



HERVORMING VAN DE LANGDURIGE ZORG

RE-PROFESSIONALISERING

Op 1 januari 2015 werd de grootste wijziging van ons zorgstelsel sinds de invoering van de AWBZ in 1968 een feit. Nu het stof wat is neergedaald, schetst Jean-Pierre Wilken de veranderingen die hiermee gepaard gaan voor cliënten en professionals. Wat betekent het precies in de praktijk? DOOR JEAN-PIERRE WILKEN

Voor de hervorming van de langdurige zorg maakten ruim 800.000 ouderen en mensen met een lichamelijke, verstandelijke, zintuiglijke of psychiatrische beperking gebruik van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). 255.000 van hen verbleven in een instelling. Niet alleen het aantal gebruikers, maar ook de kosten zijn in de loop van de jaren explosief gestegen met een jaarlijkse groei van 8,6 procent, zo'n ruim 25 miljard per jaar. Dat is bijna drie keer zo veel als de structurele economische groei. Hoewel de plannen voor hervorming al voor de crisis ingezet waren, gaf de crisis een extra impuls voor deze hervormingen. Het streven is om de zorguitgaven in 2017 terug te hebben op het niveau van 2013. Naast financiële overwegingen zijn er ook maatschappelijke overwegingen. De zorg was erg verkokerd en gemedicaliseerd

en had nauwelijks verbinding met het 'gewone leven'. Voor iedere doelgroep waren aparte voorzieningen gecreëerd waarbij de focus vooral lag op verzorging en bescherming. Verder is de zorg steeds meer in handen van professionals gekomen, waarbij het natuurlijke netwerk zoals familie en vrienden uit beeld is geraakt. Er waren kortom veel overwegingen om de zorg eenvoudiger, goedkoper en beter bereikbaar te maken.

KANTELINGEN

De hervorming van de langdurige zorg kent daarom nieuwe uitgangspunten, gericht op zorg en ondersteuning in de thuissituatie en op sociale participatie. Het geheel aan nieuwe uitgangspunten wordt ook wel 'de kanteling' genoemd, met de volgende kantelpunten:

- Van regie bij de professional naar regie bij de cliënt (en mantelzorgers);

- Van isolement naar participatie: van zorg in instellingen naar zorg dichtbij of aan huis. Ondersteuning bij zelfredzaamheid heeft tevens ten doel om mensen in gelegenheid te stellen deel te nemen aan de samenleving.
- Van individu naar sociaal netwerk: de mens wordt gezien in zijn of haar sociale context (familie, buurt, school, werk, vrijetijd). Het sociale netwerk is een belangrijke hulpbron bij zorg en ondersteuning.
- Van centrale naar lokale regelgeving en uitvoering: de gemeente krijgt de verantwoordelijkheid voor een groot deel van de zorg en ondersteuning.

GROOTSTE BEZUINIGING

Met de invoering van de eerste Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in 2007 werden enkele wetten (zoals Welzijnswet en Wet voorzieningen gehandicapten) en subsidieregelingen (zoals mantelzorgondersteuning) samengevoegd. Huishoudelijke zorg en ondersteunende en activerende begeleiding werden vanuit de AWBZ overgeheveld naar de Wmo. De uitvoering van de Wmo werd de verantwoordelijkheid van de gemeente. Een belangrijk verschil met de AWBZ is dat het recht op zorg vervangen is door een zorgplicht van de gemeente ten aanzien van zelfredzaamheid en participatie.

Op 1 januari 2015 werd de tweede versie van de Wmo van kracht. Hierin werden alle sociale hulpverlening, dagbesteding en beschermd wonen opgenomen. Deze decentralisatie ging gepaard met een budgetkorting van 25 procent, waarmee in een klap de grootste bezuiniging van de afgelopen vijftig jaar doorgevoerd werd.

Tegelijkertijd werden nog twee nieuwe wetten van kracht waarvoor de gemeente uitvoeringsverantwoordelijk is, namelijk de Jeugdwet en de Participatiewet. De kern van waar de AWBZ bijna vijftig jaar geleden voor in het leven geroepen werd, namelijk het financieren van voorzieningen voor langdurige en intensieve zorg, kwam terecht in de Wet langdurige zorg (Wlz). Deze wet is bedoeld voor mensen die 24 uur per dag zorg, begeleiding en/of toezicht nodig hebben. Voor hen verandert er misschien nog wel het minst. Daarnaast regelt de Zorgverzekeringswet (Zvw) de ziekenhuiszorg, huisartsenzorg, wijkverpleging en thuiszorg. Deze laatste drie spelen zich ook lokaal af en dit vraagt een nauwe afstemming met de zorg die de gemeente vanuit de Wmo en de Jeugdwet biedt. Met de overheveling van het rijk naar gemeenten wordt dan ook beoogd meer lokale samenhang te creëren tussen de domeinen wonen, welzijn, zorg, inkomen, onderwijs en werkgelegenheid.

GEVOLGEN VOOR BURGERS

Wat de gevolgen zijn voor burgers die een beroep doen op zorg die via de gemeente gefinancierd wordt, weten we nog maar gedeeltelijk. Wat zeker is:

- Er is geen recht meer op zorg, zoals in de AWBZ wel het geval was. Iedere gemeente kan anders invulling geven aan de regels die men hanteert bij het beoordelen van een zorgvraag.
- Ook burgers moeten 'kantelen'. Bij indicatiestelling zullen

professionals eerst bespreken wat iemand zelf kan, of de mensen in hun directe omgeving. Ook wordt eerst gekeken of er collectieve voorzieningen zijn die in de behoefte kunnen voorzien, zoals bijvoorbeeld dagactiviteiten. Pas als deze ontoereikend zijn, komen 'maatwerkvoorzieningen' in beeld, waarbij individuele zorg of ondersteuning door professionals ingezet wordt.

Het kan niet anders dan dat de drastische bezuinigingen een grote impact hebben op de professionele dienstverlening, en dat merken cliënten aan den lijve. In veel gemeenten is bijvoorbeeld het aantal uren huishoudelijke ondersteuning al aanzienlijk

De drastische bezuinigingen hebben een grote impact op de professionele dienstverlening, en dat merken cliënten aan den lijve

teruggedraaid. Welke andere bezuinigingen eraan komen, verschilt per gemeente. Soms hebben cliënten andere hulpverleners gekregen, doordat een andere organisatie de aanbesteding van de gemeente gegund heeft gekregen. Dit betekent discontinuïteit van zorg en het opnieuw moeten opbouwen van een vertrouwensrelatie.

Los van overgangssperikelen, zoals bij de uitbetaling van persoonsgebonden budgetten, is er nog niet goed zicht op waar mensen tussen de wal en het schip vallen. De komende tijd moet onderzoek uitwijzen wat de feitelijke gevolgen zijn van de transities.

EN VOOR SOCIAAL WERKERS

De optelsom van andere wet- en regelgeving, en de daarmee samenhangende financiering, en de herverdeling van taken tussen centrale en decentrale overheid, betekenen grote veranderingen in het sociaal werk en andere professies in de sociale sector. Allereerst kunnen er minder professionals ingezet worden, omdat er minder budget is. In de langdurige zorg zijn er intussen al zo'n 30.000 mensen hun baan kwijtgeraakt. Voor de sociaal werkers die hun baan behouden en in de gespecialiseerde of intensief langdurige hulpverlening werken verandert het minste. Het gaat dan om werkers in ziekenhuizen, verpleeghuizen en andere intramurale voorzieningen. Wel krijgen zij andere samenwerkingspartners in de eerste lijn, en moeten zij zich veel nadrukkelijker richten op systemisch samenwerken: met het netwerk van cliënten en patiënten dus. ➤

Voor werkers in de eerste lijn zijn de veranderingen het grootst. De meeste gemeenten – zo'n 85 procent – kiezen ervoor de basiszorg- en dienstverlening te organiseren in geïntegreerde teams, die verantwoordelijk zijn voor een bepaald geografisch gebied, een wijk of dorp bijvoorbeeld. In deze teams gaat men uit van een T-shaped professional, dat wil zeggen dat ieder lid breed generalistisch inzetbaar is, maar daarnaast een eigen specialisme heeft, net zoals de vorm van de hoofdletter T, met een brede basis en een diep specialisme. Het zijn sociaal werkers, bijvoorbeeld met ervaring in de ggz, gehandicaptenzorg, jeugdzorg of schuldhulpverlening. Van sommige teams maken ook wijkverpleegkundigen en opbouwwerkers deel uit, maar in veel gevallen werken zij apart in een regionaal samenwerkingsverband met de sociale teams samen. In alle gevallen werken de teams interdisciplinair, waarbij het team gebiedsverantwoordelijkheid heeft voor alle burgers in de buurt. Oude schotten tussen organisaties en sectoren verdwijnen hierdoor. De zorg de-institutionaliseert en vermaatschappelijkt. Uit onderzoek blijkt echter dat het nog behoorlijk zoeken is om de juiste vorm te vinden (zie o.a. Oude Vrielink, Van der Kolk & Klok, 2014).

TERUG NAAR DE ROOTS

Deze kantelingen brengen beroepsinhoudelijk ook de nodige veranderingen met zich mee. Daar waar sommige takken van het sociaal werk in het verleden doorgeschoten waren naar individuele behandeling, staat het sociale nu weer volop op de voorgrond. Daarnaast zien we het denken in termen van empowerment sterk opkomen. Het gaat erom mensen aan te spreken op hun eigen mogelijkheden wat betreft het maken van keuzes, het gebruiken van kennis en vaardigheden, en het zorg dragen voor elkaar. Het sociaal werk keert in zekere mate terug naar haar roots: mensen aanspreken op hun eigen kracht, systemisch werken en het verbinden van individu en samenleving.

RE-PROFESSIONALISERING

Sommige mensen spreken in relatie tot deze hervormingen over de-professionalisering. Sociaal werkers zouden in het nieuwe stelsel een stap terug moeten doen: ze geven handlingsruimte terug aan de burger en hevelen taken over aan mantelzorgers en vrijwilligers. Ik spreek liever van re-professionalisering. Met re-professionalisering bedoel ik dat het belangrijk is dat sociaal werkers zich opnieuw bezinnen op het eigene en de meerwaarde van hun professionaliteit. Hun professionaliteit is de afgelopen decennia wellicht verwaterd doordat te vanzelfsprekend allerlei zorgtaken, ook als die door niet-professionals uitgevoerd konden worden, bij hen terecht kwamen. Daarom is het tijd om terug te gaan naar de kern.

Van oudsher is sociaal werk gericht op het ondersteunen van mensen om te herstellen van tegenslagen, sterker te worden en een betekenisvolle plaats in de samenleving in te nemen, in voortdurende wisselwerking tussen individuen, hun leefomgeving en sociale verbanden. Ook bescherming van de meest kwetsbaren is een opdracht die niet verloren mag gaan.

Hierbij is het belangrijk om de beschikbare *body of knowledge* op het gebied van psychosociale hulpverlening, kracht- en oplossingsgericht werken, sociale rechten en sociale netwerkbenaderingen in te zetten.

Zo gaat Anton Minkels in dit themanummer in op de Sociale Netwerk Versterking voor mensen met een verstandelijke beperking. Maar ook signalering, preventie en het voorkomen van (langdurige) zorg zijn taken waar sociaal werkers sterk in zijn. Daarvan is het interview met Gerda Kroek een voorbeeld: zij ontwikkelde een methodiek waardoor opname van dementerende ouderen in een verpleeghuis uitgesteld kan worden, door de ondersteuning van hun mantelzorgers. Langdurige zorg blijft echter nodig: mensen met een complex trauma, opgelopen tijdens de kindertijd, en mensen met een chronische verslaving hebben bijvoorbeeld langdurig ondersteuning nodig. De gemeente heeft daarom kennis van zaken nodig over deze voor haar nieuwe doelgroepen en hun behandel- en begeleidingsmogelijkheden.

VERSCHIL MAKEN

Re-professionalisering biedt kansen om het sociaal werk sterk(er) neer te zetten. Dit is ook in lijn met de oproep die doorklinkt in twee recente adviezen: *Meer van waarde* (Vereniging Hogescholen, 2014) en *Sociaal Werk op solide basis* (Gezondheidsraad, 2014). Beide rapporten geven aan dat het juist nu, in het kader van de transformatie van het sociale domein, belangrijk is om het sociaal werk sterk neer te zetten. De Gezondheidsraad schrijft: 'Aan sociaal werkers biedt dit nieuwe mogelijkheden om tot een integrale aanpak te komen waarvan zowel ondersteuning van burgers vanuit een collectieve oriëntatie deel zal uitmaken, als tijdelijke en langdurige professionele ondersteuning van individuele burgers die deze nodig hebben.' Vooral in lastige en complexe situaties, en bij mensen met weinig eigen kracht en een schraal sociaal netwerk, kunnen we het verschil maken. Kortom, waar eigen kracht en burgerkracht tekortschieten, zijn sociaal werkers en andere zorg- en dienstverleners hard nodig. Laat maar zien! <

Jean-Pierre Wilken is lector Participatie, Zorg en Ondersteuning. Hij is verbonden aan het Kenniscentrum Sociale Innovatie van Hogeschool Utrecht en programmaleider van de Wmo-werkplaats Utrecht.



Bronnen

- Gezondheidsraad (2014). *Sociaal Werk op solide basis*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Vereniging Hogescholen (2014). *Meer van waarde. Kwaliteitsimpuls en ontwikkelrichting voor het hoger sociaalagogisch onderwijs*. Advies Verkenningscommissie HSAO.
- Oude Vrielink, M., Kolk, H. van der & Klok, P. (2014). *De vormgeving van sociale (wijk)teams. Inrichting, organisatie en vraagstukken*. Den Haag: Platform31 i.s.m. BMC Advies en Universiteit Twente.