpverleners

³⁸ Jan Willem Duyvendak, 2000, Opbouwwerk

³⁹ Spriets, 2000

De LWO geeft hiermee ook aan dat zij de aangewezen organisatie is om aan de slag te gaan met de integratie van zorgbehoevende burgers in de wijk. En wil daarom nagaan hoe zij haar welzijnsvoorzieningen zo zou kunnen inrichten dat zij daaraan bijdraagt.

2.4. Samenvatting en conclusie

Zorgbehoevende burgers hebben een probleem, mede door de overheid gecreëerd. De LWO wil bijdragen aan een oplossing, maar weet nog niet (helemaal) hoe zij dat kan doen.

De huidige trend van vermaatschappelijking van de zorg is een gevolg van de manier waarop onze verzorgingsstaat functioneert. Het huidige stelsel is te duur, werkt de groeiende onmacht van de burgers in de hand en zou ongewenste processen van individualisering in de hand hebben gewerkt. Het roer moet dus om. Burgers moeten weer het heft in eigen hand nemen en zoveel mogelijk zorgdragen voor zichzelf en voor hun medeburgers.

In het nieuwe beleid treedt de Overheid verder terug. Burgers moeten zelfredzaam zijn, zelf hulp weten te vragen als dat nodig is en zichzelf organiseren om maatschappelijke doelen te bereiken. Als een burger hulp nodig heeft zal hij zich in eerste instantie moeten wenden tot zijn sociale netwerk, zijn familie, vrienden en bekenden. Voor de burgers die niet in staat zijn zelf hun problemen op te lossen dient de lokale overheid een vangnet van sociale voorzieningen te regelen waarbij de vraag en de behoeften van de cliënt centraal staan. Pas in derde instantie acht de Rijksoverheid zich verantwoordelijk, bijvoorbeeld voor mensen die langdurig zorg nodig hebben. Deze ontwikkelingen hebben grote gevolgen voor de individuele burger en de samenleving in het geheel, maar zullen ook een nieuw beroep doen op de zorg- en welzijnsinstellingen en op de competenties van de werkers.

De welzijnsvragen van zorgbehoevende burgers die zelfstandig wonen worden op dit moment nog vaak beantwoord door de instellingen die ook de (ambulante) zorg aan die personen leveren. De verschillende zorginstellingen bieden ieder aan hun 'eigen' doelgroep hun 'eigen' (welzijns)diensten. Dit heeft tot gevolg dat er een enorme overlap aan welzijnsaanbod is. Bovendien komen zorgbehoevende burgers op deze manier niet in contact met de andere wijkbewoners en zal er van integratie in de samenleving weinig terecht komen.

Er is weinig samenhang in de zorg- en welzijnsvoorzieningen. Het aanbod is gericht op bepaalde doelgroepen en daarbij vaak versnipperd waardoor er 'gaten' in de zorg- en hulpverlening ontstaan. Bovendien weten de zorgbehoevende burgers in de wijk niet altijd de juiste vraag bij de juiste instelling te stellen. Kwetsbare mensen dreigen hierdoor de aansluiting met de samenleving te verliezen.

Negatieve beeldvorming met betrekking tot mensen die 'anders' zijn kan leiden tot sociale uitsluiting. De samenleving is niet altijd in staat of bereid de zorgbehoevende burgers in haar midden op te nemen. Zorgbehoevende burgers komen bij de (re)integratie in de wijk een aantal hindernissen tegen. Zij zullen hard moeten werken aan hun sociale contacten en daarbij de steun van de wijk en soms ook van professionele welzijnsorganisaties nodig hebben.

Welzijnswerk is meer nodig dan ooit. Een optimaal zorgaanbod aan huis is belangrijk, maar zonder veiligheid, geborgenheid en sociale contacten is er geen sprake van volledige deelneming aan de samenleving. Het is belangrijk dat de LWO een antwoord kan geven op de vragen van zorgbehoevende burgers en haar aanbod toegankelijk kan maken voor *alle* bewoners van de wijk.

3. EEN LANDELIJKE VERKENNING

In de vorige hoofdstukken hebben we aangegeven waarom de LWO een bijdrage wil leveren aan de (re)integratie van zorgbehoevende burgers in de wijk.

In dit hoofdstuk beantwoorden we de eerste deelvraag van onze probleemstelling: *Op welke wijze kan de LWO bijdragen aan de (re)integratie van zorgbehoevende burgers in de wijk.*

We hebben hiervoor elders in het land gekeken naar verschillende ontwikkelingen en projecten. Die hebben we gekoppeld aan de verschillende methodieken en modellen uit de literatuur. En daar hebben we de antwoorden op de enquête en interviews weer aan toegevoegd.

In hoofdstuk 3.1. resulteerde dat in een aantal werkwijzen dat volgens ons zeer wenselijk is voor een goede (re)integratie van zorgbehoevende burgers. Hierbij geven we steeds aan wat daar de visie achter is, wat de aanpak is en wat de voorwaarden.

In hoofdstuk 3.2. geven we een aantal voorbeelden uit den lande waarin deze werkwijzen naar voren komen. Daarbij geven we steeds aan wat het is, waarom het een belangrijk voorbeeld is, en wat de betekenis hiervan voor de LWO zou kunnen zijn. Dit zijn voorbeelden uit de praktijk die laten zien hoe de werkwijzen toegepast worden.

3.1. Werkwijzen

Tijdens onze literatuurstudie, en in de enquête en interviews kwamen wij steeds dezelfde begrippen tegen die bepaalde werkwijzen omvatten. Wij zijn er van overtuigd geraakt dat deze werkwijzen bijdragen aan een goede (re)integratie van zorgbehoevende burgers in de wijk.

Onderstaande paragrafen zijn een opsomming en beschrijving van deze werkwijzen.

3.1.1. Opbouwwerk

Visie

Opbouwwerk is weven aan samenleven, tussen mensen, burgers en groepen, kleinschalig in eigen buurt, wijk of categoriaal verband⁴⁰. Bij het opbouwwerk is dé kerntaak “samenlevingsopbouw,” met als belangrijke doelen: empowerment en het versterken van de eigen kracht en sociale cohesie. Opbouwwerk is in zekere zin ‘onderwerp-onverschillig’; het is een methodiek die toegepast kan worden op talloze onderwerpen⁴¹. Het opbouwwerk hanteert in principe zoveel mogelijk een open agenda die ingevuld kan worden door bewoners en hun organisaties. Wat zij tegenkomen in hun dagelijks leven zou voor een belangrijk deel de prioriteiten dienen te bepalen.

Zonder mantelzorgers of vrijwilligers is het voor iemand met een zorgbehoefte vaak onmogelijk om kwalitatief verantwoord zelfstandig te wonen. Professionele zorg- en dienstverleners in de wijk hebben er groot belang bij zich ook op deze informele zorgverleners te richten en met hen samen te werken. Het is een belangrijke uitdaging om vorm te geven aan de verbindingen tussen professionele zorg en vrijwilligers en informele zorg. Immers, wanneer de informele zorg zou wegvallen wordt het beroep dat zorgafhankelijke mensen op de formele voorzieningen doen veel groter. De kracht van opbouwwerk ligt in de organisatie van mensen en op het inzetten van hun kwaliteiten en talenten. Daarmee is het een methode die een belangrijke rol kan vervullen in de vermaatschappelijking van de zorg.

Aanpak

Het opbouwwerk kan een belangrijke schakel vormen in het netwerk rond de zorgbehoevende burger. Bulmer⁴² adviseert hierbij om gericht netwerken te bouwen door de centrale figuren op te sporen, hen te benoemen en hun rol te versterken.

⁴⁰ Statuut opbouwwerk, 2001

⁴¹ Duyvendak, Jan Willem, 2000

⁴² Handicap van de samenleving

De ABCD-opbouwwerkmethode zou hiervoor kunnen worden gebruikt. ABCD staat voor Ased Based Community Development. Deze methode stelt de burger centraal en is gericht op de kwaliteiten van mensen. Door middel van een sterkteanalyse wordt getracht om de individuele talenten van burgers te ontdekken en te mobiliseren. Het specifieke van deze methode is het feit dat het onderzoek door de burgers zelf wordt gedaan. Speciaal voor dit doel getrainde vrijwilligers enquêteren de buurtbewoners en proberen de kwaliteiten en capaciteiten in beeld te brengen. De opbouwwerker coördineert en ondersteunt het proces waarbij het de bedoeling is dat hij/zij zichzelf op den duur overbodig maakt. Het doel van deze methode is dat burgers steeds onafhankelijker worden van instanties.

Het opbouwwerk kan met het inzetten van de ABCD-methode niet alleen een bijdrage leveren aan de (zelf)organisatie van vrijwilligers, maar ook een aanzet geven tot de zelforganisatie van alle, dus ook de zorgbehoevende, bewoners van de wijk.

De belangrijkste uitgangspunten in deze methode zijn:

- bewoners moeten niet als behoeftig worden gezien;
- de samenwerkingen en organisaties van burgers in een wijk moeten ondersteund worden en niet worden vervangen door anderen.

Vooraf de eerste stap van de ABCD-methode is, in het kader van de (re)integratie van zorgbehoevende burgers in de wijk, aan de orde. Men inventariseert de individuele capaciteiten van bewoners, de sociale verbanden en 'organisaties' van bewoners en verwerft kennis van de lokale instituties en hun plannen. Grondslagen voor de inventarisatie zijn een door de bewoners opgestelde analyse en doelbepaling van waar ze zich op willen richten.

Maar ook de vervolgstappen van de ABCD-methode kunnen in het kader van de zelforganisatie van burgers van belang zijn. Na de eerste stap, het inventariseren van capaciteiten, is stap twee het koppelen van de wijkcapaciteiten aan plannen, ideeën, projecten, bedrijven en voorzieningen. Stap drie is het mobiliseren van economische ontwikkelingen en stap vier het maken van een wijkontwikkelingsvisie en een uitvoeringsplan.

Voorwaarden

Bij het versterken van de rol van de vrijwilligers moet er ook aandacht zijn voor de competenties van die vrijwilligers. Door de toenemende vraag en de complexiteit van de zorg worden vrijwilligers steeds zwaarder belast. Een vrijwilliger moet over bepaalde kwaliteiten beschikken en kunnen samenwerken met de andere vrijwilligers in het netwerk.

Hoewel er op basis van leefsituatieonderzoeken van het Centraal Bureau voor de Statistiek kan worden gesteld dat er over het algemeen een hoge bereidheid is om vrijwilligerswerk te doen, zijn vrijwilligers die beschikken over specifieke vaardigheden en kwaliteiten schaars. Ook in Leiden doet dit probleem zich voor. Bij de Vrijwilligersbank, een onderdeel van de LWO, zijn er op dit moment tussen de 200 en 300 'vacatures' voor vrijwilligers die niet vervuld kunnen worden. Ondanks diverse campagnes om vrijwilligers te werven lukt het niet goed om de vraag en het aanbod op elkaar af te stemmen. Er zal een andere manier gevonden moeten worden om geschikte vrijwilligers te vinden. Het opbouwwerk kan hieraan een belangrijke bijdrage leveren.

3.1.2. Integraal werken

Visie

Reïntegratie van zorgbehoevende burgers in de wijk vraagt om inkluderend beleid voor alle burgers, ook die met een beperking. Dit betekent dat organisaties zich niet meer beperken tot bepaalde doelgroepen, maar zich richten op alle burgers. Samenwerken met alle betrokkenen op het gebied van wonen, zorg en welzijn is hierbij essentieel zodat er geen overlap in het aanbod, of gaten in de zorg-, hulp- en dienstverlening ontstaan. In onze enquête wijst Ineke Alsem van de MO⁴³-groep er op dat versnippering een grote bedreiging is voor de welzijnssector: "Wonen en zorg zullen ongetwijfeld steeds dominant aanwezig zijn in de vermaatschappelijking van de zorg. Als lokale welzijnsorganisaties geen samenhangend aanbod kunnen bieden, vrees ik dat we de slag gaan verliezen".

⁴³ Maatschappelijke Ondernemers

Lokaal integraal beleid vindt steeds vaker territoriaal plaats. "Het beleid is in zo'n aanpak niet gericht op doelgroepen, zoals minderheden, of problemen, zoals achterstanden, maar op wijken en regio's"⁴⁴. Integraal werken gaat voornamelijk om samenwerking tussen verschillende instanties, organisaties en eventueel buurtbewoners die op een of andere manier betrokken zijn bij de problematiek. Uitgangspunt van een integrale, gebiedsgerichte aanpak is om vraagstukken in zijn volledige maatschappelijke context te zien.

Aanpak

Integraal werken houdt niet in dat men van alle markten thuis moet zijn, maar wel dat men in staat is om samen te werken en een gezamenlijke visie weet te formuleren. In het kader van de vermaatschappelijking is het noodzakelijk om de komende tijd de samenwerking tussen professionals en instellingen meer vorm te geven.

In de integrale samenwerking kunnen twee modellen onderscheiden worden⁴⁵ die volgens ons naast elkaar kunnen staan en elkaar zelfs kunnen aanvullen.

In het ene model blijft ieder zijn eigen vak uitoefenen, waarbij de kernopgaven van dat beroep duidelijk zijn en met andere disciplines in de keten afspraken kunnen worden gemaakt.

In het andere model worden de beroepsprofielen en het bijbehorende takenpakket breder.

Voorwaarden

De vermaatschappelijking van de zorg is er de oorzaak van dat de laatste jaren zorg en welzijn naar elkaar toe groeien. Ook ontstaan er steeds meer functies en activiteiten waarin domeinen worden gecombineerd. Deze maatschappelijke en beleidsontwikkelingen hebben gevolgen voor de beroepsuitoefening. Er is een stijgende behoefte aan professionals die samenwerken in een integrale aanpak van vragen en problemen (includerend beleid). Voor deze integrale aanpak zijn nieuwe typen professionals nodig. Enerzijds is er behoefte aan meer nabije professionals met een breed perspectief die vooral als netwerker en als aanspreekpunt voor burgers, vrijwilligers, en andere professionals fungeren. Anderzijds blijft er behoefte aan gespecialiseerde professionals die specifieke kennis en competenties inzetten t.b.v bepaalde groepen, vragen en problemen maar die, meer dan nu het geval is, hun specialisatie uitoefenen vanuit een meer brede invalshoek, als onderdeel van een keten.

3.1.3. Vraaggestuurd werken

Visie

Welzijnsinstellingen proberen met hun aanbod randvoorwaarden te creëren waarmee burgers welzijn zouden kunnen realiseren. Maar in de welzijnsbeleving van de individuele burger hebben deze randvoorwaarden alleen maar betekenis als deze aansluiten bij zijn wensen of behoeften.

Dit maakt vraagsturing in het 'welzijn' een moeilijke opgave: het is per definitie onmogelijk om het iedereen naar de zin te maken. Toch wordt het belang van vraaggestuurd werken steeds meer onderkend. Het is gebleken dat doelstellingen die beleidsmakers formuleren lang niet altijd aansluiten bij datgene waar de burgers in het dagelijkse leven mee geconfronteerd worden.

Het grote verschil in verantwoordelijkheid in een vraaggestuurd dan wel aanbodgestuurd systeem, ligt bij de bestedings- en keuzevrijheid: In welke mate ben je als cliënt/zorgbehoevende burger vrij om te kiezen op welke wijze je welke middelen wilt inzetten om je leven in te richten. Burgers met ernstige lichamelijke, verstandelijke of psychische beperkingen beschikken op dit moment over te weinig keuzemogelijkheden om deel te nemen aan de samenleving. Hun mening, hun kennis en hun eigen ervaring staan in de praktijk van alledag niet centraal. Juist vanwege hun beperkingen is het van belang de zorgbehoevende burgers meer te betrekken bij het creëren van welzijnsvoorzieningen. Als ervaringsdeskundigen weten zij als geen ander wat er nodig is om zelfstandig te kunnen functioneren in de samenleving. "Als je zelfstandig woont ben je volledig afhankelijk van jezelf", zegt M. van Wetten⁴⁶, "Je moet hard werken aan je sociale

⁴⁴ de Boer, 2001

⁴⁵ Vlaar in Zuithof, 2002

⁴⁶ M. van Wetten is voorzitter van de cliëntenraad Leiden en omstreken Langdurende zorg

contacten, anders word je een kluizenaar die alleen de deur uitkomt om boodschappen te doen”.

En René IJzendoorn, ook een ervaringsdeskundige, meent “dat men actief moet luisteren en doorvragen naar wat gehandicapten echt willen en nodig hebben in plaats van dat anderen vertellen wat je als gehandicapte nodig hebt en dus krijgt”.

Door zelf keuzen te kunnen maken in de ondersteuning die men nodig heeft zal men zich meer serieus genomen voelen. Bovendien zal men meer betrokkenheid hebben bij de diensten die worden ontvangen. Dit komt niet alleen de effectiviteit van de diensten ten goede, maar het zal ook een positief effect hebben op de emancipatie van de zorgbehoevende burgers. Door keuzevrijheid vermindert de afhankelijkheid en kan men meer eigen verantwoordelijkheid gaan dragen.

Aanpak

Vraagsturing in welzijn betekent ervoor zorgen dat organisaties die in de wijk werken niet zo maar hun eigen ideeën, projecten en plannen uitvoeren. Maar het betekent dat zij eerst uitzoeken wat bewoners willen, hun behoeften en wensen peilen, en op basis daarvan ideeën, projecten en plannen maken voor de wijk. Belangrijk hierbij is dat de vragen van burgers wel gelegitimeerd moeten zijn. Vraaggestuurd werken mag niet gelijk staan aan “men vraagt en wij draaien”. Vragen van (groepen van) burgers dienen volgens Bogaart⁴⁷ eerst te worden gefilterd met behulp van een door de politiek vastgesteld beleidskader. Dit kader geldt zowel voor de Gemeente als voor het maatschappelijk middenveld en de burgers. Dit laatste aspect is van belang omdat instellingen en professionals niet kunnen meegaan met alle wensen van cliënten. Van der Laan heeft dit punt al in zijn proefschrift in 1990 naar voren gebracht. “Er zijn bepaalde beroepsgroepen die een bepaalde bevoegdheid tot oordelen behoren te hebben. Professionals dienen de vragen van cliënten te toetsen op geldigheid”. Kortom de cliënt of de consument heeft niet altijd sturingsmacht⁴⁸.

Een ander aspect van vraagsturing waar in de aanpak rekening mee moet worden gehouden is het feit dat zorgbehoevende burgers zich over het algemeen minder mondig opstellen. Mondigheid vereist een assertieve houding, kennis en vaardigheden. Zorgbehoevende burgers verkeren vaak in een afhankelijke positie en zijn eerder geneigd behoeften te formuleren naar het beschikbare aanbod. “Soms verdringen ze hun wensen zelfs, omdat ze er bij voorbaat van uitgaan dat die vanwege hun beperking niet te realiseren zijn”⁴⁹. Het is de taak van de professional alert te blijven op de ‘verborgen’ vragen.

Voorwaarden

Bij vraagsturing is het de verantwoordelijkheid van de ‘vrager’ om zelfbewust om te gaan met zijn vraag als er zorg en welzijn nodig zijn. De ‘vrager’ heeft hierbij een eigen verantwoordelijkheid, maar moet die verantwoordelijkheid wel *kunnen* nemen. Verantwoordelijkheid vraagt bepaalde competenties die zorgbehoevende burgers soms (nog) niet bezitten.

De LWO zou kunnen inzetten op ‘empowerment’, het vergroten van de eigen kracht van de zorgbehoevende burgers, waardoor zij in staat zijn als mondige, volwaardige burgers hun behoeften en wensen duidelijk te maken (zie empowerment, 3.1.5).

Achterhalen van de behoeften/wensen van zorgbehoevende burgers lijkt ons voor de LWO ook van organisatorisch belang. Als er goed geluisterd wordt naar wat er precies nodig is, kan de vraag daadwerkelijk beantwoord worden. Daardoor is vraaggestuurd werken vaak effectiever dan aanbodgericht werken.

Ook de politiek is van mening dat vraagsturing de efficiency bevordert en daarmee de kosten zo laag mogelijk gehouden kunnen worden. De Gemeente Leiden heeft in de conceptnota Wonen zorg en welzijn vraagsturing als één van haar zeven speerpunten van beleid aangegeven. Organisaties die vraaggestuurd werken, maken daarmee ook meer kans om subsidies te (blijven) ontvangen.

⁴⁷Bogaart, 2001, Vraaggestuurd, wijkgericht en integraal werken. Enkele ideale elementen van lokaal sociaal beleid nader bezien

⁴⁸ www.verwey-jonker.nl

⁴⁹Zorg+Welzijn, 2003

3.1.4. Outreachend werken

Visie

De LWO heeft in de programmaliijn Wonen, zorg en welzijn aangegeven dat moet worden voorkomen dat kwetsbare ouderen, en mensen met een lichamelijk, verstandelijke of psychische handicap in een sociaal isolement komen. De huidige ontwikkelingen op het gebied van de vermaatschappelijking van de zorg en de nadruk op het nemen van de eigen verantwoordelijkheid, zullen ongetwijfeld leiden tot een toename van het aantal kwetsbare mensen en tot een toename van problemen bij huidige groepen.

Het centrale probleem bij kwetsbare en hulpbehoevende groepen is sociale uitsluiting. Van sociale uitsluiting is sprake als er zowel op het sociaal-culturele als op het economisch-structurele domein langdurige achterstand is en als toekomstperspectief ontbreekt⁵⁰. Meer concreet wordt achterstand op de sociaal-culturele dimensie gedefinieerd als onvoldoende sociale participatie en onvoldoende normatieve aanpassing. Omstandigheden die mensen kwetsbaar maken zijn: onvoldoende sociale steun, onbekendheid met professionele instanties (niet weten waar de vraag te stellen), onvoldoende reflectief vermogen op de eigen problemen (waardoor die te laat onderkend worden) en te druk bezig zijn met overleven.



Professionele inzet van hulpverlening wordt doorgaans gepleegd met de verwachting dat cliënten in staat zijn de eigen zorg en dienstverlening te regisseren. Dat wil zeggen dat ze min of meer op het juiste moment de goede vraag aan een adequaat adres weten te stellen. Daarbij wordt uitgegaan van het recht op zelfbeschikking (autonomie) en als vanzelfsprekend wordt daarbij aangenomen dat mensen de weg naar professionele instellingen wel kunnen vinden. Helaas is de werkelijkheid anders, en dit geldt maar al te vaak voor zorgbehoevende burgers. Om verdere marginalisering van deze 'kwetsbare' mensen te voorkomen is een meer outreachende benadering nodig.

Aanpak

Werkers zullen pro-actief moeten handelen, contact zoeken na signalen van anderen, dus ook als er geen hulpvraag of motivatie voor hulpverlening aanwezig is bij de potentiële cliënt zelf. Bij vroegtijdige signalering speelt de sociale omgeving (buurtbewoners, vrijwilligers) een essentiële rol. Daar komen meestal de signalen vandaan als er een buurtbewoner overlast veroorzaakt, vereenzaamt of zichzelf verwaarloost. Maar ook instellingen als buurtmaatschappelijk werk, de woningcorporaties, of de politie kunnen constateren dat het met iemand niet goed gaat.

De outreachend werker legt contact met alle betrokken instanties en probeert feiten te verzamelen. Daarna zoekt de werker een praktische ingang, meestal de politie of de woningcorporatie, om contact met de (potentiële) cliënt te kunnen leggen. Na een 'binnenkomer' is het eerste contact gelegd en kan de werker proberen een netwerk van instanties en vrijwilligers rond de cliënt te bouwen.

Voorwaarden

Om outreachend werken vorm te kunnen geven is er een andere benadering van de cliënt nodig. "Het gaat erom dat niet de professionele systeemwereld centraal staat, maar de leefwereld van de burgers. Het professionele werk is steeds meer georganiseerd op basis van cao's, arbeidsomstandigheden, de wijze waarop de professional zijn eigen leven wil vormgeven. Daar aan is alles ondergeschikt geraakt, maar dat moet dus andersom."⁵¹ Als de leefwereld van de cliënt centraal gesteld wordt, betekent dit dat de cliënt de regie in handen heeft. De hulpverlener zal aan moeten sluiten bij de doelen die de cliënt zichzelf stelt en bij het tempo waarin de cliënt zijn doelen wil bereiken.

⁵⁰ Jehoel-Gijsbers, 2003

⁵¹ <http://www.zorgwelzijn.nl/artikelen/josvanderlans.htm>

Dit is een tijdrovend en moeizaam proces: de 'motivatie' voor daadwerkelijke veranderingen is er vanuit de cliënt gezien vaak (nog) niet. Maar hoewel het veel tijd (en dus geld) kost deze cliënten te bereiken, hebben de cliënt en zijn omgeving er belang bij. Zowel het welzijn van de cliënt als het welzijn van de buurtbewoners wordt bevorderd door outreachend werken. Bovendien is de preventieve werking die van outreachend werken uitgaat op de lange termijn kostenbesparend. "De kosten om een brand te blussen zijn vaak vele malen hoger dan wanneer het kaarsje op tijd uitgeblazen wordt"⁵².

3.1.5. Empowerment

Visie

Zorgbehoevende burgers hebben vaak nog onvoldoende invloed en macht om hun leven in dezelfde mate vorm te geven volgens hun eigen preferenties, als mensen zonder beperking. Zeggenschap van mensen met een beperking wordt vooral ingevuld binnen de zorg door middel van onder meer cliëntenraden, individuele zorgplannen en persoonsgebonden budgetten. Mensen kunnen zo weliswaar keuzes maken, maar blijven in grote mate afhankelijk van de bereidheid en mogelijkheden van zorgaanbieders.

Om mensen met een beperking werkelijk zeggenschap te geven, moeten zij naast als cliënt ook als burger invloed kunnen uitoefenen op zaken die met hun leven te maken hebben. De Wet Gelijke Behandeling biedt daarvoor een basis, maar bestrijkt nog niet alle relevante levensgebieden. Daarnaast zijn ook het contact met lotgenoten, trainingen en participatie van mensen met een beperking en hun verwanten in maatschappelijke instanties, zoals besturen en adviesorganen op het terrein van wonen, werken, onderwijs en vrijetijdsbesteding, belangrijke bronnen van empowerment.⁵³

Gevaar bij terugtrekkende Overheid terwijl de extramuralisering in volle gang is, is dat de kwetsbare, zorgbehoevende burgers uit de boot vallen. Sociale uitsluiting en eenzaamheid dreigen. Mondige, zelfredzame burgers, ook als ze zorgbehoevend zijn, redden het wel. Zij weten zorg te vragen en een maatschappelijk steunsysteem om zich heen te ontwikkelen. Daardoor kunnen ze ondanks hun beperkingen zelfstandig in de wijk wonen. Om te voorkomen dat het streven naar volwaardig burgerschap voor mensen met een beperking in een impasse raakt, is het nodig nu het accent te leggen op concrete acties in de praktijk.

Aanpak

Om mensen met een beperking dezelfde mogelijkheden te geven als andere mensen om hun leven vorm te geven volgens hun eigen preferenties, zijn twee strategieën nodig:

- realisatie van 'onderop' door mensen met een beperking, hun omgeving, lokale en regionale voorzieningen en gemeenten;
- bekrachtiging van 'bovenaf' door financieringsmogelijkheden en rechten die desnoods kunnen worden afgedwongen.

Vooraf bij de realisatie van 'onderop' kan de LWO een rol spelen. Door participatief beleid te voeren worden de mensen met een beperking nadrukkelijk betrokken bij de ontwikkeling van hun eigen woon- en leefomgeving. Daarbij is het van belang dat de bewoners met een beperking zoveel mogelijk met de 'gewone' bewoners samenwerken. De bewoners met een beperking moeten hierbij zo goed mogelijk toegerust worden om een volwaardige plek in die samenwerking in te kunnen nemen. Dit betekent dat de ondersteuning zich moet richten op activeren in plaats van compenseren, dat men moet afstappen van de focus op tekorten en in plaats daarvan inzetten op het mobiliseren van de krachten en mogelijkheden.

Voorwaarden

Empowerment voor mensen met een beperking is vooral lastig omdat veel van deze mensen anderen, zorg- en hulpverleners, nodig hebben. Er ontstaat al snel een afhankelijkheidsrelatie waardoor de regie over het eigen leven verdwijnt. Die regie is moeilijk terug te pakken.

Een voorwaarde voor empowerment van zorgbehoevende burgers is het besef dat iemand ondanks beperkingen een waardevol mens is.

⁵² Lohuis, Schilperoort, Schout, 2002, Van bemoeizorg naar groeizorg

⁵³ www.nizw.nl

Vervolgens moet ervoor worden gezorgd dat deze waardevolle mens tot zijn recht komt. Systemen, processen, procedures en structuren moeten er nadrukkelijk voor de mens zijn en niet andersom.

Om empowerment in de hulpverlening te laten plaatsvinden is daarom ook empowerment van de hulpverlener noodzakelijk. Volgens Musch (1995) zijn de missie en visie van de organisatie, met helder omschreven doelstellingen waarin iedereen zich kan terugvinden, belangrijke voorwaarden voor empowerment van de medewerkers. De instelling dient zich expliciet te richten op het scheppen van kansen voor persoonlijk empowerment van de hulpverleners, om zo empowerment van cliënten mogelijk te maken.

3.1.6. Casemanagement

Visie

Voor een integrale aanpak van vragen en problemen, organisatieontwikkeling en ondersteuning van burgerinitiatieven, vrijwilligerswerk en mantelzorg en het ontwikkelen en coördineren of aansturen van netwerken rond kwetsbare (groepen) burgers, is behoefte aan een nieuw type professional. Het gaat dan vooral om beroepskrachten die zichtbaar en aanwezig zijn, op de hoogte zijn van problemen in de buurt en die als schakel kunnen fungeren naar beroepskrachten en instellingen die verderaf zitten. "Voor burgers is het, vanuit het leefwereldperspectief gezien, te prefereren als één persoon als contactpersoon en als aanspreekpunt fungeert"⁵⁴.

Aanpak

Een casemanager zou voor de zorgbehoevende burgers het 'aanspreekpunt in de wijk' kunnen zijn. In de methodiek van het integraal casemanagement wordt de cliënt centraal gesteld. De casemanager richt zich op de bevrediging van de behoefte van de cliënt en het oplossen of kleiner maken van diens problemen. Hierbij wordt nadrukkelijk gekozen voor een integrale aanpak, op alle probleemgebieden. Integraal casemanagement komt het best tot zijn recht wanneer er sprake is van een lastig probleem. De casemanager coördineert als het ware 'stukjes' hulp en treedt hierbij op als belangenbehartiger van de cliënt. In het casemanagement wordt gewerkt vanuit een emanciperende visie, waarbij de cliënten geactiveerd worden actief deel te nemen aan de verbetering van hun situatie. De vijf belangrijkste uitgangspunten van casemanagement liggen op het gebied van samenwerking, integriteit, klantgerichtheid, dienstverlening en openheid.

Voorwaarden

Invoering van casemanagement is een veranderingsproces dat de gehele organisatie raakt. De casemanager moet zoveel mogelijk een 'eigen regisseur' zijn. De organisatie moet daarvoor ook de ruimte en het vertrouwen geven. Binnen de gehele organisatie moet duidelijkheid zijn over de uitgangspunten waarbinnen casemanagement geïmplementeerd wordt. Deze uitgangspunten moeten gedragen worden door de brede organisatievisie en de cultuur van de organisatie.

Het is van belang te werken met medewerkers in vaste dienst.

Bij casemanagement is het belangrijk de klanten te kennen en de klanten omgekeerd een vast aanspreekpunt te bieden. Daarnaast is de kwaliteitsontwikkeling van medewerkers in vaste dienst beter te organiseren dan van medewerkers die tijdelijk aangesteld zijn.

De ontwikkeling binnen een organisatie naar casemanagement is een groeiproces van een aantal jaren. Dit proces moet op gezette tijden beoordeeld worden.

3.1.7. Kwartier maken

Visie

De LWO heeft in de programmalijn Wonen, zorg en welzijn als doelstelling omschreven dat zij o.a. "wil bevorderen dat ouderen, gehandicapten, en psychiatrische mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen, d.w.z. de nadruk wil leggen op preventieve maatregelen".

Voor een goede (re)integratie van zorgbehoevende burgers in de wijk kan van 'Kwartiermaken' een belangrijke preventieve werking uitgaan wat betreft sociale uitsluiting en eenzaamheid.

⁵⁴ Vliet, van, Duyvendak, Boonstra, Plemper, 2004, Toekomstverkenning t.b.v een beroepenstructuur in zorg en welzijn

Voor sociale integratie en maatschappelijke participatie is betrokkenheid van de samenleving bij de doelgroep een eerste vereiste. Het is moeilijk mensen te (re)integreren als de omgeving niet meewerkt, als de omstandigheden niet deugen en telkens weer uitstoting plaats vindt. “De terugkeer vanuit een gemarginaliseerde positie - de inrichting of thuis achter de geraniums - naar een positie van maatschappelijke participatie kan niet zonder maatschappelijke aanpassingen”⁵⁵.

Kwartier maken betekent letterlijk het voorbereiden van een verblijfplaats voor een groep nieuwelingen. Kwartier maken als methodiek is het bevorderen van een maatschappelijk klimaat waarin (meer) mogelijkheden ontstaan voor mensen die met uitsluiting worden bedreigd. Doel is een menswaardig bestaan temidden van andere burgers mogelijk te maken.

Aanpak

Met Kwartier maken wordt beoogd meer ruimte te creëren voor mensen met beperkingen: zorgzaamheid bij woningcorporaties, beschikbaarheid en toegankelijkheid van sociaal-cultureel werk, toegankelijkheid van en waardering voor vrijwilligerswerk, betrokkenheid van gemeentelijke instanties enz. Daartoe worden er diverse concrete activiteiten ondernomen die op alle leefgebieden betrekking hebben, waarbij zowel mensen met als mensen zonder beperking zijn betrokken (zie praktijkvoorbeelden in 3.2.1). Kenmerkend hierbij is dat alle activiteiten gericht zijn op het kweken van begrip voor elkaar, en op die manier wordt er gewerkt aan een draagvlak in de samenleving om mensen met beperkingen in haar midden op te nemen.



Voorwaarden

Voor het ontstaan en het onderhoud van dat draagvlak zijn professionele inspanningen nodig. Dit staat haaks op de huidige trend van (zelf)organisatie van vrijwilligers. In Haarlem, waar Kwartier maken al een aantal jaren zeer succesvol verloopt, is gebleken dat sommige activiteiten door professionals moeten worden begeleid. In onze enquête geeft Welzijnswerk Centrum Zuid (Haarlem) bijvoorbeeld aan dat een eetgroep niet over te dragen was aan de buurtbewoners. Zij waren niet goed in staat de sfeer en de organisatorische zaken goed te regelen.

Volgens Doortje Kal is de verhouding tussen beroepskrachten en vrijwilligers vooral in de buurthuizen aan herziening toe: “Het beroep dat nu op vrijwilligers wordt gedaan lijkt te groot. Vaak heel gemotiveerd, zit men aan de top van zijn kunnen en voelt men zich niet zomaar in staat mensen uit kwetsbare groepen een gastvrij onthaal te bieden”.

Het aanbod in buurthuizen is op dit moment vaak een optelsom van initiatieven van mondige buurtbewoners. Dit lijkt heel mooi en democratisch, maar mensen die niet zo zelfredzaam zijn komen niet gemakkelijk aan bod.

3.1.8. Activerend onderzoek

Visie

In de Chassébuurt in Amsterdam is onderzoek gedaan naar de verborgen vraag van mensen met een handicap in opdracht van de regiocommissie gehandicapten Noord-Holland. Men heeft het onderzoek door middel van huisbezoeken gedaan, met het doel meer zicht te krijgen op wat er in de wijk speelt. Verhoeven⁵⁶ zegt hierover: “Hulpverlenende instanties moeten heel gericht mensen thuis benaderen, op zoek naar de verborgen vraag. Als een cliënt met een zorgvraag bij een instantie aanklopt, moet je thuis gaan kijken: wat is daar aan de hand, hoe is de situatie.” In dit voorbeeld wordt de nadruk gelegd op het onderzoeken van de behoeften van zorgbehovende burgers, zodat men weet wat er in de wijk speelt zodat het aanbod beter kan aansluiten.

⁵⁵ Kal, Doortje, 1996

⁵⁶ Verhoeven, Chris, projectleider Stichting Gehandicapten Overleg Amsterdam

De welzijnsorganisaties die wij hebben geënquêteerd doen vrijwel allemaal onderzoek naar de vragen die er leven bij de verschillende doelgroepen, maar doen dit bijna allemaal op een andere manier: registratie van hulpvragen, interviews, enquêtes, effectonderzoek, behoefteonderzoek, bronnenstudie, onderzoek naar de vragen en het effect van de dienstverlening.

Naast het ontwikkelen van aanbod kan onderzoek ook tot doel hebben de direct betrokkenen te activeren. "Alle vormen van onderzoek zijn nodig en zinvol, maar als het doel is de participatie van bewoners te vergroten, is kiezen voor een activerend onderzoek van groot belang"⁵⁷.

Bij de (re)integratie van zorgbehoevende burgers is niet alleen van belang te onderzoeken wat er aan welzijn geboden moet worden, maar ook welke bijdrage de zorgbehoevende burger zelf kan en wil leveren om deze (re)integratie tot een succes te maken. Het onderzoek heeft dan naast het verzamelen van informatie ook een mobiliserende werking.

Aanpak

Activering kan men definiëren als: "de burger op enigerlei wijze meer de verantwoordelijkheid laten dragen voor de problemen die het individu zelf bedreigen en/of waarmee de (buurt) samenleving wordt geconfronteerd"⁵⁸. Het gaat om empowerment: vergroten van de zelfredzaamheid, het probleemoplossend vermogen, de ondernemingslust en de zelfwerkzaamheid van bewoners.

Er kan onderscheid gemaakt worden tussen verschillende vormen van activering namelijk:

- sociale en individuele activering: hierbij wordt de individuele bewoner gestimuleerd een probleem op te lossen of een stapje verder in zijn of haar ontwikkeling te zetten;
- opiniërende activering: mensen gaan denken en praten over wat er in hun woon- en leefomgeving gebeurt. Een activerend onderzoek kan dan vooral tot doel hebben dat een groep mensen gezamenlijk klachten en wensen formuleert en aanbevelingen doet richting instanties;
- activering gericht op gezamenlijk in actie komen of samen iets gaan doen: bewoners leveren een actieve bijdrage aan het ontwerpen van plannen en ontplooiën zelf initiatieven om hun situatie te veranderen.

Al deze vormen van activering zijn van belang bij het (re)integreren van zorgbehoevende bewoners in de wijk. In de eerste vorm wordt de nadruk gelegd op empowerment: mensen worden uitgedaagd weer te vertrouwen op hun eigen kracht en zelfredzaamheid. Bij de tweede vorm gaat het erom de zorgbehoevende bewoners te activeren zelf hun behoeften te formuleren en in de derde vorm wordt men uitgedaagd zelf in actie te komen om verbetering in hun situatie tot stand te brengen.

Voorwaarden

Voor de uitvoering van (activerend) onderzoek is een professionele, integrale, vraaggestuurde en outreachende manier van werken nodig. De activerende en mobiliserende werking slaagt alleen als vorm en inhoud van het onderzoek direct aansluiten bij de beleavingswereld van de betrokkenen. Men moet hierbij goed aansluiten op de potenties, de vragen en behoeften van de bewoners.

3.2. Praktijkvoorbeelden

In dit hoofdstuk noemen we een aantal voorbeelden waarin gebruik wordt gemaakt van de werkwijzen zoals die in het vorige hoofdstuk zijn genoemd. De overeenkomstige werkwijzen noemen we tussen haakjes, bovenaan de paragraaf.

3.2.1. Zoetermeers project Kwartiermaken

(Empowerment, vraaggestuurd en integraal werken, opbouwwerk, casemanagement)

Sinds 1997 loopt in Zoetermeer het project Kwartiermaken. Doortje Kal (preventiewerker sociale psychiatrie RIAGG Haagrand) heeft in 1996 het initiatief genomen en een projectvoorstel ingediend bij de toenmalige Adviescommissie Innovatiefonds.

⁵⁷ Leida Schuringa, NIZW 2003, Heel de buurt gebundeld

⁵⁸ P.Vlaar en J.Keeson, 1997

In Zoetermeer is op uiteenlopende wijzen Kwartiergemaakt. De kwartiermaakster zette samen met de preventiewerkster trajecten uit, in de eerste plaats om in gesprek te komen met de doelgroep.

In samenspraak met de cliënten, regelmatig aan een *Koffietafel* bijeen, werd de aandacht gericht op woningcorporaties, welzijnswerk en armoedeproblematiek. 'Gastvrijheid' en 'anders denken over anders zijn' werden steeds meer de overkoepelende slogans, aangevuld met 'zorgzaamheid' en 'empowerment'. Naast talloze, vaak individuele gesprekken van de kwartiermaakster met de actoren in de verschillende domeinen, behoorden de vele kleinere en grotere werkconferenties, de Kwartiermakerskrant en later de *multiloogbijeenkomsten* tot de werkwijzen.

Functionaris gastvrijheid

Met het welzijnstraject wordt de strijdigheid die met de integratie van 'het vreemde' gegeven is serieus genomen. "Kwartiermaken is in essentie het organiseren van gastvrijheid", aldus Doortje Kal. Een belangrijke stap voor het welzijnstraject is de aanstelling van een door de Gemeente Zoetermeer gefinancierde 'functionaris gastvrijheid' bij de welzijnsorganisatie BOVOS. Deze heeft tot taak met deelnemers uit te zoeken wat ze willen en zo nodig te bemiddelen voor de door hen gewenste plek in de hobby- of cursussfeer of in het vrijwilligerswerk. Omdat de functionaris bij BOVOS is aangesteld, zit ze vlak bij de kennis over sfeer en mogelijkheden van de buurtcentra en sportclubs, terwijl de vrijwilligerscentrale ook deel uitmaakt van BOVOS. Tevens hoort het zoeken naar maatjes/mentoren tot de taak van deze functionaris. De gastvrijheidsfunctionaris blijft voor de deelnemer en de mentor een steuntje in de rug. Gedurende langere tijd wordt de bemiddeling gevolgd en geëvalueerd. Daarmee is de infrastructuur van het welzijnswerk daadwerkelijk versterkt.

Multiloogbijeenkomsten

In het kader van Kwartiermaken worden in Zoetermeer sinds 1998 multiloogbijeenkomsten gehouden⁵⁹. In de multiloogbijeenkomsten gaat het om de vraag wat cliënten nodig hebben en wat de omgeving nodig heeft om op een open en eerlijke wijze met elkaar in contact te blijven. Die bijeenkomsten kunnen gezien worden als het organiseren van samenspraak op lokaal niveau. Hier vraagt men cliënten te vertellen over (over)leven na de psychiatrie. In samenspraak met de cliënt wordt onderzocht hoe maatschappelijke organisaties, instanties en politiek een rol van betekenis kunnen spelen in hun leven. Tevens communiceren cliënten met familieleden, hulpverleners en andere professionals. In het kader van de vermaatschappelijking wordt voor deze professionals soms psycho-educatie opgezet, waarbij kennis van ziektebeelden en hoe ermee om te gaan centraal staan. In dit leerproces vervullen ervaringsdeskundigen (de cliënten) een centrale rol.

Zorgmeldpunt

In Zoetermeer heeft men bij het Kwartiermakersproject een zorgmeldpunt ingesteld. De inzet van een zorgmeldpunt is een zorgzame benadering van complexe situaties waarin sprake is van (dreigende) overlast. Die zorgzame benadering wordt gekenmerkt door betrokkenheid bij allen die in de complexe situatie verwikkeld zijn, namelijk:

- het zorgmeldpunt mobiliseert en honoreert de aandacht voor zorgelijke situaties; daarmee probeert het situaties van ernstige overlast te voorkomen;
- het zorgmeldpunt schept mogelijkheden voor het gezamenlijk dragen van verantwoordelijkheid om zorg te bieden in complexe situaties;
- het zorgmeldpunt coördineert de concrete hulp- of zorgverlening in complexe situaties;
- bij het zorgmeldpunt is in alle fasen van het proces aandacht voor alle bij het probleem betrokken partijen.

⁵⁹ subsidieaanvraag VSB, najaar 1998

Betekenis voor de LWO

Naast het Kwartiermakersproject in Zoetermeer zijn er diverse andere succesvolle Kwartiermakersactiviteiten te noemen. Zoals in Haarlem waar al een aantal jaren vanuit dit principe gewerkt wordt. Naast het succesvolle Kwartiermakersfestival, zijn er in Haarlem een aantal ontmoetingsactiviteiten zoals eetgroepen, muziek maken, Samen-uitclub, spelletjesochtend, crea-ochtend en vrijwilligerswerk. Het succes van deze activiteiten, waar mensen met en zonder psychiatrische achtergrond aan deel nemen, ligt voornamelijk in het 'samen doen' en de kans die mensen op deze manier krijgen op volwaardige wijze hun talenten in te zetten.

In onze enquête gaf Welzijnswerk Centrum Zuid (Haarlem) hierbij aan dat het belangrijk is de reguliere bezoekers van de wijkcentra eerst uitgebreid kennis te laten maken met de 'nieuwe' bezoekers. Na enige tijd, in het wijkcentrum in Haarlem duurde het ongeveer anderhalf jaar, zijn dan de activiteiten voor alle bezoekers een normale zaak.

De LWO zou op eigen wijze aan Kwartiermaken vorm kunnen geven. Met culturele activiteiten en ontmoetingsactiviteiten zoals in Haarlem. Of meer als 'bruggenbouwer' zoals bij de multi-loogbijeenkomsten in Zoetermeer, of als belangenbehartiger en voorlichter op de manier van de 'functionaris gastvrijheid' en eventueel als 'casemanager' bij een zorgmeldpunt. De vorm waarin het Kwartiermaken wordt uitgevoerd is niet belangrijk. Het gaat om de visie erachter: 'Onbekend maakt onbemind'. Als mensen zonder en mensen met een beperking elkaar ontmoeten en samenwerken in de verschillende activiteiten ontstaat er meer begrip en waardering voor elkaar. Op deze manier kan er ruimte gemaakt worden in de samenleving voor mensen die 'anders' zijn, zodat zij als volwaardige en waardevolle burgers kunnen integreren.

3.2.2. Vriendendienst/maatjesproject

(Empowerment, vraaggestuurd werken, opbouwwerk, kwartiermaken)

In Nieuwegein en Houten kunnen mensen met een psychiatrische achtergrond gekoppeld worden aan een maatje dat hen helpt de weg in de maatschappij (terug) te vinden. Deze activiteit wordt georganiseerd door het welzijnswerk Nieuwegein en heet Vriendendienst. De gewone zorg en therapie focussen op het ziektebeeld. Vriendendienst kijkt daar juist overheen en probeert isolement van mensen met een psychiatrische achtergrond op te heffen of te voorkomen. Dit project wordt als zeer succesvol gezien, wat onder andere te danken is aan de selectie van de maatjes.



Het project Vriendendienst beoogt mensen uit hun isolement te halen. Mensen uit de doelgroep vinden via dit project niet alleen een vriend, maar ook een steun (een buddy) die hen helpt (maatschappelijke) stappen te zetten die voorheen onmogelijk leken, angst inboezemden of wegens ongebruikelijke aanpak tot teleurstellingen leidden. De buddy's kunnen helpen iemand uit de doelgroep op weg te helpen naar dagbesteding, betaald of onbetaald werk, iemand wegwijs maken in het uitgaansleven. Maar ook een bezoek aan een winkel, de markt of het park kan een te ondersteunen stap zijn. In dit project zijn de vrijwilligers een soort communicatiedeskundigen die ruimte maken voor contact met de werkelijkheid van de wijk, de ander bewoners, de instellingen, instanties en organisaties.

Betekenis voor de LWO

Het belang van een 'buddy', om mensen met een beperking te helpen bij het (terug) vinden van hun weg in de maatschappij, is in diverse steden al aangetoond. Zo ook in Leiden, waar het project Vriendendienst tot stand is gekomen in een samenwerkingsverband tussen LWO, de Rijngroep, Thuiszorg Groot Rijnland en Valent RDB. De vrijwilligers worden door WaVes, een onderdeel van de LWO, geworven en ondersteund. Ook in de zorg voor verstandelijk gehandicapten bestaat een dergelijk initiatief, genaamd de Vrijtijdsbank, waar vrijwilligers als maatjes worden gekoppeld aan verstandelijk gehandicapten. De ervaringen in dergelijke pro-

jecten zijn zeer positief, maar zoals bij veel door de zorg (mede)georganiseerde voorzieningen het geval is, geldt ook hier dat men doelgroepgericht werkt. Veel kennis en ervaringen worden hierdoor niet gedeeld.

Bovendien is er ook bij deze projecten een gebrek aan vrijwilligers. Wij hebben in het interview met Nelleke Bom van 't Pad gevraagd wat de LWO voor haar cliënten zou kunnen betekenen. Haar antwoord was kort en hartgrondig: Vrijwilligers!

De LWO zal sterk moeten inzetten op de werving en ondersteuning van vrijwilligers om aan de steeds toenemende vraag te kunnen beantwoorden. Mogelijk kan er door middel van de ABCD-methode of activerend onderzoek, op een andere manier dan tot nu toe gebruikelijk is, gezocht worden naar mensen met specifieke capaciteiten. Vooral de persoonlijke benadering waarbij men actief contact legt met potentiële vrijwilligers kan hierbij een positief verschil betekenen.

3.2.3. Woonzorgzone, wijksteunpunt, wijkzorgsteunpunt

(Integraal, outreachend en vraaggestuurd werken, onderzoek, opbouwwerk, casemanagement, kwartiermaken)

Woonzorgzone

In de Gemeente Tytjerksteradiel is binnen een straal van 12 kilometer voor 9.000 inwoners van zes dorpen een woonzorgzone ingesteld. Zorg en hulp in dit gebied komen naar de mensen toe. Het rusthuis is afgebroken en daarvoor in de plaats kwam een dienstencentrum, met onder meer medische hulp, revalidatie, een restaurant en kinderopvang. Wie uit het ziekenhuis komt, kan in het centrum een tijdje verblijven als overgang naar huis. De ouderen wonen in nieuwe appartementen in de buurt of nog in hun eigen dorp. Woningen krijgen draadloze verbinding met een meldkamer en foefjes voor brand- en diefstalpreventie. Eigen auto's en busjes verzorgen het vervoer door de streek. Een 'omtinker', een soort bemiddelaar en de Friese variant van de ouderenadviseur, bezoekt regelmatig alle oudere inwoners van de streek om hun behoefte te polsen. Hij helpt hen met formuleren wat ze werkelijk nodig hebben, los van het bestaande aanbod; voorts regelt hij de ondersteuning. Omdat omtinkers de zorg en diensten overal inkopen, helpt dit om het personeel van de regionale dienstencentra 'scherp te houden'.

Wijksteunpunt

Wijksteunpunten moeten de voorwaarden scheppen om de zorg bij de mensen te brengen. Daarmee wordt de zorg niet alleen toegankelijker, maar ook efficiënter. Lucien van Ruth, directeur van Thuiszorg IJmond, één van de initiatiefnemers van de wijksteunpunten: "De zorgverleners zitten bij elkaar op locatie en kunnen de hulp beter afstemmen en de zorg zodanig organiseren dat zij zo dicht mogelijk bij de mensen is. Dat is het doel van wijkgerichte zorg." Daartoe willen de instellingen voor zorg, welzijn en wonen samenwerken in de wijksteunpunten. Ze bieden onderdak aan zowel de huisarts als de thuiszorg, de fysiotherapeut en het sociaal cultureel werk.

Wijkzorgsteunpunt

In de Amsterdamse wijk Park de Meer hebben verschillende instanties hun inzet gebundeld tot een wijkzorgsteunpunt midden in de wijk. Van hieruit werkt een zorgteam dat op een maximale loopafstand van 250 meter iedere cliënt zorg kan bieden binnen een afgesproken tijd. Het personeel van de verschillende samenwerkende instellingen maakt gebruik van deze unit. Het steunpunt grenst aan het buurthuis. Op deze manier kan over en weer gebruik worden gemaakt van elkaars voorzieningen en functies. Er bestaat onder andere een samenwerkingsovereenkomst tussen de verschillende instanties en de plaatselijke stichting welzijn.

Hans van Nispen, manager Projecten bij Amstelrade: "Het regulier welzijnsaanbod moet er zo uit zien dat ook 'bijzondere' buurtbewoners, zoals mensen met een handicap, er gebruik van kunnen maken. We hebben een samenwerkingsovereenkomst met Stichting Welzijn Graafsmeer. Die organiseert nu activiteiten waarbij ze er rekening mee houden dat ook mensen met een handicap kunnen deelnemen. Dat is veel aardiger dan rolstoelvolksdansen en rolstoelhockey, want dan mik je alleen op de rolstoelgroep. Het werkt trouwens ook andersom.

Inmiddels zijn mensen met een handicap zelf vrijwilliger in het buurthuis. Een van onze cliënten geeft nu Nederlandse les aan allochtone vrouwen. En een hartstikke gehandicapte jongen startte een computercursus voor buurtbewoners en helpt de opbouwwerker met het maken van een nieuwsbrief voor de wijk. Dit soort initiatieven kunnen alleen maar ontstaan als je zaken integreert. We moeten van het idee af dat je met een heleboel zaken niet mee kan doen als je gehandicapt bent. Gehandicapten worden nu dus aangesproken op wat ze te bieden hebben”.

Betekenis voor de LWO

De bovenstaande voorbeelden hebben gemeenschappelijk dat in alle gevallen gestreefd wordt naar laagdrempelige, wijkgerichte zorg- en welzijnsvoorzieningen. De verschillen zitten in de manier waarop men dit ideaal probeert te verwezenlijken. Vaak worden die verschillen veroorzaakt doordat de initiatiefnemers bij de opzet van dergelijke projecten in eerste instantie uitgaan van de behoeften van de eigen doelgroep.

In Leiden zijn de initiatiefnemers voor wijkgerichte zorg- en welzijnsvoorzieningen over het algemeen de zorgcentra voor ouderen, die nu hun zorg- en welzijnsactiviteiten ook voor de buurtbewoners toegankelijk willen maken. De mate waarin men tot nu toe geslaagd is in de opzet verschilt sterk: bij verzorgingshuis 't Huis op de Waard bijvoorbeeld is er de ambitie voor het ontwikkelen van een diensten- en zorgcentrum, terwijl zorgcentrum Rijn en Vliet dit al heeft waargemaakt.

Rijn en Vliet heeft zich ontwikkeld tot een zorg-, diensten-, gezondheids-, en wijkcentrum waar zo'n 1000 wijkbewoners per week gebruik van maken. Het succes ligt volgens directeur van Oosten in het feit dat het aanbod voor de mensen interessant is: “Rijn en Vliet probeert te doen wat de klanten willen. Dit is niet zo moeilijk omdat de behoeften van ouderen uit diverse onderzoeken goed bekend zijn”. Verder noemt hij het feit dat alle activiteiten door één organisatie beheerd worden van belang: “Dan is het gemakkelijker kwaliteit te leveren”. De directeur ziet dan ook niet direct een rol voor de LWO in het centrum. Het gebruik van ruimten is altijd bespreekbaar, maar de welzijnsactiviteiten worden in eigen beheer geregeld.

't Huis op de Waard daarentegen heeft de LWO, naast diverse andere zorg- en welzijnsinstellingen, wel betrokken bij de ontwikkeling van een diensten- en zorgcentrum. In haar nota⁶⁰ heeft 't Huis op de Waard aangegeven: “Om een zo breed mogelijk scala van (zorg)accommodaties mogelijk te maken, worden wonen (en de omgeving) samen met zorg en welzijn zoveel mogelijk integraal benaderd”.

't Huis op de Waard heeft de doelgroep ouderen als corebusiness, maar wil doelgroepneutraal, voor de hele wijk, een service-, informatie- en welzijnsfunctie bekleden. Om dit te realiseren zal intensief samengewerkt worden met de Gemeente Leiden, woningcorporatie Portaal, de LWO, Stichting Dienstverlening Leiden, huisartsen, bibliotheek Leiden, Rijngeestgroep, GGD, MEE etc.

't Huis op de Waard heeft dus de intentie om zo breed mogelijk samen te werken met de verschillende instanties die werkzaam zijn in de wijk, maar helemaal gelijkwaardig zullen deze samenwerkingspartners niet zijn: “Om een vraaggestuurde benadering van wonen, zorg en welzijn mogelijk te maken, gaan we uit van keuzevrijheid voor de cliënt en een vorm van ondernemingsvrijheid voor 't Huis op de Waard”.

De ‘ondernemingsvrijheid’ van de diverse initiatiefnemers van woonservicezones in Leiden heeft grote nadelen. Er kunnen op deze manier geen gelijkwaardige samenwerkingsverbanden tot stand komen; de initiatiefnemer zal altijd het laatste woord hebben. Bovendien ontstaat overlap in het aanbod als er meerdere initiatieven in een wijk zijn. Een voorbeeld hiervan is de wijk Pancras-Oost waar 't Huis op de Waard een woonservicezone wil ontwikkelen terwijl het voormalige verzorgingshuis Van Der Willigenhof hier al een wijksteunpunt heeft en de bewoners van Nieuw Groenhoven gebruik kunnen maken van de servicepakketten van verzorgingshuis Groenhoven.

⁶⁰ nota “'t Huis op de Waard in het centrum van een Woon-Service Gebied”

Verder zien we dat de woonservicezones, geïnitieerd door zorgcentra, vooral gericht zijn op de zorg voor ouderen. Hoewel men aangeeft doelgroepneutraal te willen werken, is het logisch dat de aandacht in eerste instantie uitgaat naar die ouderen. Daar ligt tenslotte hun deskundigheid.

Als de huidige trend doorzet en het initiatief voor woonservicezones in Leiden bij de zorgcentra blijft, zal de LWO in de ontwikkelingen nooit een hoofdrol kunnen spelen. In een vroeg stadium samenwerken, zoals bij 't Huis op de Waard is waarschijnlijk de enige mogelijkheid om invloed uit te kunnen oefenen. Er liggen meer mogelijkheden voor de LWO als de Gemeente de regie op zich zou nemen. Dan kunnen er wijksteunpunten ontwikkeld worden die zorg- en welzijnsvoorzieningen bieden die *alle* bewoners van die wijk nodig hebben. Alle betrokken instanties, waaronder de LWO, kunnen dan op basis van gelijkwaardigheid intensief samenwerken om in de zorg en het welzijn van alle wijkbewoners te voorzien. Het voorbeeld van Hans van Nispen (bij "wijksteunpunt") laat zien wat er door een goede samenwerking tot stand kan komen.

3.2.4. Wijk zonder scheidslijnen⁶¹

(Vraaggestuurd en integraal werken, onderzoek, opbouwwerk)

De markt van zorg en welzijn is nog steeds overwegend een aanbodmarkt waarin categoriale aanbieders het voor het zeggen hebben. In de praktijk heeft elke instelling zijn eigen doelgroep. In Haarlem is een onderzoek gedaan waaruit bleek dat de instellingen voor zorg en welzijn voor 60 tot 70 procent identieke diensten verlenen. In Leiden is een dergelijk onderzoek nog niet gedaan, maar de verwachting is dat de cijfers niet veel zullen afwijken van die uit Haarlem.

Het ideaal is een wijk zonder scheidslijnen, waar mensen die aangewezen zijn op hulp kunnen wonen, waar en hoe zij dat willen. Hierbij wordt uitgegaan van wat er aan zorg en diensten nodig zijn in de wijk, en niet - zoals nu het geval is - van bestaande categoriale organisaties en hun aanbod.

Een andere visie op de wijk kan handen en voeten krijgen door te werken met een Programma van Eisen voor welzijn en zorg. Zo'n Programma van Eisen is een heel concreet en in meetbare prestaties gegoten overzicht; niet alleen van in samenhang te leveren diensten en producten, maar ook van datgene wat daarmee bereikt moet worden.



Het opstellen van een Programma van Eisen (PvE) is in de eerste plaats een manier om de gebaande paden te verlaten en het categoriale denken los te laten. In het kader van een gezamenlijke krachtenveldanalyse kun je vragen stellen als: 'Waar ben je goed in, waar ligt de kracht van jouw organisatie?', en 'Wat zou je aan anderen over kunnen laten?'. Vervolgens kun je een veel efficiënter samenspel ontwikkelen.

Door samenhangende diensten te bundelen in dienstengroepen, ontstaat er een ordening die de traditionele kokers en schotten overstijgt. Bovendien kan men met een PvE de overlap blootleggen in het huidige aanbod

van diensten door verschillende organisaties en kan men diensten en voorzieningen op het gebied van wonen zorg en welzijn in samenhang ontwikkelen.

Om een wijk zonder scheidslijnen op te zetten, moeten alle betrokkenen een ingewikkelde exercitie uitvoeren die bestaat uit ten minste drie stappen:

- denken over zorg vanuit het leven van alledag en vanuit de mogelijkheden in de gebouwde omgeving;
- omsmeden van die zorg tot een keten van diensten en organisaties die op elkaar aansluiten;

⁶¹ Lammers en Van Sommeren, 2004 Vitale stad (congres WMZ, op weg naar een integraal lokaal zorgaanbod), Wijk zonder scheidslijnen,

- vertalen van die transmurale zorgketen naar het niveau van wijk en buurt: de wijkketenzorg. Deze veelbelovende aanpak is ontwikkeld voor IJburg in Amsterdam, maar wordt ook elders toegepast of ontwikkeld, zoals in Hilversum en Almere, zij het in sterk aangepaste vorm. Het gaat hier om een belangrijk onderdeel ter versterking van de sociale pijler. Door aanbieders te 'dwingen' -via een PvE- uit te gaan van het dagelijks leven, worden de voorzieningen in de wijk vanuit een ander gezichtspunt bekeken: de klant of bewoner staat opeens centraal.

Betekenis voor de LWO

Een dergelijke aanpak zou in Leiden ook kunnen werken. In de (concept)nota Wonen, zorg en welzijn van de Gemeente Leiden staat te lezen dat "de Gemeente namens de inwoners van Leiden een stimulator van samenhang wil zijn, door te bevorderen dat voorzieningen, activiteiten en projecten die (mede) gericht zijn op wonen, zorg en welzijn waar nodig op elkaar worden afgestemd". De Gemeente wil hierbij de rol van procesmanager aannemen en zal trachten de verschillende partijen tot samenwerking te brengen.

In het ideaal van een wijk zonder scheidslijnen wordt nadrukkelijk uitgegaan van wat er aan diensten en zorg nodig is in een wijk. Dit betekent wel dat het dan goed duidelijk moet zijn wat de behoeften en wensen van de bewoners van bepaalde wijken zijn. De kracht van de LWO ligt in het contact met de bewoners van de wijken. Zij is dan ook de aangewezen organisatie om de partners in het overleg te voorzien van de benodigde informatie met betrekking tot die bewoners.

Bij het opstellen van een Programma van Eisen kan de LWO nadrukkelijk de bewoners betrekken. Ervaringsdeskundigen weten tenslotte als geen ander wat er in een wijk nodig is.

Bijvoorbeeld d.m.v. buurtpanels (zie 3.2.7) of patiënten- en cliëntenraden die volgens de ABCD-methode en activerend onderzoek tot stand gekomen zijn. Ook kunnen er door buurtopbouwwerkers behoefteonderzoeken gedaan worden die een duidelijk beeld scheppen van wat er op het gebied van wonen, zorg en welzijn in een bepaalde wijk ontbreekt of gewenst is.

3.2.5. PGB voor welzijn

(Vraaggestuurd werken)

De Gemeente Almelo heeft de "Ineke Haas-Berger prijs 2003" gewonnen voor het project "Perspectief met persoonsgebonden budget voor welzijn". De prijs is bedoeld voor gemeenten en organisaties die de maatschappelijke participatie van gehandicapten en chronisch zieken bevorderen. Doel van het project is om chronisch zieken en gehandicapten een budget aan te bieden dat zij naar eigen inzicht kunnen besteden aan sport, cultuur, educatie of andere vormen van vrijetijdsbesteding. Volgens de initiatiefnemers is dit idee van grote waarde voor een omvangrijke groep mensen die moeite heeft met het leggen van sociale contacten en het invullen van (vrije) tijd. De jury oordeelde "dat de koppeling van zorg en welzijn bijzonder is. Er wordt niet uitgegaan van een aspect, zoals vervoer of sportvoorzieningen, maar van maatschappelijke deelname op uiteenlopende terreinen. Ook de ruimte die mensen door dit budget krijgen om hun eigen, persoonlijke keuzes te maken sprak aan."⁶²

Met de invoering van persoonsgebonden budgetten krijgt de zorgbehoevende cliënt meer mogelijkheden om de regie te voeren over zijn eigen leven. Hij kan zelf bepalen waar hij de benodigde zorg en welzijn 'inkoopt' die hij in zijn specifieke situatie nodig heeft.

Betekenis voor de LWO

Dit voorbeeld toont aan dat creatieve initiatieven beloond kunnen worden. Soms is er vanuit onverwachte hoek geld beschikbaar voor welzijnsactiviteiten. Staatssecretaris Ross-van Dorp heeft het in een interview in Zorg+Welzijn (2003) al aangegeven: "Als je weet wat je wil, kan je bij mij om geld komen. Als ik duidelijk in beeld heb wat de opbrengst is, ben ik in het kader van de nieuwe Welzijnsnota bereid dat te steunen".

De LWO kan met het aanboren van geldbronnen naast de reguliere subsidies wat minder afhankelijk worden van de Gemeente Leiden.

⁶² www.nietafwachten.nl

Initiatieven kunnen door middel van projectaanvragen gedaan worden bij diverse fondsen, zorgkantoren, de RijksOverheid, de Provincie en eventueel, zoals in het voorbeeld, meedingen naar prijzen. Het voordeel van projectaanvragen is bovendien dat de vraag duidelijk moet zijn, en dat de doelen en de verwachte effecten nauwkeurig omschreven dienen te worden. Projectmatig werken is op deze manier dan ook resultaat- en vraaggestuurd. En wanneer een project goed slaagt kan de LWO met de evaluaties aantonen wat zij kan betekenen voor de zorgbehoevende inwoners van Leiden.

3.2.6. Buurtpanels voor leefbaarheid⁶³

(Vraaggestuurd en integraal werken, activerend onderzoek, opbouwwerk)

In drie Amsterdamse wijken is het concept van Buurtpanels in 2002 experimenteel opgezet. Eind 2002 resulteerde dit in drie nieuwe, multicultureel samengestelde bewonersgroepen (buurtpanels) met duidelijke ambities om zich voor hun buurt in te blijven zetten.

Het opzetten van een Buurtpanel neemt circa 1 jaar in beslag. Het proces vergt een relatief grote start-investering. Na de opbouwfase volgt een onderhoudsfase: het bieden van blijvende ondersteuning vanuit de Gemeente, een corporatie, een opbouwwerkinstelling.

Voorwaarden zijn:

- Bereidheid om te investeren in de sociale infrastructuur en daarbij mikken op het totstandkomen van netwerken.
- Het vinden van 'trekkers' in de buurt: sleutelfiguren die tezamen een representatieve doorsnee van de wijk vormen.

Stichting De Wijk werkte in de aanloopfase samen met (diensten van) de stadsdelen (Gemeente), corporaties, politie, bedrijven, opbouwwerkorganisaties en een breed scala van partners uit de lokale sociale kaart.

De pilotfase van 'Buurtpanels' is positief afgerond met de installatie van de beoogde drie bewonersnetwerken én met een duidelijk toekomstperspectief.

In 2003 en 2004 worden deze panels vanuit Stichting De Wijk blijvend ondersteund, de resultaten gemonitord en de methodiek voor derden toegankelijk gemaakt.

Betekenis voor de LWO

Dit initiatief past in het streven van de Overheid naar grotere invloed van bewoners bij het inrichten van hun woon- en leefomgeving. In de WMO wordt gepleit voor meer verantwoordelijkheid en meer (zelf)organisatie van burgers, oftewel het versterken van de civil society.

De LWO heeft het versterken van de civil society prioriteit gegeven. Opbouwwerk kan hier een belangrijke rol in spelen. Met bijvoorbeeld de ABCD-methode of activerend onderzoek kunnen de 'trekkers' in de buurt opgespoord worden en hun rol worden versterkt. Het opbouwwerk kan na de installatie de buurtpanels blijven ondersteunen, waarbij het wel de bedoeling is dat de buurtbewoners zoveel mogelijk zelfstandig functioneren.

3.2.7. Loket W⁶⁴

(Vraaggestuurd en integraal werken)

Welzijnsinstellingen worden geacht de omslag te maken van aanbodgericht naar vraaggestuurd werken. In Eindhoven is als resultaat van een fusie van elf instellingen een grote Welzijnsinstelling, Loket W, gevormd. Ook deze instelling staat voor de uitdaging meer vraaggestuurd te werken. Uitgangspunt in de werkwijze van Loket W is de ontwikkeling van een aanbod op stadsdeelniveau. In eerste instantie zal in één wijk geëxperimenteerd worden met een vraaggestuurde werkwijze. In een later stadium worden de opgedane ervaringen benut ten behoeve van een vraaggestuurde werkwijze in alle stadsdelen⁶⁵.

⁶³ www.wijk.nl/doen.buurtpanels.html

⁶⁴ Zie voor verdere informatie: PON-publicatie, maart 2004: LoketW: op weg naar vraaggestuurd werken

⁶⁵ <http://www.devraagaanbod.nl/ervaringen/?ervaring=8>

In het systeem van beleidsgestuurde contractfinanciering tussen Loket W en de Gemeente is vraaggestuurd werken verankerd. Op basis van wijkanalyses wordt het welzijnsbeleid bepaald. In de periode medio 2002 tot en met eind 2003 zijn de ontwikkelingen binnen Loket W gevolgd. Succes- en faalfactoren zijn:

- *Goede randvoorwaarden: de tijd* lijkt tot op heden in het nadeel van een planmatige benadering te werken, beslissingen worden sterk onder tijdsdruk genomen.
- *Heldere kaders:* duidelijk moet zijn wie tot op welke hoogte *verantwoordelijk* is voor het verloop van processen. Vraagsturing impliceert een grote mate van invloed door burgers. Tegelijkertijd is er behoefte aan *beheersbaarheid*, aan structurering van het aanbod om een verantwoorde beleidsvoering mogelijk te maken. Binnen het stadsdeel zijn diverse organisaties actief om het welzijn van de burgers te bevorderen. Duidelijk moet zijn wie verantwoordelijk is voor de uitvoering van welke taak en hoe *afstemming* kan plaatsvinden.
- *De juiste geografische schaal:* voor een van die stadsdelen met 65.000 inwoners wordt nu een welzijnsplan ontwikkeld. De vraag is of op dat niveau sprake kan zijn van daadwerkelijke vraagsturing. In de praktijk blijkt er een drang te zijn om te zoeken naar een meer ‘behapbaar’ niveau van bijvoorbeeld buurten of specifieke groepen binnen de bevolking.
- *Onderscheid maken tussen strategisch en operationeel niveau:* wil je burgers intensief betrekken bij de totstandkoming van een welzijnsplan en de tamelijk abstracte, maar wel richtinggevende keuzes die daarin gemaakt worden of investeer je juist in een betrokkenheid bij de directe, concreet waarneembare leefomgeving van burgers en het zoeken en implementeren van oplossingen voor concrete problemen?

Loket W blijkt inmiddels in diverse overleg- en onderhandeltrajecten rond de verdere uitbouw van nieuwe werkwijzen en samenwerkingsvormen met de lokale Overheid te zijn beland. Trajecten die veel tijd en energie vergen.

Daarmee is de invoering van een (meer) vraaggestuurde werkwijze binnen Loket W nog niet afgerond. De invoering van vraaggestuurd werken is een kwestie van lange adem. Zowel op stedelijk als stadsdeelniveau zijn inspanningen en aandacht noodzakelijk.

Betekenis voor de LWO

In dit voorbeeld komt duidelijk naar voren dat bij vraaggestuurd werken, goed samenwerken een voorwaarde is. Daarbij moet het duidelijk zijn wie voor welke taken verantwoordelijk is. En daadwerkelijke vraagsturing kan volgens dit voorbeeld het best tot zijn recht komen op een ‘behapbaar’ niveau. Dit pleit voor wijkgericht werken.

De Gemeente Leiden heeft in haar 7 speerpunten van beleid aangegeven te kiezen voor een wijkgerichte benadering. Zij wil per samenhangend woongebied een analyse maken van de huidige stand van zaken en de verwachte ontwikkelingen. Dit lijkt een goed uitgangspunt voor de start van een integrale samenwerking tussen alle organisaties die in een bepaald gebied werkzaam zijn. Voor de LWO betekent dit een bevestiging van wat zij in de programmalijn Wonen, zorg en welzijn al als doelstelling had aangegeven: “Bevorderen en uitwerken van een goede samenwerking en afstemming tussen diverse instellingen, gericht op het vraaggestuurde aanbod”. In de enquête geeft Ineke Alsem van de MO-groep hierbij de tip dat de LWO: “Vooral door moet gaan met lokaal samenwerking te zoeken met andere welzijnsorganisaties, zoals welzijn ouderen en het Algemeen Maatschappelijk Werk; samen een netwerk te vormen met wonen en zorg, en goede relaties te onderhouden met de Gemeente en zorgkantoren”. Verder wijst zij erop dat er ongetwijfeld concurrentie op zal treden, maar dat de LWO moet vertrouwen op het eigen aanbod: “Wees daar helder in en profileer waar je goed in bent”.

3.2.8. Regionale Beleidstafel Zorg

(Integraal werken)

Alcides ZuiderAmstel is een (brede) Welzijnsorganisatie. Als brede welzijnsorganisatie biedt Alcides ZuiderAmstel een eigentijds programma voor vrijetijdsbesteding, zij verzorgt deskundige kinderopvang, ondersteunt ouders en opvoeders en stimuleert mensen maatschappelijk actief te blijven. Zij zijn verantwoordelijk voor de oprichting van een gezamenlijke stichting.

Met de GGZ hebben zij een samenwerkingsproject om psychogeriatrische ouderen zodanig te begeleiden/ondersteunen dat zij langer thuis kunnen blijven wonen. Met genoemde organisaties participeren zij in een Regionale Beleidstafel Zorg. Alle partijen hebben een intentieverklaring getekend dat iedere cliënt als cliënt van de gezamenlijke partijen wordt beschouwd (Gezamenlijke verantwoordelijkheid, o.a. door gebruik te maken van een gezamenlijke mailkring. Hier worden cliënten, die meer zorg nodig hebben dan de organisatie waar de cliënt is binnengekomen kan bieden, besproken).

Doordat men bij samenwerking overleg pleegt, vindt er kennisoverdracht plaats waardoor men van elkaar weet wat men kan bieden. Hierdoor verbetert de afstemming en hoeven cliënten niet nodeloos te shoppen. Daarnaast zijn er positieve neveneffecten zoals uitbreiding van de mogelijkheden voor de cliënt, vernieuwing en ontwikkeling.

Betekenis voor de LWO

In de praktijk blijkt dat vooral de (financiële) belangen van de verschillende instellingen de samenwerking kunnen bemoeilijken. Uit vrees voor concurrentie probeert men het belang van de eigen organisatie voorop te stellen. Het succes van het samenwerkingsproject in het voorbeeld ligt waarschijnlijk in het tekenen van een intentieverklaring. Met het tekenen van die intentieverklaring hebben de gezamenlijke partijen aangegeven dat iedere cliënt als cliënt van de gezamenlijke partijen wordt beschouwd. Dit heeft geleid tot betere arrangementen wonen-welzijn-zorg aan thuiswonende kwetsbare burgers. Michel Idsinga van Alcides geeft in onze enquête aan: "In gezamenlijkheid blijkt er meer mogelijk te zijn voor de cliënt. Daarnaast wordt duidelijker waar de structurele problemen zitten". Hij geeft verder aan dat de samenwerking met GGZ Buitenamstel tot effect heeft gehad dat een gezamenlijk project voor PG-ouderen zeer succesvol is: "Uit onderzoek blijkt dat wij (GGZ en Alcides) in staat zijn PG-ouderen, met behoud van kwaliteit van leven, langer thuis kunnen laten functioneren". Hiermee wordt aangetoond dat winst situaties kunnen ontstaan door samenwerking. Zowel de cliënten als de samenwerkende instellingen hebben er voordeel bij.

3.2.9. Heft in eigen hand

(Activerend onderzoek, opbouwwerk, outreachend werken)

Een voorbeeld van activerend huisbezoek is 'Het heft in eigen hand', een huisbezoekproject voor ouderen. Het doel van het project is: Ouderen die door omstandigheden tijdelijk uit het lood



geslagen zijn weer grip te bieden op het leven"⁶⁶. Het project richt zich op ouderen die buiten de dagelijkse of directe zorg vallen van instellingen en hulpverleners. De doelstelling van het project is tweeledig. Het eerste deel bestaat uit het voor een beperkte periode, in en zo vroeg mogelijk stadium, verrichten van huisbezoeken door vrijwilligers. De vrijwilligers proberen de ouderen uit hun sociaal isolement te halen door hen te helpen (weer) meer actief en zelfredzaam te worden en grip op het leven terug te winnen.

Het tweede deel bestaat uit het signaleren van enerzijds de tekortkomingen in het sociaal leefklimaat van ouderen (waardoor dreigend sociaal isolement kan worden voorkomen) en anderzijds het genereren van eigen oplossingen van ouderen. De werkmethode die daarbij wordt gehanteerd bestaat uit drie stappen die leiden tot anders kijken (situatieverheldering), anders denken (perspectiefontwikkeling) en anders doen (actieondersteuning).

Betekenis voor de LWO

Het project 'Heft in eigen Hand' is door de LWO in twee wijken van Leiden uitgevoerd. De resultaten waren zo positief dat het waarschijnlijk stedelijk ingezet gaat worden. In de opzet van dit project worden de huisbezoeken beperkt tot de doelgroep ouderen. Maar ouderen zijn niet de

⁶⁶ Projectplan 'Heft in eigen hand, 2004

enigen die met sociaal isolement te maken kunnen krijgen. Ook andere kwetsbare mensen kunnen vereenzamen. De werkmethode van 'Het heft in eigen hand' zou heel goed toe te passen zijn ten behoeve van alle bewoners in de wijk die extra aandacht nodig hebben.

3.2.10. Behoeftesonderzoek in Olland

(Onderzoek, vraaggestuurd werken)

Het bestuur van gemeenschapshuis de Holm in Olland, ziet zich voorjaar 2002 voor de vraag gesteld of de huidige accommodatie moet worden opgeknapt of dat nieuwbouw een beter alternatief is. Beantwoording van die vraag was mede afhankelijk van het toekomstige activiteiten-aanbod. Om dat te kunnen bepalen vond het bestuur het belangrijk te weten welke behoeften er waren bij de bewoners van Olland. De Brede Welzijnsinstelling (BWI) in St. Oedenrode had in haar beleidsplan 2002-2006 al aangegeven dat haar inhoudelijk aanbod bepaald moest worden door de vraag uit de lokale samenleving. De problematiek rond de Holm paste perfect in het streven naar vraaggestuurd werken. Prisma Brabant heeft de BWI-uitvoerders van het onderzoek begeleid.

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is gebruik gemaakt van een combinatie van instrumenten voor vraagsturing die gefaseerd zijn ingezet: na het opstellen van de vragenlijsten zijn 25 bewoners van Olland met diverse achtergronden gevraagd de vragenlijst te bespreken. Deze consultatie vond plaats in twee rondetafelgesprekken. Hierna is een definitieve enquête samengesteld. Alle bewoners van Olland hebben het uitgebreide enquêteformulier met 77 vragen ontvangen. Voor jongeren was een apart inlegvel toegevoegd. De enquêteformulieren zijn huis-aan-huis door de buurtverenigingen opgehaald. Daarnaast vonden 10 interviews plaats met dorpsbewoners, deze werden afgenomen door BWI-medewerkers. De uitkomsten van de enquête en de interviews zijn gepresenteerd tijdens een informatieavond voor de dorpsbewoners en door hen becommentarieerd. Op basis van de voorgaande stappen is een conceptrapport opgesteld dat is besproken door het bestuur van De Holm. Mei 2003 is het eindrapport aangeboden aan het bestuur.

De inhoudelijke resultaten van het onderzoek zijn in dit verband minder belangrijk dan de mate waarin men er in Olland in geslaagd is om de bevolking te betrekken bij het vraagstuk van de toekomst van het dorps huis. Met betrekking tot het verloop van het proces kan worden opgemerkt dat alle betrokkenen daarover tevreden waren. Een indicatie voor een succesvol verloop is de zeer hoge respons op de enquête: van de 370 uitgezette formulieren zijn er 214 terug ontvangen (ruim 57%).

Betrokkenen noemen zelf als belangrijke succesfactoren:

- Bereidheid van de lokale Overheid om mee te werken
- Er is zorgvuldig gezocht naar draagvlak bij gebruikers en bewoners
- Open en brede communicatie over de problematiek en oplossingsrichtingen
- Resultaatgerichtheid
- Grote betrokkenheid van bewoners bij het onderwerp.

Betekenis voor de LWO

De LWO zou bij het uitvoeren van behoeftesonderzoeken die nodig zijn om de vragen en wensen van zorgbehoevende burgers in beeld te brengen, gebruik kunnen maken van deze manier van onderzoeken. Door bewoners nadrukkelijk te betrekken bij het opstellen van de vragenlijsten en de buurtverenigingen te betrekken bij de uitvoering van het onderzoek, is de respons groot en zijn de conclusies van het onderzoek representatief. Het draagvlak voor de nieuwe ontwikkelingen is daarmee vergroot. Dit voorbeeld toont bovendien aan dat vraaggestuurd werken de betrokkenheid van de bewoners sterk bevordert.

3.3. Samenvatting en conclusie

Voor de (re)integratie van zorgbehoevende burgers in de wijk moeten zowel de zorgbehoevende burger als de samenleving klaar zijn. Het opbouwwerk kan hierin een belangrijke taak vervullen.

Bij het opbouwwerk is “samenlevingsopbouw” dé kerntaak, met als belangrijke doelen empowerment, het versterken van de eigen kracht en sociale cohesie. De kracht van opbouwwerk ligt in de organisatie van mensen en op het inzetten van hun kwaliteiten en talenten. Daarmee is het een methode die een belangrijke rol kan vervullen in de vermaatschappelijking van de zorg. Zonder mantelzorgers of vrijwilligers is het voor iemand met een zorgbehoefte vaak onmogelijk om kwalitatief verantwoord zelfstandig te wonen. Het opbouwwerk kan een rol spelen in het bouwen van netwerken van vrijwilligers rond zorgbehoevende burgers. Bij het versterken van de rol van de vrijwilligers moet er ook aandacht zijn voor de competenties van die vrijwilligers. Door de toenemende vraag en de complexiteit van de zorg worden vrijwilligers steeds zwaarder belast.

Het voorbeeld ‘Vriendendienst’ toont aan hoe belangrijk het voor mensen met een beperking is ondersteund te worden bij het vinden van de weg (terug) in de maatschappij. Ondersteuning en werving van vrijwilligers is hiermee een belangrijke voorwaarde voor de (re)integratie van zorgbehoevende burgers in de wijk.

(Re)integratie van zorgbehoevende burgers in de wijk vraagt om inkluderend beleid, voor *alle* burgers, ook die met een beperking. Welzijnsinstellingen zullen zich meer moeten richten op burgers met zorg- en hulpvragen. Versnippering is een grote bedreiging voor de welzijnssector. In samenwerking met de zorgaanbieders en in goede relatie met de Gemeente en de zorgkantoren kan men komen tot een sluitend netwerk van woon-, zorg- en welzijnsvoorzieningen.

In samenwerking met Gemeente en andere instellingen kan de LWO de omslag maken van aanbodgericht naar een integraal, vraaggestuurd welzijnsbeleid. Integraal werken vereist een aanpak waarbij de problemen in de volledige maatschappelijke context gezien moeten worden. In een gezamenlijke (wijk)visie wordt niet het eigen aanbod, maar de vraag en de behoeften van de bewoners centraal gesteld. Een ‘wijk zonder scheidslijnen’ is het ideaal.

Zorgbehoevende burgers beschikken op dit moment over te weinig keuzemogelijkheden, hun beleving en ervaringen staan niet centraal. Empowerment kan de zorgbehoevende burger meer zeggenschap geven over zijn eigen leven. Door participatief beleid worden mensen met een beperking in staat gesteld duidelijk te maken wat hun behoeften en wensen zijn. Door middel van onderzoek of door mee te praten in buurtpanels of cliëntenraden kunnen de zorgbehoevende burgers invloed uitoefenen bij het inrichten van hun eigen leef- en woonomgeving.

De keuzevrijheid vermindert de afhankelijkheid en heeft daarmee een positief effect op de emancipatie en participatie van de zorgbehoevende burgers. Sommige zorgbehoevende burgers lukt het echter niet goed om de juiste vraag op de juiste plek te stellen, met als gevolg eenzaamheid en sociale uitsluiting. Om deze ‘kwetsbare’ mensen weer te betrekken bij de samenleving is een meer outreachende benadering nodig, waarbij mensen geactiveerd worden zelf in actie te komen om hun situatie te veranderen.

Voor sociale en maatschappelijke participatie is betrokkenheid van de samenleving bij de ‘kwetsbare’ mens een eerste vereiste. Met Kwartiermaken worden mensen zonder en mensen met een beperking betrokken bij elkaar, waardoor er ruimte gemaakt wordt in de samenleving voor mensen die ‘anders’ zijn.

Hoofdstuk 3 laat zien dat er al veel kennis is ontwikkeld die relevant is voor de (re)integratie van mensen met een beperking. Het ontbreekt echter vaak aan samenhang, waardoor de aanwezige kennis onvoldoende wordt benut. Om de bestaande kennis optimaal te benutten moeten mogelijkheden worden gecreëerd om deze uit te wisselen, te verbinden en te verspreiden. Bovendien moet de toepassing ervan in de praktijk worden bevorderd.

4. PLAN VAN AANPAK

In dit hoofdstuk willen we de LWO een plan van aanpak bieden. De belangrijkste drijfveer voor de LWO moet daarbij zijn dat zij zorgbehoevende burgers helpt om hulpbronnen aan te boren om de (re)integratie in de wijk te laten slagen. Met andere woorden: De LWO helpt zorgbehoevende burgers hun sociaal kapitaal op te bouwen.

Met dit plan van aanpak geven we antwoord op de tweede deelvraag: *met welke middelen kan de LWO bijdragen aan de (re)integratie van zorgbehoevende burgers in de wijk.*

Omdat er momenteel bij de LWO nog niet iets dergelijks op tafel ligt is dit plan een eerste aanzet. En omdat het plan een vrij groot aantal adviezen omvat is het niet tot in de puntjes uitgewerkt. Wij willen hiermee een aantal wegen aangeven die de LWO volgens ons zou moeten bewandelen. Voordat de LWO ze dan ook daadwerkelijke gaat uitvoeren zal zij de adviezen eerst gedetailleerder moeten uitwerken.

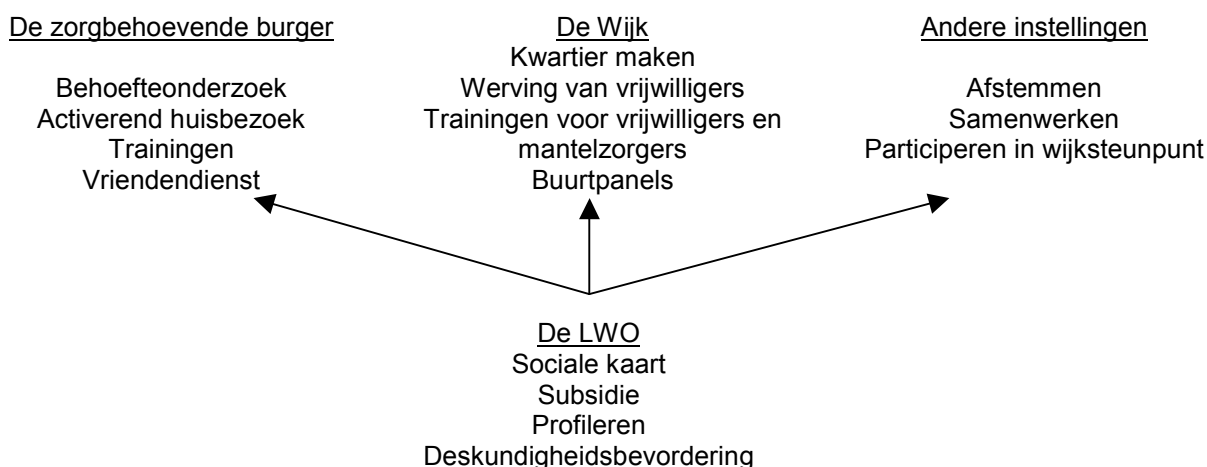
Bij het bijdragen aan de (re)integratie van zorgbehoevende burgers in de wijk moet met verschillende “spelers in het veld” rekening worden gehouden. Allereerst zijn er de zorgbehoevende burgers zelf. Daarnaast is er de wijk met haar bewoners, vrijwilligers en mantelzorgers. Dan zijn er nog de professionals van de zorg- en welzijnsinstellingen, die open moeten staan voor deze nieuwe doelgroep.

Hierbij willen we de tip meegeven om als organisatie het specifieke denken en werken met en voor “doelgroepen” zoveel mogelijk los te laten, en integraal te werken. De LWO moet dus vast blijven houden aan haar eigen missie en visie, die stelt dat zij “participatie en sociale samenhang in Leiden en omgeving bevordert en tevens streeft naar een samenleving waarin iedereen meetelt en niemand buiten de boot valt”. Want “hoe beter het algemeen beleid rekening houdt met mensen met een beperking, hoe minder bijzonder beleid nodig is”.⁶⁷

Ons plan omvat per “speler in het veld” een aantal adviezen die we in de paragrafen 4.1, 4.2. en 4.3. beschrijven.

Om die adviezen uit te kunnen voeren zijn er bepaalde middelen nodig, een aantal van de zgn. gotika(f)-aspecten⁶⁸. Deze voor de LWO benodigde middelen werken we uit in paragraaf 4.4.

In een schema ziet het er als volgt uit:



⁶⁷ Ernsting, M., Welzijnsinstellingen en scenario's,

⁶⁸ Grit R., 1997, Projectmanagement

4.1. De zorgbehoevende burger

Vraaggestuurd werken is een van de belangrijkste werkwijzen die kan bijdragen aan de (re)integratie van zorgbehoevende burgers in de wijk. En ook van Overheidswege wordt vraaggestuurd werken zeer dringend geadviseerd, zoniet als voorwaarde gesteld om subsidie te krijgen. Hiermee kan dan ook op een efficiënte manier worden ingespeeld op de vragen die burgers hebben. Voor de LWO is het daarom belangrijk om te weten wat de vragen of behoeften van zorgbehoevende burgers zijn. Dit zou de LWO kunnen doen door middel van behoefteonderzoek.

Maar met (vrijblijvende) enquêtes en interviews bereik je niet alle burgers. Daarom is het noodzakelijk om daarbij outreachend te werken.

Om vervolgens de juiste vraag aan de juiste instantie te stellen moeten zorgbehoevende burgers over bepaalde vaardigheden beschikken, wat niet altijd het geval is. Om dit wel te kunnen moet gewerkt worden aan empowerment.

Voor een meer persoonlijke benadering van zorgbehoevende burgers is uitbreiding van de bestaande Vriendendienst gewenst.

Advies

Wij adviseren de LWO daarom om behoefteonderzoek te doen. En daarnaast activerend huisbezoek, waarmee meer outreachend wordt gewerkt. Vervolgens kan de LWO trainingen aanbieden die gericht zijn op empowerment van de burger. Verder adviseren wij om de reeds bestaande Vriendendienst in Leiden uit te breiden en aan te bieden aan alle zorgbehoevende burgers.

4.1.1. Behoefteonderzoek

Vraagsturing betekent dat het aanbod afgestemd is op de vraag van de klanten. En die vragen zijn op dit moment niet voldoende bekend. De werkers van de LWO maken op dit moment nog plannen gebaseerd op de eigen (vaak intuïtieve) bevindingen m.b.t. traditioneel benoemde achterstandsgroepen, zoals ouderen en allochtonen, signalen vanuit de diverse professionele netwerken en signalen uit de wijk. De bewoners zelf worden er niet bij betrokken, de verborgen vragen zijn niet bekend.



Dit betekent dus dat de LWO op zoek moet gaan naar die vragen. De LWO kan dat doen op de wijze zoals beschreven in het behoefteonderzoek in paragraaf 3.2.10. De LWO stelt daartoe een conceptvragenlijst op die zij met een aantal wijkbewoners (met verschillende achtergronden) bespreekt. Dan wordt de definitieve vragenlijst vastgesteld die wordt rondgedeeld én opgehaald door buurtverenigingen en sleutelfiguren. Hierna vinden interviews plaats met een aantal wijkbewoners die de vragenlijst hebben ingevuld, waarna de uitkomsten van de enquête door LWO en wijkbewoners gezamenlijk worden gepresenteerd in een buurthuis.

Wij wijzen er in dit verband op dat er al veel onderzoek is gedaan bij de doelgroep ouderen. In Leiden worden alle inwoners van 75 jaar en ouder bezocht door stg. Dienstverlening Leiden. En de Gemeente Leiden heeft onlangs een grote stadsenquête onder ouderen uit laten voeren. Maar met betrekking tot de behoeften en wensen van zorgbehoevende inwoners van Leiden jonger dan 55 jaar zijn er geen gegevens. De LWO zou zich bij de onderzoeken dan ook voornamelijk moeten richten op deze groep.

4.1.2. Activerend huisbezoek

Om problemen en vragen beter te kunnen signaleren en tegelijkertijd met die vragen aan het werk te gaan is activerend huisbezoek een goede manier. De outreachende werkmethode van 'Het heft in eigen hand' is erg geschikt om toe te passen bij alle 'kwetsbare' mensen die in een sociaal isolement dreigen te raken.

Om deze groep in de wijk goed in beeld te krijgen, is samenwerking met BuurtMaatschappelijkWerk, Meldpunt vangnet en advies en de politie noodzakelijk. Uiteraard moet hier met het oog op de privacy zorgvuldig mee omgegaan worden. Verder zijn contacten met zorgaanbieders en woningcorporaties belangrijk. Deze instanties zouden hun (nieuwe) cliënten kunnen vragen of zij een huisbezoek van de LWO op prijs stellen.

4.1.3. Trainingen

Je vraag stellen, op het juiste moment, op de juiste manier en aan het juiste adres is een hele kunst. Je moet daar behoorlijk wat voor in je mars hebben. Lang niet iedereen is dat gegeven. Maar het kan vaak wel geleerd worden. Om de wijkbewoners mondiger te “maken” zou de LWO een empowermenttraining in haar pakket moeten hebben die hierop gericht is. Deze training moet zo dicht mogelijk bij de deelnemers gegeven worden. De buurthuizen van de LWO zijn hier geschikt voor, maar er zou hierbij ook gebruik gemaakt kunnen worden van gebouwen van andere instellingen. Belangrijk is om bekendheid te geven aan deze trainingen. Dat kan door middel van de huis-aan-huis-bladen, maar ook een persoonlijke benadering (naar aanleiding van een van de onderzoeken) is een goede manier. Juist de persoonlijke contacten zijn erg belangrijk bij het activeren van wijkbewoners die (nog) niet zo assertief zijn dat ze overal zelf op af stappen.

4.1.4. Vriendendienst

De Vriendendienst is een goede manier om zorgbehoevende burgers te helpen (re)integreren in de wijk. Maar zoals die dienst nu in Leiden is georganiseerd, is hij teveel gericht op de eigen doelgroepen van de verschillende organisaties. De LWO is er voor iedereen en zou ertoe moeten aanzetten dat de Vriendendienst waarin zij participeert doelgroepneutraal wordt aangeboden. Gevolg hiervan is dat de behoefte aan specifieke vrijwilligers nog verder toenemen. De LWO zal dus sterker moeten inzetten op de werving en ondersteuning van die vrijwilligers (zie 4.2.2.).

4.2. De Wijk

De wijk moet een leefbare woonomgeving zijn voor alle bewoners, dus ook de voor de bewoners met een zorgbehoefte. Zorgbehoevende bewoners kunnen alleen dan integreren als de samenleving er klaar voor is. De ‘gewone’ wijkbewoners moeten bereid zijn de ‘nieuwe’ bewoners in hun midden op te nemen en zich voor hen in te spannen. Over het algemeen kan gezegd worden dat de bereidheid van mensen om bijvoorbeeld een psychiatrische patiënt als buurman te accepteren er wel is, maar: onbekend maakt onbemind. Het is dan ook van belang dat de LWO zorgt voor voorlichting in de wijk (kwartiermaken) zodat de (nieuwe) burens weten wie er naast hen (komt) wonen.

Vrijwilligers en mantelzorgers, die zich al inspannen voor hun naaste, hebben een zware taak. Om hen toe te rusten voor hun ondersteunende rol kan de LWO hen trainingen aanbieden.

Welke voorzieningen er in een wijk specifiek voor mensen met een beperking nodig zijn, kan het best beoordeeld worden door de ervaringsdeskundigen. In buurtpanels of cliënten- en patiëntenraden kunnen mensen met een beperking zelf zeggenschap uitoefenen op hun eigen woon-en leefomgeving.

Advies

Wij adviseren de LWO de bewoners te ondersteunen bij de herinrichting van de wijk. Die ondersteuning bestaat uit kwartiermaken, vrijwilligers werven, deze vrijwilligers en de mantelzorgers trainingen aanbieden en buurtpanels instellen.

4.2.1. Kwartier maken

Zoals we al eerder zagen staan de meeste mensen in principe niet afwijzend tegenover een nieuwe buurman met een beperking. Maar hoe dichterbij, hoe meer kanttekeningen er worden geplaatst. Vaak heeft dit te maken met angst voor het onbekende.

Multiloogbijeenkomsten, zoals beschreven in paragraaf 3.2.1., kunnen dienen als kennismaking van wijkbewoners met de nieuwe groep burgers in de wijk, en daarmee met hun beperkingen én mogelijkheden. Voor de LWO is dit een goede manier om de wijk, de “ontvangende partij”, klaar te maken voor de “nieuwe” groep bewoners. De LWO vraagt cliënten (in samenspraak met professionals uit de zorg) op bijvoorbeeld wijkavonden te vertellen wat nu eigenlijk hun beperking inhoudt. En hoe zij daarmee omgaan, wat zij niet kunnen, maar ook wat zij wel kunnen. Verder kunnen er in het kader van Kwartiermaken allerlei activiteiten worden georganiseerd die gericht zijn op de ontmoeting en de samenwerking tussen mensen met en mensen zonder beperking. Voorbeelden hiervan zijn ook te vinden in paragraaf 3.2.1.

4.2.2. Werving van vrijwilligers

De Vriendendienst en de Vrijtijdsbank in Leiden zijn goede projecten om de (re)integratie van zorgbehoevende burgers te bevorderen. Hiervoor is echter een groot aantal vrijwilligers nodig. En we zien dat ook op andere terreinen een steeds groter beroep wordt gedaan op vrijwilligers. De ervaringen in dergelijke projecten zijn zeer positief, maar het blijft erg moeilijk om voldoende geschikte vrijwilligers te vinden om aan de vraag te voldoen. De LWO zal sterker moeten inzetten op de werving en coördinatie van vrijwilligers met verschillende competenties. Door middel van de ABCD-methode, activerend onderzoek en multiloogbijeenkomsten kan op een andere manier dan tot nu toe gebruikelijk is gezocht worden naar vrijwilligers. Vooral de persoonlijke benadering waarbij men actief contact legt met potentiële vrijwilligers kan hierbij een positief resultaat opleveren.

4.2.3. Trainingen voor vrijwilligers en mantelzorgers

Naast het werven van vrijwilligers zou ook zeker aandacht besteed moeten worden aan het bevorderen van de deskundigheid van de vrijwilligers. Er wordt veel gevraagd van vrijwilligers. Zeker voor de mantelzorgers (die we ook vrijwilligers noemen) die vaak een sterke emotionele binding hebben met degene waar ze voor zorgen, is het werk zwaar.

Bij het ondersteunen van vrijwilligers en mantelzorgers zal de LWO ook de nodige aandacht moeten hebben voor empowerment, oftewel het versterken van de ‘kracht’ van deze vrijwilligers. De LWO zou dat in dit geval ook kunnen doen door middel van trainingen of cursussen. En net als bij de trainingen voor de zorgbehoevende burgers zelf, is het ook hier belangrijk om op een goede manier bekendheid te geven aan deze trainingen, zoveel mogelijk door middel van persoonlijk contact.

4.2.4. Buurtpanels

Omdat zorgbehoevende burgers vaak nog te weinig macht hebben om hun leven voldoende vorm te geven zou de LWO buurtpanels moeten instellen zoals in het voorbeeld van paragraaf 3.2.6.

Een buurtpanel moet worden samengesteld uit mensen die goed de gevoelens en ervaringen kunnen verwoorden die kenmerkend zijn voor de ‘grotere groep’. Bij het instellen van een buurtpanel zal er op gelet moeten worden dat het panel als geheel een weerspiegeling is van de verschillende categorieën wijkbewoners. Belangrijk bij het opzetten en onderhouden van buurtpanels is dat de bewoners zoveel mogelijk zelfstandig opereren en alleen waar nodig ondersteund worden door opbouwwerk.

4.3. Andere instellingen

In de (concept)nota Wonen, zorg en welzijn van de Gemeente Leiden staat te lezen dat “de Gemeente namens de inwoners van Leiden een stimulator van samenhang wil zijn, door te bevorderen dat voorzieningen, activiteiten en projecten die (mede) gericht zijn op wonen, zorg en welzijn waar nodig op elkaar worden afgestemd”. De Gemeente wil hierbij de rol van procesmanager aannemen en zal trachten de verschillende partijen tot samenwerking te brengen. Het is een goede zaak om de Gemeente te wijzen op een adequate uitvoering van die regierol.

Op dit moment leidt het bestaan van verschillende systemen voor regie en financiering – zowel vanuit welzijn (Gemeente) als zorg (AWBZ)- voor dezelfde activiteiten tot rechtsongelijkheid, tot onduidelijkheid voor de klant, tot gaten in het aanbod en tot oneerlijke concurrentie⁶⁹.

Advies

Wij adviseren de LWO vooral de lokale samenwerking met andere (welzijns)organisaties te zoeken. En voor een goede afstemming gezamenlijk een netwerk te vormen met wonen en zorg. Daarom is het voor de LWO ook belangrijk om te participeren in wijksteunpunten waar woon-, zorg- en welzijnsvoorzieningen bijeen zijn gebracht.

4.3.1. Afstemmen

In het ideaal van een wijk zonder scheidslijnen (paragraaf 3.2.4.) wordt nadrukkelijk uitgegaan van wat er aan diensten en zorg nodig is in een wijk. Organisaties moeten hun aanbod daar dan op afstemmen. En het maakt daarbij voor een bewoner niet uit welke organisatie dat aanbod doet, als het aanbod maar volledig is.

De LWO moet haar kennis en ervaring op het gebied van wonen, zorg en welzijn gebruiken om met haar specifieke functies (o.a. educatie, dienstverlening, signalering) in te spelen op de gaten in het aanbod. Kennis van de sociale kaart is hiervoor nodig (paragraaf 4.4.1.).

4.3.2. Samenwerken

Samenwerken met alle betrokken organisaties op het gebied van wonen, zorg en welzijn is essentieel zodat er geen overlap in het aanbod, of gaten in de zorg-, hulp- en dienstverlening ontstaan. Bovendien heeft samenwerken als voordeel dat er efficiënter kan worden gewerkt door het delen van kennis en ervaring.

Voor samenwerking met andere organisaties is het nodig om de eigen organisatie goed te kennen. Waar liggen de kwaliteiten en valkuilen, wat is het aanbod? Daarnaast is inzicht in doelstelling en cultuur van andere organisaties in Leiden een voorwaarde. Voor samenwerking is investering nodig: het moet worden ontwikkeld en permanent worden onderhouden.

De LWO en de andere organisaties kunnen de intentie tot samenwerken in een verklaring vastleggen zodat de verschillende partijen zich conformeren aan de afspraken die gemaakt zijn.

Op deze manier worden vragen en problemen van zorgbehoevende burgers in de wijk als een gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle samenwerkende organisaties gezien.

4.3.3. Participeren in een wijksteunpunt

De Gemeente dringt in haar beleid aan op een wijkgerichte benadering. Ook in paragraaf 3.2.7. zien wij het belang daarvan aangetoond. Deze benadering kan in de vorm gegoten worden van een wijksteunpunt (paragraaf 3.2.3). In Leiden is een wijksteunpunt geen onbekend begrip, maar momenteel zijn daar niet alle voorzieningen (met name wonen en welzijn ontbreken) in vertegenwoordigd. Voor een integraal, vraaggestuurd aanbod, waar wij voor staan, is dat wel van belang. De LWO hoeft hier zelf geen voortrekkersrol in te spelen, maar zou de Gemeente kunnen adviseren om hierin de regierol op zich te nemen en per buurt te streven naar één wijksteunpunt waarin alle woon-/zorg-/welzijnsvoorzieningen vertegenwoordigd zijn. Door participatie in de wijksteunpunten kan de LWO samen met de andere organisaties een vraaggestuurd, integraal aanbod doen aan de burgers in de wijk.

4.4. De LWO

De hiervoor genoemde adviezen hebben gevolgen voor de LWO als organisatie. Om de adviezen goed uit te kunnen voeren heeft de LWO een aantal ondersteunende middelen nodig. In deze paragraaf reiken wij een aantal middelen aan waarmee de LWO een bijdrage kan leveren aan de (re)integratie van zorgbehoevende burgers in de wijk.

Advies

Wij adviseren de LWO:

⁶⁹ Standpunt van de Mo-groep, naar aanleiding van het bestuurlijk overleg over de Wet Maatschappelijke Ondersteuning

- Opzetten en actueel houden van een sociale kaart, als middel voor een goede samenwerking met andere welzijns- en zorginstellingen, afstemming van het aanbod en informatie aan wijkbewoners.
- Effectmeting en projectfinanciering als middelen om subsidiëring van de nieuwe en bestaande 'producten' mogelijk te (blijven) maken.
- Profileren als middel om de LWO 'op de kaart te zetten' als de welzijnsorganisatie in Leiden.
- Deskundigheidsbevordering als middel voor implementatie van nieuwe werkwijzen.

4.4.1. Sociale kaart

Voor de LWO

Om goed samen te kunnen werken en het werk op elkaar af te stemmen is het nodig dat bekend is welke instellingen en organisaties er in Leiden en omgeving werkzaam zijn. Daarbij is het van belang om te weten wat al deze organisaties doen, en eventueel kunnen doen. Zo wordt voorkomen dat verschillende instellingen hetzelfde aanbod hebben, én dat er gaten vallen in het aanbod van zorg- en welzijnsvoorzieningen.

Wij adviseren de LWO daarom een sociale kaart op te zetten, die gemakkelijk actueel te houden is. De voorkeur gaat daarom uit naar een digitale vorm. Bovendien zou een digitale sociale kaart via intranet goed bereikbaar zijn voor alle medewerkers.

Voor de wijkbewoners

Naast een middel om aanbod van voorzieningen op elkaar af te stemmen, kan een sociale kaart ook dienen als een gebruiksvriendelijk middel voor informatie aan wijkbewoners. Met de sociale kaart kunnen de wijkbewoners op een gemakkelijke manier informatie opvragen over diensten en instellingen in de welzijns- en gezondheidssector. De sociale kaart voor de wijkbewoners zou de volgende gegevens moeten bevatten: adressen, contactpersonen, openingsuren, uitleg over werkwijze, doelgroep, kosten aan eigen bijdragen, publicaties, samenwerkingsverbanden, vrijwilligers, enz. Ook hier is een digitale vorm aan te bevelen. De wijkbewoners kunnen de sociale kaart dan via internet thuis, en eventueel door middel van een ICT-zuil in het buurthuis bekijken.

Het opzetten van zo'n sociale kaart vergt in eerste instantie veel tijd. Hier zou bijvoorbeeld gebruik kunnen worden gemaakt van stagiaires of goed opgeleide vrijwilligers.

4.4.2. Subsidie

De grootste binnenkomende geldstromen bij de LWO zijn op dit moment de subsidies van de Gemeente Leiden. De beleidsuitgangspunten van de Gemeente vormen de basis waarop de subsidies worden verstrekt. Voor de uitvoering van de gemeentelijk gefinancierde welzijnsdiensten sluit de Gemeente contracten met de Stichting Dienstverlening Leiden (SDL) en de LWO. Maar onder invloed van de WMO zullen de scheidslijnen tussen zorg- en welzijnsinstellingen grotendeels verdwijnen en kunnen ook de zorgaanbieders, het maatschappelijk werk en de GGD aanspraak maken op subsidies voor welzijnsdiensten.

In de nota Integraal Ouderenbeleid heeft de Gemeente al aangegeven dat zij voor de uitvoering van welzijnsfuncties in de Leidse wijken alle bestaande, maar ook uitdrukkelijk nieuwe aanbieders van welzijnsfuncties uitnodigen om in Leiden hun diensten aan te bieden.

Als de LWO ook in de toekomst in aanmerking wil (blijven) komen voor subsidiëring van haar welzijnsdiensten, zal zij de Gemeente duidelijk moeten maken dat de ontvangen subsidies een effectieve bijdrage leveren aan de gestelde doelen.



Effectmeting

Op dit moment worden de ontvangen subsidies verantwoord op basis van tijdsregistratie en een kort verslag van een bepaalde activiteit of dienst waarin voornamelijk de bezoekersaantallen als graadmeter voor succes worden gebruikt.

De effecten van de activiteiten en diensten, oftewel de mate waarin een activiteit aantoonbaar bijdraagt aan de in het beleid geformuleerde doelen, en de tevredenheid van de gebruikers worden hierin niet duidelijk.

Kwantitatieve gegevens als bezoekersaantallen en besteedde uren zeggen bij welzijn niet alles. Met name sociale doelen zoals het vergroten van de sociale cohesie, of het bevorderen van de participatie, laten zich moeilijk vastleggen in harde cijfers.

Nog moeilijker is het om in te schatten of korte termijn successen beklijven als duurzame resultaten. Het gaat vooral om 'unieke' ervaringen, het verhaal achter de cijfers. Deze subjectieve effecten kunnen het best gemeten worden d.m.v. tevredenheidsscores van burgers. Dergelijke subjectieve vormen van evaluatie kunnen bovendien bijdragen aan de betrokkenheid van de burgers. Door serieus genomen te worden kan het zelfvertrouwen en de zelfachting van burgers positief beïnvloed worden.

Wij adviseren dan ook de tevredenheid van de burgers met betrekking tot de activiteiten en diensten van de LWO regelmatig te meten. Dit kan bijvoorbeeld door middel van enquêtes in de wijkkranten, enquêtes en interviews met buurthuisbezoekers, deelnemers aan activiteiten en bewoners die gebruik maken van de diensten van het opbouwwerk.

Naast de subjectief beleefde effectiviteit blijven ook de objectief gemeten resultaten van belang. 'Meten' kan bijdragen aan 'weten', maar alleen wanneer de meetwijze is aangepast aan het specifieke soort resultaat dat op het betreffende terrein kan worden behaald. Het meten van resultaten vereist een grondige kennis van de doelen die gesteld kunnen worden. De kans van slagen is nog het grootst als gekeken wordt naar vergelijkbare instellingen, die hun werk doen onder vergelijkbare omstandigheden en die zichzelf vergelijkbare doelen hebben gesteld.

Wij adviseren de LWO in samenwerking met andere welzijnsinstellingen vergelijkend onderzoek te doen naar de resultaten die kunnen worden behaald met bepaalde activiteiten. De 'meetinstrumenten' zijn hierbij afhankelijk van de activiteit en de context waarin die activiteit plaats heeft gevonden.

Als de LWO zowel de subjectieve als de objectieve vorm van effectmeting gaat hanteren kan effectmeting niet alleen gezien worden als een vorm van 'verantwoording afleggen' maar is het ook een instrument om kwaliteitsbeleid vorm te geven.

Projectfinanciering

Vanwege het steeds krappere wordende gemeentelijke (welzijns)budget en de uitbreiding van de gemeentelijke verantwoordelijkheden na de invoering van de nieuwe WMO, zal het voor de LWO steeds moeilijker worden de omvang van haar huidige welzijnsaanbod in stand te houden. Daarom moeten er naast de huidige gemeentelijke subsidies andere bronnen van financiering gezocht worden. Bijvoorbeeld door projectaanvragen te doen bij zorgkantoren, fondsen, de RijksOverheid, de provincie, of door mee te dingen naar prijzen zoals in het voorbeeld bij paragraaf 3.2.5.

Projectfinanciering kan tot stand komen als aan een aantal voorwaarden wordt voldaan:

- Het gaat om een activiteit met een duidelijk begin en einde;
- De activiteit heeft een specifiek resultaat tot doel;
- De activiteit of het resultaat is uniek voor de organisatie in kwestie;
- Bij de totstandkoming van het resultaat zijn de inbreng van meerdere vakspecialisten en uiteenlopende vaardigheden vereist (Mars e.a. 1998).

Projectmatig werken geeft de LWO de ruimte nieuwe initiatieven te ontwikkelen en voorkomt daarmee dat beleid en plannen voor innovatie in goede bedoelingen blijven steken. Bovendien is het een goed middel om vraaggestuurd en resultaatgericht te werken.

4.4.3. Profileren

Welzijnsinstellingen als de LWO verkeren in een ingewikkelde positie. Zij hebben namelijk te maken met de wensen van de subsidiegever, oftewel de lokale Overheid, van de burgers/cliënten en de concurrentie van de nieuwe aanbieders op het gebied van welzijnsvoorzieningen.

De LWO zou zich als welzijnsorganisatie krachtiger kunnen profileren, richting al die partijen. Het is van belang dat de managers van de LWO en de uitvoerend werkers het primaire doel van de instelling voor ogen houden, namelijk het bevorderen van welzijn van burgers. Zij zijn er verantwoordelijk voor dat de kwaliteit van de welzijnsvoorzieningen die zij bieden bewaakt wordt. Als de 'producten' van de LWO tegemoet komen aan de welzijnsbehoeften van de burgers/cliënten zullen die de LWO gemakkelijker weten te vinden.

Maar het blijft belangrijk dat er 'reclame' gemaakt wordt voor de (nieuwe) producten. Door de media uit te nodigen bij presentaties, festiviteiten en activiteiten komt de LWO op een positieve manier in het nieuws. En naast de gebruikelijke aankondigingen in de programmagids van de LWO en huis-aan-huis-bladen, kunnen de werkers, bijvoorbeeld tijdens de activerende huisbezoeken, in persoonlijke contacten het aanbod van de LWO onder de aandacht brengen.

Verder is uitermate belangrijk dat de welzijnsvoorzieningen van de LWO zijn opgewassen tegen het aanbod van andere aanbieders/(welzijns)instellingen. De welzijnsvoorzieningen moeten aanvullend zijn op het aanbod van andere instellingen en van hoge kwaliteit. Als haar eigen product goed is, en daar goede bekendheid aan wordt gegeven is de kans op doorverwijzing door andere instanties groter.

Daarnaast moet de LWO ook aan de Gemeente laten zien welke kwaliteiten zij in huis heeft. Dit kan door middel van effectrapportages zoals beschreven in paragraaf 4.4.2. In onderhandelingen bij subsidies en bij bespreking van de UVOK staat zij daardoor sterker.

Het is dus belangrijk om goed te blijven communiceren met zowel de lokale Overheid, de burgers en de andere bestaande en nieuwe (welzijns)instellingen die zich op de markt aandienen.

4.4.4. Deskundigheidsbevordering

In het Beter Op Koers verbetertraject heeft de LWO al aangegeven prioriteit te willen geven aan de deskundigheidsbevordering van het personeel. Scholing en deskundigheidsbevordering zijn voor de medewerkers van de LWO noodzakelijk om in te kunnen spelen op de ontwikkelingen in zorg en welzijn en de gevolgen daarvan voor de beroepsuitoefening. Hiermee is niet gezegd dat de bestaande specialistische deskundigheid overboord moet worden gegooid. Aan deze specifieke kennis en competenties zal ook in de komende tijd behoefte blijven.

In het werkveld van de LWO is deskundig personeel het 'bedrijfskapitaal'. De flexibele inzetbaarheid van deskundig personeel is van doorslaggevende betekenis bij de huidige ontwikkelingen. De moderne sociaal-agogisch werker zal als een 'social worker' in een integrale aanpak van vragen en problemen samenwerken met andere professionals in zorg en welzijn. De taken voor het nieuwe type professional zullen zijn het ondersteunen van burgerinitiatieven, vrijwilligers en mantelzorgers, het ontwikkelen van netwerken rond kwetsbare burgers, het coördineren en aansturen en het fungeren als aanspreekpunt.

De moderne sociaal-agogisch werker moet dus integraal, vraaggestuurd, outreachend en als casemanager kunnen werken. Dit is gedeeltelijk een nieuw takenveld voor de LWO. Voordat er sprake kan zijn van deskundigheidsbevordering van het personeel, moet er deskundigheid in de organisatie zijn. Daarom is het aan te bevelen deze nieuwe werkwijzen eerst te bestuderen en te beschrijven, voordat men tot implementatie overgaat. Een werkgroep zal zich moeten verdiepen in de doelstellingen en methodieken en kan daarbij eventueel ondersteund worden door het NIZW, of een ander instituut met specialistische kennis op dit gebied.



De genoemde werkwijzen vergen nieuwe competenties van het personeel van de LWO. Soms is een hele omslag in denken en handelen nodig. Om aandacht te kunnen besteden aan de specifieke problemen die deze omslag met zich mee kan brengen is intervisie een goede methode om elkaar te ondersteunen, feedback te geven en op professionele basis van elkaar te leren. Het is een methodiek waarbij de eigen deskundigheid binnen de organisatie wordt benut en verder wordt ontwikkeld met als doel het bevorderen van de kwaliteit van het werk.

Het is aan te bevelen met de implementatie van de nieuwe werkwijzen niet te lang te wachten. Onder invloed van de nieuwe WMO zullen de ontwikkelingen in het werkveld van de LWO drastische veranderingen met zich mee brengen. De LWO zal een voorsprong hebben ten opzichte van andere zorg- en welzijnsinstellingen als zij haar personeel in kan zetten als 'Social Workers'.

Op weg naar 'Social Work'

De huidige maatschappelijke ontwikkelingen op het gebied van zorg en welzijn zullen leiden tot verdere ontschotting van de zorg- en welzijnsinstellingen. Het hulp- en dienstverleningsaanbod wordt steeds minder gebaseerd op ordening van specifieke doelgroepen of welzijnsinstellingen en steeds meer op functies en activiteiten die zo algemeen gesteld zijn dat ze in alle zorg- en welzijnssectoren te gebruiken zijn.

Het Platform Kwalificatiebeleid Zorg en Welzijn heeft het Verwey-Jonkerinstituut opdracht gegeven een toekomstverkenning te verrichten ten aanzien van de ontwikkelingen in zorg en welzijn en de gevolgen voor de beroepsuitoefening⁷⁰. Deze studie heeft inzichten opgeleverd voor de uitwerking van een nieuwe beroepenstructuur in zorg en welzijn die het NIZW momenteel uitwerkt. De conclusie is dat de huidige indeling in beroependomeinen geen goed uitgangspunt meer lijkt voor een flexibele structuur die voldoet aan de maatschappelijke vraag naar combinaties en arrangementen. In de vormgeving van een nieuwe beroepenstructuur zou ervoor gekozen kunnen worden om niet de beroepen maar (breed gedefinieerde) functies of (basis)competenties als uitgangspunt te nemen en daarbij niveaus en beroepen te definiëren.

Ook de sociaal-agogische HBO-opleidingen proberen de trends in het werkveld te volgen en gaan hun opleidingen verbreden en vernieuwen⁷¹. De Haagse Hogeschool heeft een start gemaakt met de vernieuwing en verbreding door de gemeenschappelijke competenties van de verschillende sociaal-agogische opleidingen te onderzoeken en te beschrijven. De implementatie van dit project wordt in september 2004 verwacht. Er wordt gekeken in hoeverre de onderzochte opleidingen voldoende sociaal-agogische domeincompetenties in zich hebben om dit in de bachelortitulatuur 'Social Work' tot uitdrukking te brengen. Op dit moment is al duidelijk dat de opleidingen MWD, CMV en SPH hieraan voldoen en zullen de studenten die deze opleidingen dit jaar afronden al een bachelorgraad krijgen waar in de titulatuur de aanduiding 'Social Work' is toegevoegd.

4.5. Samenvatting

Het plan van aanpak bevat een aantal adviezen, dat voor de LWO een eerste aanzet zijn bij het beantwoorden van de vraag met welke middelen zij kan bijdragen aan de (re-)integratie van de zorgbehoevende burgers in de wijk.

Het is van belang dat de LWO rekening houdt met de verschillende 'spelers in het veld'. Allereerst met de zorgbehoevende burgers zelf, daarnaast met de bewoners, vrijwilligers en mantelzorgers in de wijk en tenslotte met de professionals van andere zorg- en welzijnsinstellingen. Met betrekking tot de zorgbehoevende burger is vraaggestuurd werken één van de belangrijkste werkwijzen die kunnen bijdragen aan de (re-)integratie. De behoeften moeten onderzocht worden voordat de LWO kan komen tot een vraaggestuurd aanbod van welzijnsvoorzieningen. Om problemen en vragen beter te kunnen signaleren en tegelijkertijd met die vragen aan het werk te gaan is activerend huisbezoek een goede manier.

Bij vraaggestuurd werken is het van belang dat de burger zijn vragen op de juiste manier en aan het juiste adres stelt. Empowermenttrainingen zijn een goed middel om de 'eigen kracht' van de zorgbehoevende burgers te versterken zodat ze 'mondig' om de juiste hulp kunnen vragen.

⁷⁰ Vliet van, Duyvendak, Boonstra en Plemper, 2004, Toekomstverkenning t.b.v. een beroepenstructuur in zorg en welzijn, Verwey-Jonkerinstituut

⁷¹ Haagse Hogeschool, 2003, Concept projectopdracht 'vernieuwing agogische opleidingen'

Voordat de zorgbehoevende burgers in de wijk kunnen integreren moeten de wijkbewoners in staat en bereid zijn hen in hun midden op te nemen. Door de ontmoeting van mensen met en mensen zonder een beperking in Kwartiermaak-activiteiten wordt de angst voor het onbekende weggenomen.

Bij de (re-)integratie van zorgbehoevende burgers zijn geschikte vrijwilligers en mantelzorgers noodzakelijk. Door middel van Empowermenttrainig kunnen vrijwilligers ondersteund worden bij het uitvoeren van hun zware taak.

Zeggenschap over de eigen woon- en leefomgeving is in het belang van iedere burger.

Zorgbehoevende burgers hebben hierin vaak nog te weinig macht. Door te participeren in buurtpanels kunnen de zorgbehoevende burgers als volwaardige leden van de samenleving meewerken aan de inrichting van hun wijk.

Lokale samenwerking met andere instellingen is essentieel bij de (re-)integratie van zorgbehoevende burgers in de wijk. Om tot een samenhangend pakket van zorg- en welzijnsvoorzieningen te komen, moeten de instellingen hun aanbod afstemmen op wat nodig is in de wijk. In een intentieverklaring kan worden vastgelegd dat in plaats van het eigen aanbod, de cliënt centraal gesteld wordt. In wijksteunpunten kunnen de samenwerkende instellingen alle bewoners informatie en hulp bieden. Een digitale sociale kaart kan hierbij, naast een goed middel om aanbod van voorzieningen op elkaar af te stemmen, een gebruiksvriendelijk middel zijn voor informatie aan wijkbewoners met betrekking tot dit aanbod.

Om ook in de toekomst de subsidiering van zowel het bestaande als het nieuwe aanbod veilig te stellen, is het noodzakelijk dat de LWO kan aantonen dat de subsidies effectief zijn besteed. Het meten van de effecten van activiteiten kan door middel van tevredenheidsscores en door vergelijkingen met andere instellingen die hun werk doen onder vergelijkbare omstandigheden. Daarnaast is projectfinanciering een goed middel om subsidies te krijgen voor nieuwe activiteiten.

De LWO kan zich krachtig profileren als zij kwaliteit biedt bij het bevorderen van het welzijn van zorgbehoevende burgers. Daarvoor heeft zij deskundig personeel nodig, die flexibel inzetbaar als 'social workers' in een integrale aanpak van vragen en problemen samenwerken met andere professionals in zorg en welzijn.

5. CONCLUSIES EN CONCRETE AANBEVELINGEN

In december 2003 heeft de LWO ons gevraagd te onderzoeken “hoe de LWO zou kunnen bijdragen aan de (re)integratie van zorgbehoevende burgers in de wijk”. Om deze vraag te kunnen beantwoorden hebben wij een tweetal onderzoeksvragen geformuleerd. Tijdens een intensieve zoektocht naar antwoorden op die vragen zijn wij een aantal waardevolle zaken tegengekomen waar we de LWO in willen delen. Deze hebben we in hoofdstuk 3 vermeld. Op basis daarvan hebben wij de LWO in hoofdstuk 4 een plan van aanpak gepresenteerd. We sluiten dit rapport af door in hoofdstuk 5.1 na te gaan of de twee onderzoeksvragen hiermee zijn beantwoord, waarna we in hoofdstuk 5.2 de concrete aanbevelingen uit het plan van aanpak in het kort op een rijtje te zetten.

5.1. Beantwoording van onderzoeksvragen

Hieronder gaan we in het kort na of we de onderzoeksvragen uit hoofdstuk 1 hebben beantwoord:

1. *Op welke wijze kan de LWO bijdragen aan de (re)integratie van zorgbehoevende burgers in de wijk?* Deze onderzoeksvraag hebben we behandeld in hoofdstuk 3. De werkwijzen die we daarin noemen komen naar voren in de voorbeelden uit de praktijk van andere organisaties die op het gebied van wonen, zorg en welzijn werkzaam zijn. Het is een weergave van verschillende succesvolle manieren om te werken aan de (re)integratie van zorgbehoevende burgers
2. *Met welke middelen kan de LWO bijdragen aan de (re)integratie van zorgbehoevende burgers in de wijk?* Deze onderzoeksvraag hebben we behandeld in hoofdstuk 4. Daarin geven we op basis van de inhoud van hoofdstuk 3 een aantal adviezen en middelen die passen binnen de visie en missie van de LWO.

5.2. Concrete aanbevelingen uit plan van aanpak

In ons plan van aanpak hebben we de LWO een aantal adviezen gegeven die samen bijdragen aan de (re)integratie van zorgbehoevende burgers. Daarin hebben we een onderscheid gemaakt in wat de LWO voor de burger, voor de wijk, en met andere organisaties kan doen. Vervolgens geven wij aan wat de consequenties van die adviezen voor de LWO zijn.

In dit hoofdstuk willen we laten zien hoe die adviezen en consequenties zich verhouden tot de bestaande organisatie van de LWO. Wij willen daarom nagaan of onze adviezen passen binnen de organisatie, of dat hier aanpassingen voor nodig zijn. We hebben daarvoor een onderscheid gemaakt in de mate waarop de huidige werkwijze moet worden aangepast (5.2.1), uitgebreid (5.2.2) of vernieuwd (5.2.3).

In paragraaf 5.2.4. geven we een advies van hoe de LWO deze adviezen binnen de organisatie zou kunnen implementeren.

5.2.1. Aanbevelingen die aanpassingen vergen van de bestaande werkwijzen van de LWO

- Zet sterker in op de werving en coördinatie van vrijwilligers met verschillende competenties. Besteed naast het werven van vrijwilligers ook zeker aandacht aan de deskundigheid van die vrijwilligers (4.2.2).
- Zet ertoe aan dat de Vriendendienst waarin zij participeert, doelgroepneutraal wordt aangeboden (4.1.4).
- Profileer de organisatie krachtiger naar burgers, Gemeente en andere instellingen (4.4.3).
- Stem het aanbod af op aanbod van andere instellingen (4.3.1)
- Leg samen met andere organisaties de intentie tot samenwerken in een verklaring vast zodat de verschillende partijen zich conformeren aan de afspraken die gemaakt zijn (4.3.2).



5.2.2. Aanbevelingen die uitbreiding vergen van de bestaande werkwijzen van de LWO

- Dring bij de Gemeente aan op de ontwikkeling van wijksteunpunten voor *alle* wijkbewoners en participeer daar zelf actief in (4.3.3).
- Benader alle bewoners die extra aandacht nodig hebben actief met de werkmethode van “Het heft in eigen hand”, en activeer ze tot participatie (4.1.2).
- Organiseer activiteiten die gericht zijn op de ontmoeting en de samenwerking tussen mensen met en mensen zonder beperking (4.2.1).
- Biedt wijkbewoners trainingen aan die gericht zijn op het versterken van de eigen kracht (empowerment) (4.1.3).
- Richt onderzoek naar de behoeften van burgers, op de zorgbehoevende burgers onder de 55 jaar (4.1.1).
- Stel buurtpanels in zodat zorgbehoevende burgers meer zeggenschap krijgen over hun eigen woon- en leefomgeving (4.2.4).

5.2.3. Aanbevelingen die nieuwe werkwijzen vergen binnen de LWO

- Stel een werkgroep in die zich gaat verdiepen in de doelstellingen en methodieken van vraaggestuurd, integraal, en outreachend werken en casemanagement, en implementeer deze nieuwe werkwijzen vervolgens (4.4.4).
- Zet een digitale sociale kaart op en houd deze actueel houden (4.4.1).
- Werk projectmatig om, naast de gemeentelijke subsidie, andere bronnen van financiering te kunnen aanboren (4.4.2).
- Meet regelmatig de effectiviteit van de activiteiten en diensten, om in de toekomst aanspraak te kunnen blijven maken op subsidies van de Gemeente, (4.4.2).
- Bied vrijwilligers en mantelzorgers trainingen aan die gericht zijn op het versterken van de eigen kracht (empowerment) (4.2.3).

5.3. Slotconclusie

Wij zijn van mening dat alle adviezen uitvoerbaar zijn door de LWO. Sommige adviezen zullen de nodige inspanning vergen. Maar voor de zorgbehoevende burgers is het belangrijk dat het complete plan van aanpak wordt uitgevoerd. Bovendien kan de LWO op deze manier de huidige ontwikkelingen het hoofd bieden en is daarmee het bestaansrecht van de organisatie gewaarborgd.

De komst van de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning (in 2006) brengt tijdsdruk met zich mee. Wij bevelen daarom aan op korte termijn een projectmedewerker aan te stellen die het plan van aanpak gaat implementeren.

Wij concluderen dat de LWO de aangewezen organisatie is om een bijdrage te leveren aan de (re)integratie van zorgbehoevende burgers in de wijk. De LWO ziet het immers als haar missie om “participatie en sociale samenhang in Leiden en omgeving te bevorderen”. Bovendien streeft de LWO “naar een samenleving waarin iedereen meetelt en niemand buiten de boot valt”. Dus ook deze zorgbehoevende burgers niet!

In een wijk waar mensen wonen die zorg behoeven kan de LWO een brug zijn tussen wonen en zorg, zodat de volgorde wordt: wonen, welzijn en dan pas zorg.

GERAADPLEEGDE BRONNEN

Literatuur

- Beek, Van de en Van Zuthem, 2003, Thuis in de samenleving
- Bogaart, 2001, Vraaggestuurd, wijkgericht en integraal werken. Enkele ideale elementen van lokaal menselijk beleid nader bezien
- Bommel, van en Van Deutekom, 2003, Hulp in eigen omgeving
- Brede Kristensen, 1992/2001, Welzijn in patronen
- Cap Gemini, Ernst&Young, Het buurthuiswerk in Leiden uitgelicht
- Comter e.a., 2000, De cementen van de samenleving
- Contouren van de WMO
- Ernsting, M, Welzijnsinstellingen en scenario's
- Gemeente Haarlem, 2003, Sterke schakels, Haarlemse visie op wonen welzijn en zorg
- Gemeente Leiden, 2003, nota wonen, zorg en welzijn
- Gemeente Leiden, afd. BOA, juni 2003
- Groningen, Suzanne van, 2002, Zorg in de samenleving
- Haas, Leon de, oktober 2003, MO-groep Vangnet
- Herwaardering van welzijnsbeleid, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 1982
- Hoogendam en Vreenegoor, 2002, Intensief casemanagement & complexe meervoudige problemen
- Hortulanus, R.P., Contouren van een nieuw lokaal welzijnsbeleid
- Jagt, L, 2001, Moet dat nou?
- Jagt, L. en N, 1995, Taakgerichte hulpverlening in het maatschappelijk werk
- Jan Willem Duyvendak, 2000, Opbouwwerk
- Jans en De Rooy, 1987, Hulpverlening dicht bij huis
- Jolles, H. en J.Stalpers, 1981, Welzijnsbeleid en sociale wetenschappen
- Kristensen, 1992/2001, Welzijn in patronen
- Lagendijk, J, De effectiviteit van beleid
- Lammers en Van Sommeren, 2004 Vitale stad (congres WMZ, op weg naar een integraal lokaal zorgaanbod), Wijk zonder scheidslijnen,
- Lange en Linneman, 1998, Sociale participatie
- Leida Schuringa, NIZW 2003, Heel de buurt gebundeld
- Lohuis, Schilperoort, Schout, 2002, Van bemoeizorg naar groeizorg
- LWO, 2004, Projectplan "Heft in eigen hand"
- Maatschappelijke alliantie Leiden, 2003, Van burenhulp tot mantelzorg
- Maatschappelijke alliantie Leiden, 2003, Welzijn zonder zorgen?
- Michielse, H.C.M, 1989, Welzijn & discipline
- Middel, B, maart 2004, Samenlevingsopbouw, uitsluiting en isolement
- Migchelbrink, 1996/2002, Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn
- NIZW e.a. , 2003, Welzijn versterkt zorg
- NIZW Sociaal Beleid, januari 2004, Personen met een handicap, definities en aantallen,
- NIZW, 2002, Welzijn versterkt zorg
- NIZW, 2003, Breed wonen
- NVMW, 1999, Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker
- Plemper en Van Vliet, 2002, Achtergrondstudie bij het advies 'de handicap van de samenleving'
- Provincie Utrecht, 2003, Rapport Companen, behoefteontwikkeling en aanbod in gemeenten
- Riet, van en Mineur, 1997, Maatschappelijk werk in de (intramurale) gezondheidszorg
- Riet, van en Wouters, 1997, Helpen = leren
- Rijksuniversiteit Groningen, 2000, Het draait om de vraag!
- Rodenburg, 2003/2004, reader vermaatschappelijking van de zorg
- Schuringa, Leida, 2004, Gemeenten en maatschappelijke zorg, een nieuwe combinatie
- Schuyt, prof.dr.mr. C.J.M, 2000, Sociale uitsluiting
- Stam, 2002, De zorgen achter de voordeur
- Stouw, G. van der, Maatschappelijk werk, 2 Verkenning in doelgroepen en werkvelden
- UVOK 2003, Gemeente Leiden en LWO
- Verdiwel, Welzijnsdebat 2002, Van vermaatschappelijke zorg naar maatschappelijke participatie
- Victor Bersselaar, Zorgvuldig hulpverleners
- Vitale stad, 2002



- Vliet, van, Duyvendak, Boonstra, Plemper, 2004, Toekomstverkenning t.b.v een beroepenstructuur in zorg en welzijn
- Wielenga en Den Dunnen, 2003, Quick scan kwetsbare groepen Leidse regio
- Wijkorganisatie Goirke-Hasselt, Ogen en oren in de wijk, handen en voeten in de uitvoering, beleidsplan 2003 t/m 2006
- Wilterdink en Van Heerikhuizen, Samenlevingen
- Wouters, Harry, De maatschappelijk werkagenda na 2000
- Zwart, C.J., Pijlers van innovatie

Internetsites

- www.icv.nl vraagsturing
- [www.nietafwachten.nl/thema zelf kiezen/nieuws](http://www.nietafwachten.nl/thema_zelf_kiezen/nieuws)
- www.vermaatschappelijking.nl, 2003
- www.devraagaanbod.nl/ervaringen/?ervaring=8
- www.wijk.nl/doen.buurtpanels.html
- www.X-S2.nl
- www.zorgwelzijn.nl/artikelen/josvanderlans.htm

Bezochte instellingen en personen

- Bom, N., (woon-) begeleidster voor verstandelijk gehandicapten, bij het Project Ambulante Dienstverlening ('t Pad, onderdeel van de Gemiva-SVG groep)
- IJzendoorn, René, Bewoner van wijk Pancrat te Leiden
- Oosten, Frits van en Ellen Tempelman, Zorgcentrum Rijn en Vliet
- Tempelman, Ellen, freelancemedewerker 't Huis op de Waard
- Wetten, M. van, voorzitter van de cliëntenraad Leiden en omstreken Langdurende zorg

Open brieven en artikelen

- Alsem, maart 2004, brief aan staatssecretaris Ross van Dorp betreft standpunt Mo-groep met betrekking tot Wet Maatschappelijke Ondersteuning
- Haagse Hogeschool, 2003, concept projectopdracht 'vernieuwing agogische opleidingen'
- Heijdenrijk, brief van zorgkantoor DWO, subsidieregeling "Diensten bij wonen met zorg"
- Salverda, 2003, Wonen waar het gebeurt, Ipse magazine
- Stam, 2002, De speelruimte van een regisseur, interview Paul van den Hooven
- Veen, van, 2003, Demente bejaarden beter af in gewoon rijtjeshuis, Trouw

Foto's:

- Haijink, Michiel, www.rnw.nl: wereldomroep/
- Luiten-van Santen, Jeanette
- Stroethof, Robert
- Westerveld, Hedwig