

Toekomstverkenning ten behoeve van een beroepenstructuur in zorg en welzijn

Dr. Katja van Vliet
Prof. dr. Jan Willem Duyvendak
Nanne Boonstra
Drs. Esther Plemper

Tweede druk, september 2004

Inhoud

1	Inleiding	5
1.1	Achtergrond van het onderzoek	5
1.2	Vraagstelling	6
1.3	Opzet en methoden	7
1.4	Afbakening van het onderzoek en analysekader	7
1.5	Bepaling van de trends en de gevolgen	9
1.6	Leeswijzer	10
2	Maatschappelijke ontwikkelingen	11
2.1	Inleiding	11
2.2	Verkleuring I: vergrijzing en ontgroening	11
2.3	Verkleuring II: een meer diverse samenleving	12
2.4	De risico's en het tempo van het moderne leven	13
2.5	Inkrimpende verzorgingsstaat	14
2.6	Toename eigen verantwoordelijkheid burgers	14
2.7	Groeiende maatschappelijke betrokkenheid en inzet; toenemende grote-mondigheid	15
2.8	Meer vrije tijd	16
2.9	De rol van politiek en media	17
3	Beleidsontwikkelingen	19
3.1	Inleiding	19
3.2	Verzakelijking	20
3.3	Vraaggerichtheid	21
3.4	Vermaatschappelijking	23
3.5	Territoriale aanpak	24
3.6	Integraal werken	25
3.7	Maatschappelijke zorg als een bepalende trend	26

4	Ontwikkelingen aan de vraagzijde	29
4.1	Inleiding	29
4.2	Specifieke groepen	30
4.3	Specifieke en complexe problemen	37
4.4	Waar is behoefte aan?	38
4.5	Gevolgen voor de vraag op het gebied van zorg en welzijn	42
5	Gevolgen voor de beroepsuitoefening	45
5.1	Inleiding	45
5.2	Gevolgen voor het aanbod	45
5.3	Nieuwe typen professionals	46
5.4	Kenmerken van het handelen	49
5.5	Keuzes maken	51
6	Gevolgen voor de beroepenstructuur	53
6.1	Inleiding	53
6.2	De huidige beroepenstructuur	53
6.3	De wenselijkheid van een brede sociaal werker?	55
6.4	Uitgangspunten voor de beroepenstructuur	57
6.5	Mogelijke competenties en aspecten van de beroepshouding	59
6.6	Tot slot: meer breedte én grotere differentiatie	61
	Geraadpleegde literatuur	67
	Afkortingen	79
	Bijlage I	81
	Deelnemers aan de 1e expertmeeting en geïnterviewde personen	
	Deelnemers aan de 2e expertmeeting	82
	Bijlage II	83
	Leden begeleidingscommissie	

1.1 Achtergrond van het onderzoek

Het Platform Kwalificatiebeleid Zorg en Welzijn is in december 1992 opgericht door werkgevers- en werknemersorganisaties en onderwijsorganisaties in de sector zorg en welzijn. De term kwalificatiebeleid verwijst naar gekwalificeerde beroepsbeoefenaren en kwalitatief goede beroepsopleidingen. Om professionals in zorg en welzijn adequaat toe te rusten om hun vak goed uit te oefenen, richt het platform zich op de ontwikkeling van kwalificatiebeleid, de totstandkoming van een heldere beroepenstructuur en de afstemming van de opleidingen met de beroepspraktijk.

De Beroepenstructuur Zorg en Welzijn is opgesteld in 1992. Gezien de ontwikkelingen in de sector en in het onderwijs, is deze thans toe aan een grondige herziening. Het Platform Kwalificatiebeleid Zorg en Welzijn heeft daarom opdracht gegeven aan NIZW Professionalisering om een nieuwe sectorbrede en toekomstgerichte beschrijving te maken van de beroepen die de komende jaren in zorg en welzijn nodig zijn.

Als voorbereiding daarop worden verschillende onderzoeken uitgevoerd. NIZW Professionalisering voert een voorstudie uit naar de eisen waaraan die nieuwe

structuur moet voldoen. Het Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt gaat na hoe de beschrijving van de beroepenstructuur ook door zorg- en welzijnsorganisaties zelf kan worden gebruikt om de beroepsuitoefening te verbeteren. Het Verwey-Jonker Instituut heeft in opdracht van het Platform een onderzoek verricht naar ontwikkelingen in de sector die de komende jaren van invloed zullen zijn op het werk van de beroepskrachten in zorg en welzijn. Van dat onderzoek wordt in dit rapport verslag gedaan.

1.2 Vraagstelling

Het Platform Kwalificatiebeleid Zorg en Welzijn heeft het Verwey-Jonker Instituut de opdracht gegeven om trends die nu en op afzienbare termijn (5 tot 10 jaar) relevant zijn voor de sector zorg en welzijn te beschrijven. Het platform is in het bijzonder geïnteresseerd in de gevolgen van de trends voor de beroepenstructuur voor zorg en welzijn.

De beroepenstructuur beschrijft in feite de toekomstige opleidingsbehoefte in de sector zorg en welzijn (NIZW, 2003). Met de beroepenstructuur maakt de sector aan het onderwijs duidelijk welke beroepen de komende jaren nodig zijn en wat mensen die in de sector aan de slag willen, moeten kunnen. Het beroepsonderwijs heeft deze informatie nodig om de opleidingen voor zorg en welzijn te vernieuwen en toekomstgericht te houden. Daarmee is de beroepenstructuur het richtinggevend kader voor werkveld en onderwijs om beroepsopleidingen vorm te geven die optimaal tegemoet komen aan de scholingsbehoefte in de sector. Daarnaast is de beroepenstructuur het instrument om de relatie tussen het leren op school en in de beroepspraktijk te versterken. Hierdoor verbetert het rendement van de beroepsopleidingen die voor de sector van belang zijn, wordt duidelijk welke inspanningen van het onderwijs worden verwacht, maar ook wat arbeidsorganisaties en werknemers op dit gebied zelf moeten doen.

Op basis van de beschreven trends en de hieruit resulterende sociale kwesties kan worden geschetst wat dit voor de beroepsontwikkeling betekent. Hierdoor kan het platform de organisaties en de professionals in de sector zorg en welzijn en de beroepsopleidingen beter toerusten en voorbereiden op de behoeften van de samenleving nu en in de nabije toekomst.

De vraagstelling van de toekomstverkenning is tweeledig en luidt als volgt:

1. Welke trends en hieruit voortvloeiende sociale kwesties zijn op afzienbare termijn te verwachten?
2. Wat zijn de gevolgen van deze trends en de onderscheiden sociale kwesties voor de beroepsuitoefening en de beroepsstructuur zorg en welzijn?

1.3 Opzet en methoden

In een toekomstverkenning worden vanuit de huidige maatschappelijke situatie en vanuit bestaande inzichten ontwikkelingen of trends gesignaleerd die nu of op de korte termijn spelen. Dit stelt de betrokkenen in staat zich beter voor te bereiden op trends en mogelijke gevolgen in de nabije toekomst. Ze kunnen anticiperen op de eventuele gevolgen van de trends; zij kunnen hun handelen daarop aanpassen.

Om de probleemstelling te beantwoorden, hebben we gebruik gemaakt van meerdere databronnen en onderzoeksmethoden, namelijk literatuurstudie en documentenanalyse, secundaire analyse van onderzoeksgegevens, raadpleging van deskundigen uit de sector zorg en welzijn met behulp van interviews, een brainstormsessie met de begeleidingscommissie en twee expertmeetings (zie Bijlage I en II).

Het onderzoek werd begeleid door een commissie bestaande uit de opdrachtgever, de financier, vertegenwoordigers van organisaties die deelnemen aan de stuurgroep van het Platform Kwalificatiebeleid Zorg en Welzijn en andere betrokkenen (zie Bijlage II).

1.4 Afbakening van het onderzoek en analysekader

Het onderzoek richt zich op de beschrijving van zorg- en welzijnbrede ontwikkelingen en de gevolgen daarvan voor het uitvoerende werk van professionals. Deze studie richt zich voor wat betreft de sector zorg vooral op de GGZ en de gehandicaptenzorg. Wat betreft de sector welzijn richt de toekomstverkenning zich naast het brede welzijnswerk (algemeen maatschappelijk werk, maatschappelijke opvang, sociaal-cultureel werk, opbouwwerk, welzijn ouderen) op relevante ontwikkelingen voor de jeugdhulpverlening en de kinderopvang. Ook in de

sectoren zorg en welzijn zelf vinden verschuivingen plaats in branches of werkvel-
den. Deze verschuivingen worden als een aparte ontwikkeling beschreven.
Analoog aan het klassieke scenario-onderzoek, waarin een onderscheid wordt
gemaakt tussen externe en interne c.q. organisatorische trends (Maack, 2001)
onderscheiden we ontwikkelingen op verschillende niveaus: maatschappelijke
ontwikkelingen, beleidsontwikkelingen en ontwikkelingen aan de vraagzijde die,
in samenhang met elkaar, van invloed zijn op het uitvoerende werk van professio-
nals in zorg en welzijn. Maatschappelijke trends zijn sociale, economische,
politieke en technologische ontwikkelingen. Beleidsontwikkelingen zijn ontwikke-
lingen die door beleidsmakers in samenwerking met organisaties uit het veld
worden bepaald.

Het onderzoek richt zich overigens niet alleen op de beschrijving van globale
trends, maar ook op de sociale kwesties die deze opleveren voor de sector zorg en
welzijn in termen van bijvoorbeeld nieuwe vraagstukken en groepen die hulp
behoeven. Specifiek in dit onderzoek hebben we daarom een derde niveau
toegevoegd: ontwikkelingen aan de vraagzijde. Het gaat hier om de uitkomsten
van maatschappelijke ontwikkelingen: wat zijn de gevolgen van nieuwe sociale
kwesties voor de groepen en vragen waarvoor de sector zorg en welzijn zich
gesteld ziet?

Maatschappelijke ontwikkelingen zijn voor een deel gegeven. Beleidsontwikkelin-
gen zijn in principe beter te beïnvloeden door de betrokkenen, maar kunnen
desondanks soms moeilijk beheersbaar zijn en tot andere gevolgen leiden dan de
betrokkenen verwacht of bedoeld hadden.

Figuur 1 Analyse kader

Maatschappelijke ontwikkelingen <->	Beleidsontwikkelingen <->	Ontwikkelingen aan de vraagzijde <->	Gevolgen voor de Beroepsuitoefening <->	Gevolgen voor de Beroepenstructuur <->
(toegespitst op sociale kwesties)	(inhoudelijk en organisatorisch)	(groepen, vragen, problemen)	(kenmerken en functies van professionals)	(structuur, domeinen, beroepshouding, competenties)
(hs 2)	(hs 3)	(hs 4)	(hs 5)	(hs 6)

1.5 Bepaling van de trends en de gevolgen

Op basis van de literatuur en documentatie, de interviews en de brainstorm met de begeleidingscommissie (zie bijlage 2) en met de experts in de eerste bijeenkomst (zie bijlage 1) hebben de onderzoekers een groot aantal trends verzameld. De trends hebben we geprioriteerd en gesorteerd. Geprioriteerd wil zeggen dat de trends zijn beoordeeld op de relevantie voor de vraagstelling van het onderzoek. Gesorteerd wil zeggen dat trends die elkaar overlappen of die onderdeel zijn van een grotere trend of op inhoudelijke gronden bij elkaar horen, zijn samengevoegd. De trends zijn geselecteerd aan de hand van vier criteria:

- Geldigheid: de trend is waar.
- Actualiteit: de trend speelt nu en in de nabije toekomst.
- Dominantie: de trend wordt veel en vaak genoemd.
- Relevantie: de trend is belangrijk voor de sector zorg en welzijn en de beroepenstructuur voor zorg en welzijn.

Deze analyse heeft ertoe geleid dat trends afvielen. Het betrof ontwikkelingen die onvoldoende gestaafd konden worden met feiten, zoals afname van vrijwillige inzet van burgers, afnemend belang van arbeid, toenemende bereidheid onder burgers om vroeg hulp te zoeken. Ook hebben we gekeken naar de actualiteit van trends: leiden zij werkelijk tot nieuwe sociale kwesties? Ontwikkelingen die al

langer spelen en waarvan de invloed over het hoogtepunt is, zijn niet meegenomen in de selectie. Evenmin zijn incidenten of kortdurende situaties opgenomen. Een belangrijke indicator voor bepaling vormt de dominantie van de trend in de databronnen. Trends die door alle respondenten worden genoemd, die vaak behandeld worden in de literatuur en de documentatie en die domineren in het publieke debat zijn opgenomen in de selectie. Ten slotte hebben we gekeken naar de relevantie van de trend voor de sector zorg en welzijn. Als die niet duidelijk is, is de trend buiten beschouwing gebleven.

Vervolgens hebben we de geselecteerde trends onderverdeeld in maatschappelijke ontwikkelingen en beleidsontwikkelingen. Maatschappelijke ontwikkelingen zijn toegespitst op sociale kwesties. Ten slotte hebben we de maatschappelijke en beleidsontwikkelingen beoordeeld op hun betekenis voor ontwikkelingen aan de vraagzijde en gevolgen voor de beroepsuitoefening en de beroepenstructuur. De uiteindelijke selectie van de trends en de analyse van de gevolgen is in de vorm van een conceptrapportage ter toetsing voorgelegd aan de deelnemers van de tweede expertmeeting (zie bijlage 1). Op basis van de resultaten van deze expertmeeting is de rapportage aangevuld en bijgesteld.

1.6 Leeswijzer

In hoofdstuk 2, 3 en 4 behandelen we de eerste vraag van de probleemstelling van de toekomstverkenning: Welke trends of ontwikkelingen zijn nu en op de korte termijn relevant voor de sector zorg en welzijn? We beschrijven achtereenvolgens de relevante maatschappelijke ontwikkelingen, beleidsontwikkelingen en ontwikkelingen aan de vraagzijde. In het vijfde en zesde hoofdstuk richten we ons op de tweede vraag van de probleemstelling van de toekomstverkenning: Wat zijn de gevolgen van de trends voor de beroepsuitoefening en de beroepenstructuur voor zorg en welzijn? We sluiten de rapportage af met een slotbeschouwing met een samenvatting en conclusies.

2 Maatschappelijke ontwikkelingen

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de maatschappelijke ontwikkelingen, ofwel de sociale, economische, politieke en technologische ontwikkelingen die relevant zijn voor de sector zorg en welzijn omdat zij aanleiding kunnen zijn tot sociale kwesties.

2.2 Verkleuring I: vergrijzing en ontgroening

Vergrijzing en ontgroening van de bevolking zijn trends die al langer spelen, maar die in de nabije toekomst urgenter worden. We worden ouder en er komen minder jongeren bij (SCP, 2003a). Dit heeft invloed op de arbeidsproductiviteit, de omvang van de werknemerspopulatie en de zorgbehoeften. Minder mensen zullen in de toekomst een betaalde baan hebben. Mensen worden steeds ouder, krijgen daardoor meer gezondheidsproblemen en hebben een grotere behoefte aan hulp en ondersteuning (zie o.a. SCP, 2002; SCP, 2003a).

Een hieruit resulterende sociale kwestie kan de (afnemende) solidariteit tussen de generaties zijn. Steeds minder mensen zullen de kost moeten verdienen voor steeds grotere groepen. Ook al heeft Nederland redelijk goedgevulde pensioenkassen, de rijkdom van het land moet ieder jaar opnieuw worden ge(re)produceerd. De solidariteit tussen de generaties kan afnemen wanneer de werkende generatie ziet dat de verzorgingsstaat afkalft en haar oudedagvoorziening minder verzekerd is dan voorheen.

2.3 Verkleuring II: een meer diverse samenleving

De diversiteit van de samenleving is reeds een feit en zal eerder toe- dan afnemen (Forum).

Qua etniciteit mag worden verwacht dat het aantal asielzoekers ook in de toekomst door scherpere (ook Europese) wetgeving beperkt zal blijven, maar er zullen nieuwe groepen migranten bijkomen. In de eerste plaats door gezinsvorming (ook al wordt dat moeilijker dan voorheen), door selectieve arbeidsmigratie toe te staan voor moeilijk vervulbare beroepen en door migratie binnen de vergrote Europese Unie (zoals uit Oost-Europa). Er is onmiskenbaar sprake van verharding in de samenleving: minder tolerantie ten opzichte van nieuwkomers en oudere migranten, minder tolerantie tussen migrantengroepen onderling en minder tolerantie ten opzichte van de islam. Een trend die zich aftekent is ook dat de politieke en met name sociale rechten die migranten tot nu toe bij wettig verblijf kregen, in de nabije toekomst wellicht niet meer, selectief en/of getrapd zullen worden toegekend (Forum).

De maatschappelijke ontwikkelingen en het steeds restrictievere beleid hebben al geleid tot grote groepen illegale bewoners in Nederland. Als nieuwe sociale kwestie zal dit probleem nog in belang toenemen wanneer sociale rechten niet of minder zullen gelden voor (arbeids)migranten. Een andere majeure sociale kwestie die het multiculturele leven kleurt is de discriminatie van groepen nieuwkomers. Een derde sociale kwestie betreft de spanningen in die wijken waar sprake is van een snelle en grote instroom van nieuwkomers met een andere culturele achtergrond dan de oorspronkelijke bevolking van dat gebied. Aangezien de komende jaren (bijna) alle wijken van Nederland zullen verkleuren, zal er veel aan samenlevingsopbouw moeten gebeuren.

Diversiteit heeft echter niet alleen betrekking op kleur en etniciteit. Steeds meer mensen leven niet meer in traditioneel gezinsverband. Er zijn eenpersoonshuishoudens en huishoudens die worden gevormd door mensen die geen traditionele huwelijksrelatie of partnerschap voeren. Evenzo is er sprake van huishoudens die worden gevormd door familieleden van meerdere generaties. Het aantal mensen dat alleen leeft, neemt toe, met name onder ouderen of hulpbehoevenden. Ook komen er meer ouderen zonder kinderen. De inzet van mantelzorg wordt daarmee minder vanzelfsprekend (SCP, 2002; SCP, 2003a).

Een belangrijke sociale kwestie die zich aftekent is de toenemende eenzaamheid en het sociaal isolement van inwoners van Nederland. Sociale netwerken worden door de individualisering dunner; eenpersoonshuishoudens (vooral oudere mannen) zijn slecht in staat om maatschappelijk volwaardig te functioneren. De anoniemere samenleving kent steeds meer 'buitenstaanders'.

2.4 De risico's en het tempo van het moderne leven

De samenleving digitaliseert in toenemende mate. Het pc-bezit, het gebruik van internet en het gebruik van mobiele telefoons hebben een hoge vlucht genomen. Dankzij technologische en geautomatiseerde vernieuwingen is het mogelijk om aangepaste woningen te bouwen, geavanceerde zorg te bieden en mensen met een beperking te ondersteunen in hun dagelijks leven (Dekker e.a., 2002). Dat kan, en dan werken deze nieuwe ontwikkelingen ook ten behoeve van groepen met een handicap. Een andere ontwikkeling is echter ook mogelijk: technologische vernieuwing leidt de komende jaren tot steeds snellere veranderingen die met name ouderen en nieuwkomers moeilijk kunnen bijhouden.

Een belangrijke sociale kwestie zou dan de nieuwe tweedeling kunnen zijn tussen digitalen en digibeten, of breder: tussen hen die de acceleratie van de samenleving wel kunnen bijhouden en zij die aan de kant blijven staan omdat ze er geen greep meer op hebben. De nieuwe sociale kwestie betekent dan dat we een 'Nederland van twee snelheden krijgen', een kloof die letterlijk niet is te overbruggen.

Deze kloof kan extra diep worden wanneer de 'snellen' wel weten om te gaan met de vele nieuwe risico's en uitdagingen van de moderne samenleving, terwijl de 'tragen' angstig worden van alle nieuwe gevaren die zij ontwaren. Waar voorheen

de verzorgingsstaat bescherming bood tegen allerlei risico's (bij ziekte, bij ongeval, bij werkloosheid), daar staan mensen nu steeds vaker alleen voor de opgave om om te gaan met risico's die in de komende jaren bovendien een steeds globaler en grootschaliger karakter lijken te krijgen (milieurampen, terrorisme, etc.).

2.5 Inkrimpende verzorgingsstaat

De trend lijkt te zijn dat de politiek minder bereid is om voor zwakkeren in de samenleving op te komen. Het huidige niveau van de verzorgingsstaat is, volgens de politieke meerderheid, moeilijk houdbaar. Gebeurtenissen als onvrijwillige werkloosheid, ziekte en beperking worden meer als eigen lot en verantwoordelijkheid gezien dan als verantwoordelijkheid van de verzorgingsstaat. De wet- en regelgeving rond werkloosheid, bijstand en arbeidsongeschiktheid wordt aangescherpt. Mensen zonder werk belanden sneller in de bijstand. De toegang tot de WAO wordt ingeperkt. De ambtenarensalarissen en de salarissen in andere CAO's worden bevroren. De regering tracht het begrotingstekort weg te werken door forse bezuinigingen op allerlei sectoren. Deze kortingen dwingen maatschappelijke sectoren na te denken over hun kerntaken en de prioriteiten van hun werk. Het risico bestaat dat taken door niemand meer worden verricht of dat men zich minder verantwoordelijk voelt voor taken die niet tot de kern worden gerekend. Dit kan ertoe leiden dat burgers aan hun lot worden overgelaten, juist ook zij die niet de mogelijkheid hebben om zelf wat van hun leven te maken.

Een nieuwe sociale kwestie kan zijn dat iedereen graag eigen verantwoordelijkheid wil dragen maar dat sommigen daarvoor hulp en ondersteuning nodig hebben die niet (meer) bestaat. Dat brengt ons bij het volgende punt.

2.6 Toename eigen verantwoordelijkheid burgers

De verantwoordelijkheid voor het vormgeven van het eigen leven en het slagen in de samenleving wordt in toenemende mate bij het individu gelegd. Ieder mens is zijn eigen project waaraan men zelf moet werken, door intellectuele ontplooiing, culturele vorming, sociale contacten en een fit lichaam. Mensen worden verantwoordelijk geacht voor hun welslagen. Ook burgers wijzen elkaar op hun verantwoordelijkheid voor het eigen leven, en de overheid en professionals wijzen

burgers hierop, bijvoorbeeld door het ontmoedigen van roken. Steeds vaker gaan er stemmen op om mensen zelf op te laten draaien voor de gevolgen van een ongezonde levensstijl of ongezonde gewoonten. Dit alles impliceert dat mensen bij ziekte en achterstand de schuld eerder bij zichzelf leggen. Mensen moeten zelf investeren in hun leven, welzijn en gezondheid en zijn daarmee verantwoordelijk voor hun welslagen. Dit geldt ook op macroniveau. De burgers worden verantwoordelijk gemaakt voor hun leefomgeving. Er is sprake van een verschuiving van verantwoordelijkheden van politiek en bestuur naar burgers.

Deze maatschappelijke ontwikkeling kan leiden tot een nieuwe sociale kwestie: als de schuld voor het falen primair bij individuen wordt gelegd ('blaming the victim'), dan zal dit enerzijds tot grote woede leiden bij hen die daardoor nog verder buiten de boot vallen, en anderzijds tot apathie en verwaarlozing bij hen die meegaan in de gedachte dat het hun eigen schuld is.

Het nemen van eigen verantwoordelijkheid is overigens een trend die zich al lange tijd aftekent. Na beleid gericht op economische zelfstandigheid van iedereen, van mannen en van vrouwen, richt het kabinet zijn pijlen recentelijk op het stimuleren van 'zorgverantwoordelijkheid' van iedereen. Mannen moeten hun aandeel in de huishoudelijke en kind-zorg op zich nemen, ook al omdat dit een voorwaarde is voor vergrote arbeidsparticipatie van vrouwen. Er tekent zich echter een knelpunt af, omdat de toename van arbeid buitenshuis door vrouwen sneller toeneemt dan de zorgarbeid van mannen binnenshuis. Bovendien voeren mannen slechts zeer bepaalde taken uit. Aangezien de uitbesteding van 'vervelende klussen' slechts voor weinig mensen is weggelegd, dreigt een overbelasting van vrouwen die arbeid en zorg combineren. Waar in andere landen collectieve zorgvoorzieningen (uitgebreide voor- en naschoolse opvang en andere kinderopvangmogelijkheden) vaak goed geregeld zijn, steekt Nederland hier, ondanks een zekere inhaalslag, nog steeds schraal tegen af.

2.7 Groeiende maatschappelijke betrokkenheid en inzet; toenemende grote-mondigheid

Naast deze zorgelijke trends en de daaruit voortvloeiende sociale kwesties, is er ook sprake van een toename van het maatschappelijk engagement en een groeiende bezorgdheid onder de bevolking en in de politiek over maatschappelijke

verschijnselen. De interesse voor politiek en de participatie in politieke partijen en maatschappelijke organisaties neemt overall licht toe (zie o.a. SCP, 2002; SCP, 2003). 'De' individualisering leidt er misschien toe dat mensen meer op zichzelf zijn aangewezen, toch voelen velen zich solidair en betrokken bij anderen. Er bestaat bij burgers een grote behoefte om zich sterk te maken voor een leefbare samenleving. Burgers zijn bereid om zich in te zetten voor goede doelen door het geven van geld of tijd (Van Daal & Plemper, 2003). De rol van particuliere financiering, bedrijfsfinanciering en maatschappelijke fondsen zal naar verwachting verder toenemen. Het vrijwilligerswerk kan een bloeiperiode tegemoet gaan wanneer het zich tijdig weet aan te passen aan de veranderingen die de vrijwilliger wenst: deze wil een vrijblijvender en minder langdurige band met de organisatie aangaan en verwacht zijn vrijwilligerswerk in een tamelijk professioneel georganiseerd verband te kunnen doen.

Deze ontwikkeling leidt niet tot een nieuwe sociale kwestie, maar tot de situatie dat de vele nieuwe sociale kwesties die zich aankondigen mogelijk kunnen worden aangevat door een breed spectrum aan actoren (naast de sector zorg en welzijn): zowel door de overheid, het bedrijfsleven, maatschappelijke organisaties, sociale bewegingen, fondsen, et cetera.

Daar staat tegenover dat de toenemende mondigheid van veel burgers als schaduwzijde kan hebben dat dergelijke competenties niet (zozeer) worden ingezet ten behoeve van medemensen, maar vooral voor de behartiging van het eigen belang en het eigen plezier. De grote-mondigheid, zoals pedagoog Micha de Winter dit fenomeen noemt, kan dan leiden tot een zodanige vorm van assertiviteit dat anderen worden overschreeuwd en dat er vooral oog is voor de eigen (materiële) toestand.

2.8 Meer vrije tijd

Hoewel recentelijk de arbeidsparticipatie vooral lijkt toe te nemen en van werknemers wordt gevraagd om langer door te werken, is de langetermijntrend er toch één waarin mannen en vrouwen over een royale hoeveelheid vrije tijd lijken te kunnen beschikken. Hierbij doelen we niet (alleen) op de langere periode die de meeste mensen na hun pensionering in relatief goede gezondheid zullen doorbrengen, maar ook op de vrije tijd gedurende het arbeidzame leven, al dan niet in

combinatie met verloven opgenomen in het kader van levensloopbeleid. Vrijtijdsbesteding neemt een steeds belangrijker plaats in het dagelijks leven van burgers in. Een trend waar in de sectoren zorg en welzijn nog (te) weinig aandacht voor is.

2.9 De rol van politiek en media

In toenemende mate lijken politiek en samenleving zich te ontwikkelen tot een media-, een spektakel- en/of een toeschouwersdemocratie. De centrale rol die media in ons democratisch stelsel steeds sterker voor zich opeisen c.q. toebedeeld krijgen, in combinatie met een politiek systeem waarin individuen steeds belangrijker worden en 'hypes' de politieke agenda bepalen, leiden tot gefragmenteerd en discontinu beleid met alle gevolgen voor de betrokken sectoren van dien. Het werk van professionals en de agenda's van instellingen kunnen worden overschaduwed door de 'waan van de dag'. Het verantwoorden van werkzaamheden en het afbakenen van taken en verantwoordelijkheden (visieontwikkeling) zijn belangrijk om de professionele handelingsruimte te garanderen en de eigen agenda te kunnen volgen.

3

Beleidsontwikkelingen

3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is een aantal belangrijke maatschappelijke ontwikkelingen beschreven. In dit hoofdstuk behandelen we de beleidsontwikkelingen, ofwel de ontwikkelingen die door individuen, organisaties en beleidsmakers in de sector zorg en welzijn worden bepaald. De beleidsontwikkelingen kunnen een gevolg zijn van of een reactie zijn op maatschappelijke ontwikkelingen en zowel inhoudelijk als organisatorisch van aard zijn. Achtereenvolgens komen de volgende ontwikkelingen aan bod:

- verzakelijking;
- vraaggerichtheid;
- vermaatschappelijking;
- territoriale aanpak;
- integraal werken;
- maatschappelijk zorg (als een bepalende trend).

3.2 Verzakelijking

De marktwerking heeft zijn intrede gedaan in de sector zorg en welzijn. Het systeem van het leveren van diensten in zorg en welzijn gaat men vaker beschouwen als een productieproces (Van der Laan e.a., 2003). Het formuleren van diensten in termen van producten is steeds gebruikelijker. Professionele organisaties en professionals leveren *input* en worden afgerekend op hun *output*. Opdrachtgevers en cliënten zijn kritisch en verwachten dat de maatschappelijke effecten van de diensten inzichtelijk worden gemaakt (Van der Laan e.a., 2003).

Effectmeting binnen de sector zorg en welzijn is echter niet eenvoudig. Het meten van de resultaten van diensten is een lastige opgave, omdat kennis over werkzame ingrediënten en effecten veelal ontbreekt en moeilijk uit de context waarin de cliënt en professional functioneren is te achterhalen. Daarom worden veelal de resultaten van individuele professionals inzichtelijk gemaakt (Plempers, 2003). Hun werk wordt verantwoord in tijd en product. Om de standaarden te bepalen krijgen beroepsbeoefenaars vaker te maken met protocollen en standaardformulieren.

Marktwerking of nieuwe zakelijkheid in de sector kan tot een combinatie van bureaucratie en markt leiden waarin de beroepskrachten als uitvoerders van elders vastgestelde beleidsdoelen worden gezien. Termen worden gebruikt als: *producten, outputfinanciering en accountability*. De marktwerking stelt de *output* van de sector op de voorgrond. Het gevolg kan zijn dat cliënten waarbij moeilijker op korte termijn resultaten geboekt kunnen worden nog meer dan voorheen buiten de boot vallen.

Toenemende verzakelijking kan ook leiden tot een verregaande opdeling in functies en verantwoordelijkheden (Van der Laan e.a., 2003). Bijvoorbeeld de opdeling van het hulpverleningsproces in aanmelding, intake, diagnose, indicatiestelling, zorgtoewijzing, uitvoering en evaluatie. Deze functies worden gewoonlijk aan verschillende functionarissen (soms van verschillende instellingen) toegewezen. Als gevolg van functiedifferentiatie is voor bepaalde functies geen hbo-opleiding meer nodig en worden de opleidingseisen naar beneden bijgesteld.

Verzakelijking en toenemende marktwerking hebben ook invloed op de handelingsruimte van professionals in de sector.

De handelingsruimte wordt enerzijds afgebakend door de wijze waarop wordt vormgegeven aan marktwerking, verzakelijking, doelmatigheid, kwaliteit en protocollering, en anderzijds door de vraag van cliënten, hun zaakwaarnemers (zorgverzekeraars) en financiers (overheden). De toepassing van standaarden of protocollen kan duidelijkheid scheppen over de voorwaarden waaraan zorg of hulp minimaal behoren te voldoen en het werk van professionals ondersteunen. Het biedt de mogelijkheid om de kwaliteit van de geboden diensten te meten en te verbeteren.

De verwachting is dat de trend niet plots zal verdwijnen. De sector zal zakelijker en marktgerichter gaan opereren.

3.3 Vraaggerichtheid

Een belangrijke verandering in de sectoren zorg en welzijn is de opkomst van het vraaggericht werken in plaats van het aanbod denken. De gangbare werkwijze waarin instellingen en instanties het aanbod bepalen, wordt steeds vaker vervangen door de opvatting dat hulpverleners vraaggericht werken en daarmee de werkelijke behoefte en wens van de hulpvrager naar boven krijgen (Van der Laan e.a., 2003).

Vraaggerichtheid is een manier om de vraag van de cliënt niet primair te benaderen vanuit het aanbod, maar vanuit de werkelijke wens van de zorgvrager zelf. Vraaggericht werken dient ertoe om het aanbod beter aan te laten sluiten op de vraag. Tegelijkertijd is vraaggericht werken een concept dat behoort bij de huidige maatschappelijke context. Het erkent het recht op autonomie van de zorgvrager en zijn eigen verantwoordelijkheden. Het miskent wellicht dat veel zorgvragen het resultaat zijn van het samenspel van de zorgverlener en de cliënt. Het formuleren van een goede hulpvraag is een kunst die niet mag worden onderschat.

Vraaggericht werken is niet eenvoudig. Het afstemmen van vraag en aanbod vereist een zorgvuldig proces. Daarin kunnen onbedoelde of ongewenste effecten optreden, zowel voor de cliënt en zijn omgeving als voor de beroepskracht en zijn organisatie. De beperkte beschikbare tijd van de hulpverlener voor het directe contact met de cliënt is een bedreiging voor adequate communicatie die leidt tot effectieve vraaggerichte hulpverlening. Zaken kunnen door tijdgebrek onbespro-

ken blijven of onvoldoende diepgaand worden besproken (Plemper, 2003). De middelen van zorg- en welzijnsinstellingen zijn ook beperkt. Door schaarste kunnen niet alle zorgvragen beantwoord worden. Een van de keuzes waar zorgaanbieders mee te maken krijgen, is welke zorgvragen onbeantwoord te laten. Gebrek aan keuzemogelijkheden in de zorgsector kan er bovendien toe leiden dat er voor veel cliënten geen exit-optie aanwezig is en dat zij hun onvrede uiten bij de instelling of de zorgverlener. Omgaan met en leren van klachten van cliënten stelt hoge eisen aan de vaardigheden van zorgverleners en hun professionele omgeving.

Het is duidelijk dat mensen die minder vaardig zijn in communicatie een achterstand hebben in een dergelijke gang van zaken. Mensen met een handicap of beperking, ouderen en mensen die kort in Nederland zijn of de Nederlandse taal beperkt beheersen, lopen de kans verkeerd begrepen te worden of zelf zaken verkeerd te begrijpen.

De protocollen, de voorgeschreven modellen en het afgerekend worden op resultaat kunnen leiden tot bekneldheid of tot het negeren van de professionele verantwoordelijkheid (vgl. Van der Laan, e.a., 2003, Tonkens, 2003). Professionals kunnen zich bekneld voelen tussen enerzijds veeleisende cliënten en diens vertegenwoordigers en anderzijds zakelijke managers. Dit kan een ervaren inperking van de professionele handelingsruimte tot gevolg hebben.

Hoewel het te ver gaat om te concluderen dat voor alle zorg- en welzijnsinstellingen geldt dat de wens van de cliënt primair is in plaats van het aanbod, is de trend gezet. Een ontwikkeling die zich verder zal doorzetten in een tijdperk waarin de mondige burger steeds vaker het richtsnoer wordt. Het begrip mondige burgers is overigens niet altijd even helder. Mondige burgers die hun zorgvraag goed kunnen formuleren zijn vaak prettige klanten die de professionele kennis op hun waarde weten te schatten. Burgers die *niet* mondig (genoeg) zijn, de kwetsbaarste groep onder de hulpbehoevenden, zijn minder in staat hun hulpvraag te formuleren en kunnen als gevolg daarvan juist zeer lastige klanten zijn. Zij zijn echter wel de groep die vaak het meest intensief gebruik maken van de zorg of hulp. De toekomst zal uitwijzen of de sectoren erin slagen om het aanbod goed op de, al dan niet expliciete, vraag van deze burgers af te stemmen.

3.4 Vermaatschappelijking

De tijd dat mensen met een intensievere zorgbehoefte vooral in zorginstellingen werden opgevangen is voorbij. Het besef groeit dat de zorg in de eigen woonomgeving kan worden verleend en dat mensen die zorg nodig hebben (zoals ouderen, mensen met lichamelijke en/of verstandelijke beperking, mensen met een psychische handicap) zelfstandig kunnen wonen. In de literatuur worden verschillende definities van het begrip vermaatschappelijking gehanteerd. In deze definities komen twee elementen naar voren. Ten eerste gaat het bij vermaatschappelijking om de verschuiving van intramurale opvang naar zorg dichtbij huis (extramuralisering). Cliënten worden niet meer opgesloten in instellingen buiten de samenleving, maar krijgen een plek in de samenleving. Als het echter alleen blijft bij een fysieke plaats in de samenleving, dan is het mogelijk dat cliënten nog steeds buiten de samenleving blijven leven. Het tweede element van vermaatschappelijking is daarom '(re)integratie of rehabilitatie'. Cliënten dienen begeleid te worden om daadwerkelijk een plaats te krijgen in de samenleving.

Vermaatschappelijking betekent kort gezegd een verschuiving van zorg binnen de instelling naar zorg binnen de samenleving, waarbij bovendien de nadruk verschuift van zorg en behandeling naar begeleiding en ondersteuning bij zelfredzaamheid en sociale participatie. Tot nu toe is dit vooral ingevuld als zorg in de samenleving door de instelling en niet als zorg *in* de samenleving door de samenleving (Plempers & Van Vliet, 2002). Niet de samenleving, maar de zorginstellingen bieden community care of maatschappelijke zorg.

De vermaatschappelijking zet verder door in samenwerking met andere actoren, zoals woningcorporaties, welzijnsorganisaties en buurtbewoners. Meer en meer zal de beroepskracht ook worden omgevormd tot een persoonlijke planontwikkelaar en een netwerkontwikkelaar voor de cliënt. Daarmee zal de vanuit een bepaalde sector ontwikkelde expertise plaats maken voor een meer integrale manier van werken waarin het luisteren naar en het werken voor de cliënt centraal staat. Ook zal de vraag toenemen naar professionals die fungeren als de spreekbuis van de cliënt, en die de belangen behartigen en vertegenwoordigen van hen die daarin niet altijd even competent zijn, zoals cliëntondersteuners en adviseurs.

Het draagvlak in de samenleving voor vermaatschappelijking wordt beperkt door negatieve beeldvorming over minderheden en kwetsbare groepen onder de

Nederlandse bevolking. In het algemeen kan gesteld worden dat de Nederlandse bevolking positief tegenover het uitgangspunt staat dat alle kwetsbare en hulpbehoevende mensen een volwaardige plek in de samenleving verdienen. Maar wanneer de vermaatschappelijking echt dichterbij komt, blijken burgers terughoudender te zijn (Kwekkeboom, 2001).

3.5 Territoriale aanpak

Lokaal sociaal 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 of regio's (De Boer, 2001). Bij de selectie van wijken en regio's speelt uiteraard wel een rol of zich daar problemen of kwetsbare groepen bevinden.

De territoriale benadering, ook wel bekend als de wijkaanpak, wordt in ons land op bijzonder veel plaatsen en manieren toegepast. Die toepassingen variëren van losse projecten in het kader van integraal veiligheidsbeleid tot zeer omvangrijke in het kader van het lokaal sociaal beleid op het platteland of de aanpak van hardkernjongeren via Justitie in de Buurt. De gebiedsgerichte aanpak wordt beschouwd als een goede strategie voor het plegen van sociale interventies. Onder de Nederlandse opbouwwerkers is deze aanpak zelfs uitgegroeid tot het belangrijkste werkteerrein voor het welzijnswerk (Dozy, 1999; Schuster, 2001).

Een wijkgerichte aanpak is met name geschikt voor kleinschalige problemen met een sociale, fysieke en economische component (Duyvendak, 2000; de Boer, 2001). Voor het bestrijden van drugsoverlast, prostitutie, illegaliteit en criminaliteit is een wijkgerichte aanpak minder bruikbaar. Hiervoor is een bovenwijkse, stedelijke of landelijke aanpak nodig. De wijk is ook veelal een bestuurlijke eenheid die qua inwonersaantal per stad sterk kan verschillen (de Boer, 2001). Bewoners hebben minder op met gemeentelijk bepaalde wijkgrenzen en zijn eerder te mobiliseren op een kleiner schaalniveau als de buurt of straat.

Duidelijk moge zijn dat territoriaal werken een overgang markeert van een sectoraal georganiseerd optreden van de overheid en instellingen naar een meer vanuit de vraag en de vermogens van burgers beredeneerd beleid. Die overgang is verwant aan een kanteling naar vraaggericht werken.

3.6 Integraal werken

Maatschappelijke problemen zijn regelmatig zo complex dat ze met verschillende beleidssectoren en werkvelden te maken hebben. Integraal werken gaat voornamelijk om samenwerking tussen verschillende instanties, organisaties en eventueel buurtbewoners die op een of andere manier betrokken zijn bij de thematiek.

Integraal werken aan veiligheid betekent dat verschillende instellingen en organisaties zoals politie, brandweer, gemeenten, woningstichting, verslavingszorg, maatschappelijk middenveld, bureau HALT, burgers en Justitie, met elkaar tot het beste resultaat proberen te komen. Integrale buurtbijeenkomsten, casuïstiek overleg en panelbijeenkomsten over onderwijs, sociale infrastructuur, fysieke inrichting van openbare ruimte en aanpak van harde-kernjongeren vinden aan de lopende band plaats.

Uitgangspunt van de eerder geschetste gebiedsgerichte aanpak laat bovendien zien dat het een trend is om vraagstukken in zijn volledige maatschappelijke context te benaderen. Dit nieuwe accent op een probleemgerichte aanpak, de locatie doet ertoe, versnelt het proces van het integraal aanpakken van maatschappelijke vraagstukken als criminaliteit, onveiligheid, normoverschrijdend gedrag, zwerfvuil en drugsverslaving.

Integraal houdt niet in dat een professional van alle markten thuis behoort te zijn, maar wel dat men in staat is om samen te werken en een gezamenlijke visie weet te formuleren. Het gaat om het afstemmen van verantwoordelijkheden. Daarbij is het van belang dat duidelijk is wie de eindverantwoordelijkheid heeft (Duyvendak, 2003).

Integraal werken is niet eenvoudig. Het is moeilijk om de verschillende vakinhoudelijke disciplines op elkaar af te stemmen. Vakjargon, verkoking en tegenstrijdige visies kunnen belemmerend werken. Daarbij komt dat niet alle sectoren financieel even daadkrachtig zijn. Een goed voorbeeld hiervan is het verschil tussen de welzijnssector (de zachte sector) en de bouwsector (de harde sector).

3.7 Maatschappelijke zorg als een bepalende trend

In het voorgaande hebben we stilgestaan bij maatschappelijke en beleidsontwikkelingen. Een belangrijke beleidsontwikkeling betreft, zoals aangegeven, vermaatschappelijking. Deze trend zal uitmonden in maatschappelijke zorg, het gebied waarop zorg en welzijn, maar ook professionals, mantelzorgers en vrijwilligers elkaar treffen. Aangezien deze trend bepalend is voor de sector in de komende tijd, nemen we de ontwikkeling van maatschappelijke zorg nader onder de loep. In de onlangs verschenen Beleidsagenda 2004 van VWS 'Keuzes voor een houdbare en beter presterende zorg' wordt ook voorgesteld om de Welzijnswet op te heffen in een nieuwe Wet maatschappelijke zorg (WMZ). Zorg en welzijn zullen onder dezelfde wet vallen. De term zorg in de WMZ (en het ontbreken van het woord welzijn) kan een verkeerd beeld geven. De wet gaat namelijk veeleer om het bevorderen van maatschappelijke participatie en beperkt zich dus niet tot zorg.

Vermaatschappelijking van de zorg is er daarentegen wel de oorzaak van dat de laatste jaren zorg en welzijn naar elkaar toe groeien. In maatschappelijke zorg ligt het accent meer op een dienstenstelsel waar burgers gebruik van kunnen maken dan op aanspraken, waar ieder individu voor verzekerd is. Dit dienstenstelsel is daarmee ook kwetsbaarder voor zich wijzigende politieke prioriteiten en afwegingen op gemeentelijk niveau. Dit scenario kan voorkomen worden door ook voor het dienstenstelsel minimale rechten van burgers vast te leggen.

Deze ontwikkeling zal ook gevolgen hebben voor de positie van professionals die in deze voorzieningen komen te werken. Mede door het verzekeringskarakter van de AWBZ is de professionaliteit van beroepen in de verpleging en verzorging de afgelopen jaren steviger verankerd in wet- en regelgeving. De overgang van verzekerde zorg naar een dienstenstelsel maakt de positie van deze professionals kwetsbaarder.

Door deze nieuwe ontwikkelingen sluit de functie-inhoud niet aan bij de opleiding, zeker niet waar het beroepskrachten betreft die al geruime tijd in de sector werkzaam zijn. Voorheen werkten bijvoorbeeld z-verpleegkundigen als verpleegkundigen of groepsleiders in instituten. Tegenwoordig werken ze steeds vaker in kleinschalige woningen en ondersteunen ze de bewoners bij het leven in de lokale samenleving. Ze opereren meer als maatschappelijk werkers of casemanagers dan als z-verpleegkundigen. Ook ontstaan er steeds meer functies en activiteiten

waarin domeinen worden gecombineerd, zoals educatie, sport en sociaal-cultureel werk.

Vermaatschappelijking veronderstelt eigenlijk de aanwezigheid van actief welzijnswerk. Als bijvoorbeeld ouderen, mensen met een verstandelijke handicap of een psychische stoornis een zelfstandige woning in een wijk krijgen, is er welzijnswerk nodig om hun integratie blijvend te begeleiden. Nodig zijn bijvoorbeeld buurthuisachtige ontmoetingsplekken en georganiseerde activiteiten waarin die vermaatschappelijkte cliënten en andere buurtbewoners elkaar ontmoeten (de Boer & Tonkens, 2003).

Wat betekent maatschappelijke zorg?

De socioloog Bulmer ontleedt het begrip maatschappelijke zorg ofwel community care in *caring for* (zich richten op de fysieke en emotionele behoeften van een persoon) en *caring about*, waarbij sprake is van gevoelens van empathie voor een persoon en emotionele betrokkenheid bij een persoon. Ook maakt hij onderscheid tussen *care in the community* (zorg door betaalde medewerkers van thuiszorg en andere lokale organisaties) en *care by the community* (zorg door familie, vrienden en vrijwilligers). Maatschappelijke zorg vormt een krachtige combinatie van deze begrippen. Maatschappelijk zorg bestaat uit meerdere netwerken van formele en informele relaties waarvan de krachten worden gemobiliseerd in tijden van ziekte, rouw of moeilijkheden. Maatschappelijk zorg is een combinatie van professionele inzet, vrijwillige en informele inzet waarbij sprake is van zowel verzorging als emotionele en sociale steun. We kunnen maatschappelijke zorg aldus schematisch weergeven.

Figuur 3.1 Maatschappelijk zorg

<i>Caring for</i> = Zorgen voor	<i>Care in the community</i> = Professionele zorg
<i>Caring about</i> = Geven om	<i>Care by the community</i> = Vrijwilligerszorg en informele zorg

Zorg wordt hierin breed opgevat en omvat alle hulp, ondersteuning en diensten die de sectoren en de samenleving kunnen bieden. We kunnen constateren dat de krachtige combinatie nog niet kenmerkend is voor de Nederlandse situatie (Plemper & Van Vliet, 2002). Er wordt professionele zorg en ondersteuning geleverd door instellingen in de samenleving en er wordt vrijwilligerszorg en informele zorg geleverd. De samenwerking tussen de professionele zorg en de niet-professionele zorg wordt in geringe mate vormgegeven. Het is een uitdaging voor de sector zorg en welzijn om die samenwerking te ontwikkelen en in te vullen. Wat dit betekent voor de beroepsuitoefening wordt in hoofdstuk 5 uitgewerkt.

4

Ontwikkelingen aan de vraagzijde

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de gevolgen van de gesignaleerde trends en sociale kwesties voor de ontwikkelingen aan de vraagzijde (specifieke groepen, behoeften en problemen). Voor zover hierover recente gegevens voorhanden zijn (meestal zijn de gegevens hierover retrospectief verzameld en zeggen ze dus vooral iets over de afgelopen jaren) zullen we deze ook noemen.

In hoofdstuk 2 is als gevolg van maatschappelijke ontwikkelingen een aantal sociale kwesties gesignaleerd die nu en in de (nabije) toekomst spelen:

- afnemende solidariteit tussen de generaties;
- minder tolerantie ten opzichte van nieuwkomers en oudere migranten, tussen migrantengroepen onderling en ten opzichte van de islam;
- grote groepen illegale bewoners in Nederland;
- discriminatie van groepen nieuwkomers;
- toenemend aantal alleenwonende ouderen en hulpbehoevenden zonder of met geringe mantelzorg;
- toenemende eenzaamheid c.q. sociaal isolement onder alleenstaande ouderen;

- tweedeling tussen digitalen en digibeten, of breder: tussen degenen die de acceleratie van de samenleving wel kunnen bijhouden en degenen die aan de kant blijven staan omdat ze er geen greep (meer) op hebben ('Nederland van twee snelheden');
- iedereen wil graag eigen verantwoordelijkheid dragen, maar sommigen hebben daarbij hulp en ondersteuning nodig die niet (meer) bestaat;
- nog verder buiten de boot vallen van hen die niet voldoende in staat zijn eigen verantwoordelijkheid te nemen.

Naast de meer zorgelijke trends die tot bovengenoemde sociale kwesties (kunnen) leiden, werd in hoofdstuk 2 ook een groeiende maatschappelijke betrokkenheid en inzet gesignaleerd die kan leiden tot de situatie dat de vele (nieuwe) sociale kwesties kunnen worden aangevat door een breed spectrum aan actoren naast de sector zorg en welzijn: de overheid, het bedrijfsleven, maatschappelijke organisaties, sociale bewegingen, fondsen.

De stagnerende economie en de bezuinigingen in de publieke sector, maar ook een hardere opstelling in het kader van eigen verantwoordelijkheid, zullen ongetwijfeld leiden tot een toename van het aantal kwetsbare en hulpbehoevende mensen (ook wel risicogroepen genoemd). en/of een toename van problemen bij de huidige groepen. Die toename leidt tot een groter en vaak ook ander beroep op de sectoren zorg en welzijn. Bijkomend probleem is dat deze groep moeilijk bereikbaar is, enerzijds doordat een deel van hen illegaal is, of geen vaste woon- of verblijfplaats heeft, maar ook omdat ze geen duidelijke hulpvragen hebben, niet weten waar ze naar toe moeten met hun problemen, of vanwege eerdere negatieve ervaringen geen contact meer met hulpverleners wensen, et cetera.

4.2 Specifieke groepen

Voor de sectoren zorg en welzijn is voor nu en de komende jaren een aantal specifieke groepen te onderscheiden die hulp behoeven of diensten nodig hebben. In deze paragraaf geven we daarom een schets van de volgende groepen:

- a. de meest kwetsbare en hulpbehoevende groepen;
- b. mensen met verstandelijke en/of lichamelijke beperkingen;
- c. vrijwilligers(organisaties);

- d. mantelzorgers en vrijwilligers in de zorg;
- e. kinderen en jongeren in risicosituaties;
- f. mensen met enkelvoudige vragen op het terrein van zorg- en dienstverlening.

a. *De meest kwetsbare en hulpbehoevende groepen*

De VOG (1999) wijst in een schets van Nederland in 2010 op basis van een onderzoek van de Stichting voor Economisch Onderzoek (Van Buiren e.a., 1999) de volgende risicogroepen aan, waarvan de opvang in de komende jaren, zowel in materiële als in immateriële zin belangrijker wordt. Voor een belangrijk deel wonen deze groepen in de buurten en wijken van de (grote) steden (VOG, 1999).

- 55.000 jongeren die zonder startkwalificatie de school verlaten, van wie 33.000 zonder een diploma (14% van alle schoolverlaters); hierin zijn allochtone jongeren oververtegenwoordigd;
- 188.000 langdurig werklozen; in deze groep zijn mensen met een lage opleiding en afkomstig uit allochtone groepen sterk in de meerderheid;
- 266.000 kinderen die deel uitmaken van een huishouden met een inkomen rond het minimum;
- 19.000 ouderen en gehandicapten met een laag inkomen en een grote zorgbehoefte;
- 25.000 dak- en thuislozen; het aantal dak- en thuislozen steeg de laatste jaren met 20%;
- tussen 185.000 en 320.000 alcoholverslaafden;
- tussen 34.000 en 54.000 problematische harddruggebruikers;
- het aantal illegalen neemt de komende jaren toe.

Ernsting (2003) komt tot een iets andere indeling en schattingen van de aard en omvang van de meest kwetsbare groepen. Hierbij gaat het om de volgende groepen:

- mensen in isolement/ eenzaamheid: deel van ouderen, dak- en thuislozen, vroeg gehandicapten, langdurig werklozen, ernstig achtergestelde allochtonen: in totaal ongeveer 700.000 mensen;
- mensen op het minimum: ruim een miljoen mensen, waarvan 350.000 kinderen; deze groep gaat groeien als gevolg van maatregelen WW en WAO;

- mensen in de marge: dak- en thuislozen, drugs- en alcoholverslaafden, drop-out jeugd, illegalen, slecht/ niet bereikt door sociale voorzieningen: bij elkaar ongeveer een half miljoen.

In totaal zou het kunnen gaan om een groep van 2 á 2,4 miljoen mensen, maar het is de vraag of deze groepen bij elkaar kunnen worden opgeteld, omdat er veel overlap is tussen de groepen en de schattingen over het aantal illegalen ver uiteenlopen.

In ieder geval neemt, na jarenlange daling (van 15% in 1995 tot 9,8% in 2001), het aantal arme huishoudens in 2003 en 2004 toe tot 11% (SCP, 2003b). Waren ouderen tot enkele jaren geleden degenen die het vaakst in armoede leefden, tegenwoordig lopen kinderen en jongeren verhoudingsgewijs het hoogste armoederisico met als belangrijkste verklaring de voortgaande groei van het aantal eenoudergezinnen (Goderie, 2004).

Ook het aantal werklozen neemt toe. Volgens het SCP (2003) waren er eind 2001 1.495.000 WW-ers, arbeidsongeschikten en bijstandsontvangers, waarvan 406.200 (o.g.v. regelgeving) reïntegreerbaar. Ten opzichte van het voorjaar van 2002 is in het voorjaar van 2003 het aantal werklozen gestegen met 40% van 287.000 naar 403.000. Het beleid om de WAO-instroom te beperken en de invoering van de nieuwe WWB betekent dat er een groter aantal ook moeilijk bemiddelbare werklozen, zoals (ex-)GGZ-cliënten, gedeeltelijk arbeidsongeschikten, drugsverslaafden en dak- en thuislozen naar werk begeleid moet worden.

Armoede is overigens niet hetzelfde als sociaal isolement of sociale uitsluiting, maar is daar wel een dimensie van (Jehoel-Gijsbers, 2003). Om dit goed in kaart te brengen onderzoekt het SCP op welke wijze de omvang en aard van sociale uitsluiting kan worden vastgesteld.

b. Mensen met verstandelijke en/of lichamelijke beperkingen

De Rapportage gehandicapten 2002 van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) (De Klerk, 2002) geeft een overzicht van de maatschappelijke positie van mensen met lichamelijke beperkingen of verstandelijke handicaps op verschillende terreinen, zoals onderwijs, betaalde en onbetaalde arbeid, de financiële positie, vrijetijdsbesteding, het gebruik van zorgvoorzieningen en de woonsituatie. Uit dit rapport blijkt dat het gehandicaptenbeleid nog niet altijd het gewenste effect heeft

gehad. Nederland is nog steeds onvoldoende toegankelijk voor mensen met beperkingen. Dat geldt voor het onderwijs, de arbeidsmarkt, openbare gebouwen, de eigen woning, openbaar vervoer en de zorg.

In het genoemde rapport van het SCP (De Klerk, 2002) wordt verondersteld dat er in Nederland (afhankelijk van de meetmethode) ruim 500.000 tot 660.000 mensen zijn met ernstige lichamelijke beperkingen en 1,5 miljoen tot bijna 2 miljoen mensen met matige lichamelijke beperkingen; 1,5 miljoen mensen met een chronische ziekte (exclusief slechthorendheid of een verstandelijke beperking); en 103.000 tot 111.000 mensen met een verstandelijke handicap, waarvan ongeveer de helft ondersteund woont.

Als gevolg van de extramuralisering wonen mensen met een verstandelijke handicap steeds vaker zelfstandig in de wijk, wat idealiter leidt tot meer keuzevrijheid en autonomie. Aan de zelfstandigheid kleven echter ook nadelen. Zo hebben velen een heel beperkt sociaal netwerk en een laag inkomen. Hierdoor komt integratie in de samenleving nog niet volledig tot stand. Er is behoefte aan ondersteuning en begeleiding bij sociale participatie, het maken van keuzes en het zelfstandig leven.

c. *Vrijwilligers(organisaties)*

In de samenleving doen zich veranderingen voor die gevolgen hebben voor het vrijwilligerswerk. Omgekeerd doen zich ontwikkelingen voor in het vrijwilligerswerk die van invloed zijn op de werkzaamheden die geleverd kunnen worden door vrijwilligersorganisaties. De vermaatschappelijking, de transmuralisering van de zorg, de organisatorische veranderingen, zoals fusering en schaalvergroting, de kwaliteitsnormen van instellingen, maar ook het toenemende beroep dat wordt gedaan op de sectoren zorg en welzijn, het tekort aan arbeidskrachten en de efficiencykortingen stellen eisen aan vrijwilligers en hun organisaties. Het werk van vrijwilligers is moeilijker en zwaarder geworden doordat bijvoorbeeld in de zorg de zorggebruikers ouder en zorgbehoeftiger worden en op het gebied van welzijn jongerenproblematiek vraagt om een integrale en interdisciplinaire aanpak. Daarnaast wordt er meer flexibiliteit van vrijwilligers gevraagd. Vrijwilligers worden ingeroosterd en beoordeeld op competenties en onderscheiden zich qua functie-eisen en competenties soms nog maar weinig van betaalde krachten.

Vrijwilligersorganisaties hebben moeite om vrijwilligers te werven en kampen met een vergrijsd bestand. Het is moeilijker om vrijwilligers voor langere tijd vast te houden en hen te interesseren voor activiteiten die een zekere continuïteit vragen, zoals het begeleiden van groepen en het bezoeken van ouderen en zieken. Potentiële vrijwilligers hebben tegenwoordig een scala aan mogelijkheden van tijdsbesteding en meer financiële armslag om hun vrije tijd op andere wijze te besteden (zie o.a. Plemper, 2002; 2001 en 1999). Vooralsnog wijzen de cijfers niet op een afname van vrijwillige inzet. Er is zelfs sprake van een lichte toename (Van Daal & Plemper, 2003), maar bij een grotere vraag naar vrijwilligers in de toekomst kan een grotere participatie gewenst zijn.

d. Mantelzorgers en vrijwilligers in de zorg

In 2002 was acht procent van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder actief als vrijwilliger in de gezondheidszorg (Van Daal & Plemper, 2003). Deze vrijwilligers zijn te vinden binnen vrijwilligersorganisaties in de zorg, zoals de Unie van Vrijwilligers (UVV), de Zonnebloem, het Nederlandse Rode Kruis, Humanitas, kerkelijke hulporganisaties en vrijwilligersorganisaties gericht op het bieden van meer intensieve of gespecialiseerde hulp, zoals de terminale zorg, buddy- of maatjeshulp. De vrijwilligersorganisaties in de zorg zijn actief in instellingen in alle sectoren, zoals ziekenhuizen, verzorgingshuizen, verpleeghuizen, thuiszorg, instellingen in de geestelijke gezondheidszorg en instellingen voor mensen met een handicap. Daarnaast zijn er vrijwilligers die rechtstreeks onder de coördinatie werken van zorginstellingen.

Mantelzorgers werken ook als vrijwilliger in de zorg, maar hebben per definitie een familiale of vriendschappelijke band met de zorgvrager. Zij verlenen zorg aan langdurig zieke of gehandicapte familieleden of naasten en leveren die zorg vaak vanzelfsprekend. In 2001 zorgden 3,7 miljoen landgenoten voor een hulpbehoevende verwant, vriend of buur. Van hen zorgden 750.000 langer dan drie maanden en meer dan acht uur per week. Tussen de 150.000 en 200.000 mantelzorgers voelen zich zwaar belast of zelfs overbelast (Timmermans e.a., 2001). Dat komt grotendeels doordat het aanbod aan thuiszorg en andere hulp die uit de AWBZ wordt gefinancierd is achtergebleven bij de toegenomen vraag. Mantelzorgers zijn noodgedwongen in het gat gesprongen. De inzet van de mantelzorgers voorkomt dat er een beroep wordt gedaan op de professionele hulpverlening.

Het werk van mantelzorgers is vaak zwaar en kan leiden tot overbelasting en gezondheidsklachten. Ook kan het langdurig zorgen tot financiële problemen leiden doordat mantelzorgers (tijdelijk) minder gaan werken of helemaal stoppen met werken. Ook hebben mantelzorgers vaak minder tijd en energie voor ontspannende activiteiten (buitenshuis) en sociale contacten, waardoor sociaal isolement op de loer ligt.

Het belang van deze verschillende vormen van vrijwilligerswerk voor de professionele zorg is algemeen geaccepteerd: zonder vrijwilligers zou de zorg aan kwaliteit inboeten.

e. Kinderen en jongeren in risicosituaties

De Nederlandse samenleving is net zoals de meeste Europese landen aan het vergrijzen door de daling van het geboortecijfer en de toename van de levensduur. Het aantal jongeren is vanaf de jaren zeventig van 45% gedaald tot 30%. Daarvan is de helft jonger dan 12 jaar, de andere helft is tussen de 12 en 25 jaar. Van alle jongeren in Nederland is inmiddels 15% allochtoon. Het aantal tienermoeders is relatief laag in Nederland. Bij een op de honderd kinderen is er sprake van een tienermoeder (Snel e.a., 2001).

De meeste onderzoeken in Nederland laten zien dat het met het grootste gedeelte van de jeugd goed gaat. Dat neemt niet weg dat er een groep is die problemen heeft of veroorzaakt. Er is de laatste jaren dan ook sprake van een grotere bezorgdheid over de ontwikkelingskansen van jeugdigen, en dan met name de jeugd in de grote steden. Opgroeien in de huidige samenleving wordt meer en meer als een opgave gezien en opvoeden als een sociale kwestie. Opvoedingsbekwaamheden van ouders en verschillende groepen professionals (in het onderwijs, de hulpverlening en sociaal beleid) zijn dan ook nadrukkelijker in beeld (Van Haaster e.a., 2003).

Tegelijkertijd wordt door het geheel of gedeeltelijk verdwijnen van open of nabije voorzieningen met een breed bereik en een algemene toegankelijkheid het bereiken van en het werken met jongeren met een bepaalde problematische achtergrond bemoeilijkt. Deze specifieke groepen worden eerder apart en exclusief benaderd en krijgen eerder het stempel van probleemgroep, waarbij het de vraag is of daardoor hun problemen worden opgelost of juist worden versterkt (Van Haaster e.a., 2003).

Jeugd met crimineel gedrag vormt nu en de komende jaren een belangrijke specifieke aandachtsgroep. Crimineel gedrag lijkt ook etnisch gekleurd: volgens schattingen ligt het aantal verdachten per 1000 inwoners bij jongeren die buiten Nederland zijn geboren tweemaal tot vijfmaal zo hoog als onder jongeren die in Nederland zijn geboren. Wordt de nationaliteit als criterium genomen dan valt het verschil nog groter uit (Van den Brink, 2001; Van Rooijen, 2001). Doordat de processen-verbaal geen melding maken van etniciteit, kan de werkelijke situatie niet goed worden achterhaald.

Door het SCP worden de scholierenonderzoeken gebruikt (SCP, 2003c). Uit de zelfrapportage, waarin gevraagd is naar elf vormen van delinquent gedrag, variërend van geweld, diefstal, vandalisme of in aanraking komen met de politie, blijkt dat ongeveer 20% van de jongeren in 2002 in de categorie plegers valt. Opvallend, maar niet verrassend, is dat vooral jongens vaker plegers zijn. Met het stijgen van het opleidingsniveau neemt het aantal delinquente daden af. Daarnaast is er sprake van een delinquentiepiek in de adolescentie: het hoogtepunt ligt bij 17 en 18 jaar. Uit de zelfrapportage blijkt ook dat Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse jongeren hoger scoren op delinquent gedrag dan autochtone jongeren.

Volgens de cijfers (Goderie en Ten Dam, 2003) blijkt de afgelopen paar jaar een stabilisatie in de jeugdcriminaliteit op te treden, ook als men rekening houdt met het afnemend aandeel van jongeren in de totale bevolking. Op basis van de politiestatistieken gaat het om ongeveer 4.2% van alle jeugdigen tussen de 12 en 18 jaar, met de kanttekeningen dat deze cijfers zijn gebaseerd op het aantal procesverbalen met mogelijk dubbeltellingen en dat deze cijfers alleen een beeld geven van de delicten waarover aangifte wordt gedaan. Opvallend is dat het aantal meisjes dat verdacht wordt van delicten, met name als het gaat om geweldsdelicten, enorm is toegenomen, maar dat kan deels ook liggen aan de verhoogde aandacht van de politie hiervoor.

Uit criminologisch onderzoek naar het ontstaan van agressief en ongewenst sociaal gedrag bij jongeren blijkt dat opvoeding en gezinsleven van groot belang zijn (Van den Brink, 2001). Werd in het verleden vooral de *gezinsstructuur* als een risico beschouwd, tegenwoordig is er meer aandacht voor de *gezinscultuur*. Met name de kwaliteit van de relaties tussen de ouders en kinderen, de algemene sfeer in huis en de mate van onderlinge betrokkenheid zijn hierin belangrijke factoren.

Gezinsfactoren spelen dus een belangrijke rol bij strafbaar gedrag van kinderen en jongeren, hoewel de oorzaak daarvan niet zonder meer in het gezin en bij de opvoeding ligt. De ouders kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan een mogelijke oplossing om ermee te stoppen (Goderie en Ten Dam, 2003). Ook gebrek aan sociale binding en normbesef spelen bij criminele jongeren een rol (Beke & Kleiman, 1993 in Goderie en Ten Dam, 2003). Dit onderstreept het belang van een sociale aanpak van jeugdcriminaliteit.

Zowel de instellingen als de (lokale) overheid leggen een steeds sterker accent op preventie van problemen bij de jeugd en jeugdcriminaliteit. De nadruk ligt daarbij op 'community building', met als doel jongeren meer te betrekken bij de samenleving. Jongeren worden hiermee verantwoordelijk voor hun eigen leefomgeving en de sociale controle wordt versterkt. Ouders worden niet meer gezien als de enigen die verantwoordelijk zijn. De overheid en professionele instellingen worden in toenemende mate verantwoordelijk voor het organiseren van een zogeheten 'pedagogische infrastructuur' (Goderie en Ten Dam, 2003). Juist vanwege concentratie van jeugd- en jongerenproblematiek is ook vanuit het grotestedenbeleid behoefte aan interdisciplinaire professionaliteit over de pijlers heen en aan beroepskrachten die constructief met verschillen kunnen omgaan (Spierings, 2003).

f. Grote groepen mensen met enkelvoudige vragen op het terrein van zorg en dienstverlening

Naast een blijvend en waarschijnlijk toenemend aantal kwetsbaren in onze samenleving zijn er grote groepen mensen, zoals vitale ouderen, taakcombineerders etc. met (vaak enkelvoudige) vragen naar (al dan niet geïndiceerde) zorg- en dienstverlening. Voor een deel gaat het om meer draagkrachtige mensen die bepaalde taken willen uitbesteden en daar ook voor willen betalen als dat betekent dat ze daarmee kwalitatief goede diensten op afroep kunnen krijgen en niet op een wachtlijst hoeven.

4.3 Specifieke en complexe problemen

De groeiende groep hulpbehoevenden heeft vaak meerdere en complexe problemen. Er is sprake van een opeenstapeling van problemen, waarbij het ene probleem het andere oproept en problemen elkaar in stand houden. Ook is er

sprake van een concentratie van problemen in bepaalde gebieden zoals herstructureringswijken of op bepaalde terreinen, zoals opvoedingsvraagstukken, jeugdproblematiek en achterblijvende integratie. In feite is er sprake van de oude probleem-cumulatie, maar dan in een verhardende en individualiserende samenleving met een terugtrekkende overheid.

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 op verbetering ontbreekt (Jehoel-Gijsbers, 2003). Meer concreet wordt achterstand op de sociaal-culturele dimensie gedefinieerd als onvoldoende sociale participatie en onvoldoende normatieve integratie. Tekort op de economisch-structurele dimensie uit zich in materiële deprivatie en onvoldoende toegang tot (semi-)overheidsvoorzieningen (onderwijs, huisvesting, gezondheidszorg, et cetera).

Ook wordt een aantal risicofactoren voor sociale uitsluiting gedefinieerd, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen achtergrondkenmerken (leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, familie- en gezinssamenstelling, sociale afkomst, etniciteit) en (in bepaalde mate) beïnvloedbare risicofactoren (zelfredzaamheid, gezondheid, opleiding, arbeidsmarktpositie, inkomen, fysieke en sociale leefomgeving). Bij beïnvloedbare risicofactoren gaat het in feite om individuele en maatschappelijke hulpbronnen waarover mensen kunnen beschikken om hun leven vorm te geven. Daarnaast zijn er risicofactoren te benoemen bij andere actoren dan het individu zelf, zoals onvoldoende of inadequaat beleid van de overheid, de wijze van uitvoering door instanties, maar ook werkgevers, medeburgers en de samenleving als geheel en de ontwikkelingen daarin (Jehoel-Gijsbers, 2003).

4.4 Waar is behoefte aan?

De sectoren zorg en welzijn krijgen steeds meer uiteenlopende vragen en problemen op zich af, variërend van enkelvoudige vragen tot aan complexe vraagstukken.

Een deel van de bevolking bestaat uit mondige burgers die weten waar ze moeten zijn of daar wel achter kunnen komen en die in staat zijn een vraag te formuleren, eigen verantwoordelijkheid te nemen en daarbij soms ondersteuning nodig

hebben. Ook veel mensen met een beperking zijn vaak goed in staat een aantal zaken zelf te regelen, maar hebben op een aantal gebieden begeleiding nodig die soms wat intensiever zal zijn als zich nieuwe of specifieke problemen voordoen, bijvoorbeeld bij relatieproblemen of bij acceptatie van de handicap.

Een aantal mensen, vaak degenen die tot een bepaalde risicogroep behoren en te maken hebben met een opeenstapeling van problemen, is vaak minder goed in staat de hulp te zoeken die ze juist hard nodig hebben. Bij migranten, vooral de oudere migranten en nieuwkomers, spelen taal- en cultuurverschillen en de onbekendheid met het aanbod en de voorzieningen een rol. Verder zitten professionals vaak letterlijk op afstand in een gebouw buiten probleemwijken en achter een bureau. Ze hebben vaak geen zicht op en voeling met hun (potentiële) klantgroepen, hoewel de roep om (weer) 'outreaching', dicht bij de mensen om wie het gaat, te gaan werken steeds sterker wordt en al tot veel nieuwe initiatieven in de vorm van projecten heeft geleid (Van der Lans, 2003).

Behoeftte aan goed toegankelijke hulp en ondersteuning op maat

Burgers definiëren hun problemen - als ze ze al als problemen definiëren - in eerste instantie vaak niet in termen van geïsoleerde hulpvragen waarvoor een bepaald aanbod is ontwikkeld. Kennis van de cultuur en de dagelijkse leefwereld van verschillende groepen is een belangrijke voorwaarde om adequaat hulp te bieden, maar voordat men hulp kan bieden moet eerst duidelijk zijn wat de noden en behoeften zijn.

Een belangrijke sleutel vormen de signalen vanuit de vraagzijde en het signaleren daarvan, zowel door de sociale omgeving als door hulpverleners en instellingen. Uit een verkennend onderzoek van Goderie & Steketee (2003) bij gezinnen met meerdere problemen die (te) laat tot een oplossing zijn gekomen, blijken de opeenstapeling van problemen (voor welk probleem welke hulp nodig?) en eerdere negatieve ervaringen met de hulpverlening een obstakel te zijn bij het zoeken van hulp. Er blijkt geen sprake van eenduidige en herkenbare signaalt patronen. Wel komen verschillende aspecten naar voren die duidelijk maken hoe de signalen beter herkend kunnen worden en welke hulpbehoefte aanwezig kan zijn.

Signalen zijn vaak troebel en diffuus door eergevoel, loyaliteit en schaamte. Daarnaast stapelen de problemen zich geleidelijk op, waarbij het vermogen van

mensen om deze problemen zelf op te lossen langzaam uit balans raakt. Niet alleen het toegeven dat je hulp nodig hebt, maar ook eerdere negatieve ervaringen met de hulpverlening spelen een rol bij het (te) laat hulp zoeken, dus vaak pas als men in een crisissituatie is terechtgekomen. Het gevolg is dat de hulpverlening te veel gericht is op het incident dat, of de persoon die de crisis veroorzaakte en te weinig op het achterliggende probleem en de andere gezinsleden. Ook is men in een dergelijke crisissituatie vaak niet meer in staat goed voor zichzelf op te komen en de problemen duidelijk te verwoorden. Kortom, op dat moment is er vaak geen heldere en eenduidige hulpvraag.

Om deze situatie te voorkomen is vroegtijdige signalering belangrijk en daarbij speelt de sociale omgeving (buurtbewoners, welzijnswerkers en vrijwilligers) een essentiële rol. Uit het onderzoek van Goderie en Stekete (2003) blijkt dat de gezinnen de huisarts zien als persoon aan wie in eerste instantie de problemen worden voorgelegd en dat informele zorgverleners functioneren als steunsysteem voor het gezin. Geconcludeerd wordt dat hulpverlening alleen effectief kan zijn als deze rondom het gezin zelf is georganiseerd en niet rondom het aanbod dat instellingen te bieden hebben en als de hulpverlening is gericht op de hele situatie waarin jongeren en gezinnen zich bevinden. Het is belangrijk dat gezinnen niet geconfronteerd worden met allerlei verschillende hulpverleners en instellingen, maar dat er één contactpersoon is per gezin. Tot slot is het van groot belang dat er geen gaten vallen in het hulpverleningsproces, maar dat er sprake is van directe hulp en continuïteit. Als men eenmaal de stap heeft gezet om hulp te zoeken, moet men niet op een wachtlijst terecht komen.

Behoeftes aan ondersteuning bij sociale participatie en het nemen van eigen verantwoordelijkheid

Als gevolg van de vermaatschappelijking van de zorg is er bij zelfstandig of in kleine leefgroepen wonende mensen met een psychische, verstandelijke en/of lichamelijke handicap behoefte aan ondersteuning bij het deelnemen aan het maatschappelijk leven. Naast ondersteuning bij de dagelijkse levensverrichtingen gaat het ook om zaken als vervoer, vrijetijdsbesteding, ondersteuning bij het vinden van werk of een zinvolle dagbesteding en hulp bij het ontwikkelen van een sociaal netwerk. Deels gaat het hierbij om specifieke voorzieningen ('vluchtheuvels') die hen kunnen ondersteunen bij het slaan van bruggen naar de 'gewone maatschappij' (zoals vriendendiensten, toeleiding naar werk, advies- en informa-

tiediensten). Deels gaat het ook om mogelijkheden voor ontmoeting en ontspanning in eigen kring (dagactiviteiten, dagopvang, vakantie).

De behoefte aan ondersteuning beperkt zich niet tot mensen met een handicap of tot hulp bij problemen. Voogt en Broekman (in Van Geffen, 2003) signaleren een behoefte aan ondersteuning van burgerinitiatieven en het leggen van contacten tussen sociale lagen. In hun Grote-Kleine Kansen Atlas beschrijven zij ongeveer 60 burgerinitiatieven. Bijna alle burgerinitiatieven zijn een mix van vrijwilligers en semi-profs, waarbij mensen participeren met een mix van motivatie, kunnen en inzet vanuit verschillende motieven: belang voor henzelf en hun familie, maatschappelijke betrokkenheid en persoonlijke ontwikkeling. Er bleken opvallend weinig opbouwwerkers bij de burgerinitiatieven betrokken te zijn, terwijl het zelfstandig bijdragen aan maatschappelijke initiatieven juist een van hun hoofdta-ken is.

Behoeftte aan diensten over de hele breedte van de samenleving

Het betreft hier de (deels koopkrachtige) vraag van tweeverdieners, alleenwonende mensen met een drukke baan, vitale ouderen, et cetera. Het gaat vooral om het uitbesteden van of ondersteunen bij huishoudelijke en zorgtaken, maar ook om welzijnsdiensten gericht op bijvoorbeeld vrijetijdsbesteding, opvang, leefbaarheid en veiligheid in de leefomgeving. Op dit terrein zal de sector moeten concurreren met commerciële dienstverlening (of dat bewust niet doen).

Een apart en omvangrijk terrein van dienstverlening is de kinderopvang. Het grootste gedeelte van de kinderopvang vindt plaats in het informele circuit (familie, vrienden, kennissen). Het achterblijven van de formele opvang, hoewel deze fors groeit, komt deels door persoonlijke voorkeur voor informele opvang, deels door wachtlijsten in de formele opvang (VOG, 1999).

De VOG constateerde in 1999 dat de vraag naar kinderopvang de komende jaren verder toe zal nemen, vooral vanwege de toenemende arbeidsparticipatie van vrouwen met minderjarige kinderen en de toename van de arbeidsduur van vrouwen. Een licht remmend effect gaat uit van de afname van de arbeidsduur van mannen. De vraag zal verder worden afgeremd door de daling van het aantal pasgeboren. De vraag naar naschoolse opvang zal relatief sterker stijgen, omdat het aantal kinderen in die leeftijdsklasse wel blijft groeien. Het SCP (2003)

constateert dat prognoses over ontwikkelingen in de kinderopvang wijzen op een toenemende vraag naar opvang van 0-3-jarigen en een stabilisatie van de buitenschoolse opvang. Ook de vraag naar gastouderschap zal volgens het SCP nog toenemen, maar het volume van deze vorm van opvang blijft beperkt. Dalende werkgelegenheid en de kosten van de opvang kunnen volgens het SCP mogelijk leiden tot een afnemende vraag.

Daarnaast is sprake van een hernieuwde belangstelling voor de opvang van 12-16-jarigen in verband met het wegbezuinigen van tienerclubs en jongerenwerk en de aandacht voor het 'derde opvoedingsmilieu', naast thuis en school, waar jongeren gevormd worden (VOG, 1999). Naast de opvangfunctie beschouwt men de kinderopvang steeds vaker als een plaats waar de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen (primair uit kansarme gezinnen) wordt gestimuleerd (SCP, 2003). De kinderopvang kan ook een signalerende functie vervullen bij problemen.

4.5 Gevolgen voor de vraag op het gebied van zorg en welzijn

De ontwikkelingen aan de vraagzijde zoals geschetst in dit hoofdstuk hebben gevolgen voor de ontwikkeling van de vraag aan de sectoren zorg en welzijn. Het is en blijft altijd lastig om iets over de toekomst te zeggen, maar gezien de reeds geschetste ontwikkelingen aan de vraagzijde willen we wel een aantal voorzichtige voorspellingen doen:

- Toenemende vraag naar directe dienstverleningsarrangementen (over de volle breedte van de samenleving).
- Grotere noodzaak van intensieve aanpak van meervoudige problematiek in de vorm van ketenbenadering met partijen buiten zorg en welzijn (vooral gericht op achterstandsgebieden, probleemgroepen en mensen in isolement).
- Meer vraag om organisatie-ontwikkeling, ondersteuning van burgerinitiatieven, vrijwilligerswerk en mantelzorg (over de volle breedte van de samenleving).
- De toenemende diversiteit aan levensstijlen, mondige en veeleisende burgers en problemen in wijken stelt hoge eisen aan de professionele competenties om hulpvragen te detecteren en te articuleren.

- Meer vraag naar het begeleiden en ondersteunen van vrijwilligers, die zwaarder worden belast. Door de toenemende complexiteit van de vraagstukken moeten ze aan hogere functie-eisen voldoen en meer competenties hebben.
- Door afnemende tolerantie ten opzichte van minderheden, de nadruk op culturele assimilatie en toenemende beleidsaandacht voor allochtone jongeren (problematiek), zullen de sectoren vaker te maken krijgen met culturele spanningen. Kennis van minderhedenproblematiek, sociale integratie en het tegengaan van sociale uitsluiting en discriminatie behoort tot de basiscompetenties van toekomstige professionals.

5

Gevolgen voor de beroepsuitoefening

5.1 Inleiding

In dit en het volgende hoofdstuk richten we ons op het tweede deel van de vraagstelling van de toekomstverkenning: Wat zijn de gevolgen van de trends en de onderscheiden sociale kwesties voor de beroepsuitoefening en voor de beroepenstructuur voor zorg en welzijn? In hoofdstuk 5 behandelen we de gevolgen voor de beroepsuitoefening. Wat betekenen de geschetste ontwikkelingen voor het aanbod (par. 5.2), aan wat voor soort professionals is behoefte (par. 5.3) en over welke kenmerken zouden zij moeten beschikken? Tot slot gaan we in op een belangrijke kwestie waartoe instellingen en professionals zich moeten verhouden, namelijk het maken van keuzes (par. 5.4).

5.2 Gevolgen voor het aanbod

We hebben in hoofdstuk 4 aangegeven dat de behoefte aan diensten op het terrein van zorg en welzijn, over de hele breedte van de samenleving en bij kwetsbare groepen in het bijzonder, blijvend is en in de nabije toekomst alleen maar zal toenemen. Het aanbod van de sector zorg en welzijn strekt zich uit van dienstver-

lening voor enkelvoudige vragen tot brede en gespecialiseerde hulp voor complexe vragen en problemen die zich uitstrekken over verschillende domeinen. In feite gaat het hier om ontwikkelingen in het aanbod die voor een groot deel voortvloeien uit de geschetste (beleids)ontwikkelingen en deels al in gang zijn gezet, zoals het scheiden van indicatiestelling en uitvoering van de hulp en zorg. Voor een deel gaat het om ontwikkelingen die wenselijk en noodzakelijk zijn, maar nog volop gaande zijn of nog ingevuld moeten worden, zoals de integrale aanpak, het ontwikkelen van netwerken rond kwetsbare burgers, en de ondersteuning van burgerinitiatieven, vrijwilligers en mantelzorg, mede in het kader van de bevordering van sociale integratie en tegengaan van sociale uitsluiting en eenzaamheid. Deze ontwikkelingen leiden tegelijkertijd tot een breed én specifiek aanbod:

- (semi-commerciële) dienstverlening voor enkelvoudige vragen, bijvoorbeeld kinderopvang, verlengde schooldag, vrijetijdsbesteding etc.;
- nadere invulling en uitvoering van (deels door anderen) geïndiceerde hulp en zorg, waarbij de aard en de omvang van de hulp en wie daarvoor in aanmerking komen (tot op zekere hoogte) worden bepaald door een indicatieorgaan (RIO's, bureaus Jeugdzorg);
- integrale aanpak van vragen en problemen, waarbij de professional opereert als één van de partners in de keten (binnen één domein of meerdere domeinen);
- organisatieontwikkeling en ondersteuning van burgerinitiatieven, vrijwilligerswerk en mantelzorg;
- het ontwikkelen en coördineren of aansturen van netwerken rond kwetsbare (groepen) burgers en het fungeren als aanspreekpunt.

5.3 Nieuwe typen professionals

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 en het fungeren als aanspreekpunt, is behoefte aan een nieuw type professional. In hoofdstuk 3 hebben we gesignaleerd dat het noodzakelijk is om in het kader van de maatschappelijke zorg de komende tijd de samenwerking tussen professionals, paraprofessionals, vrijwilligers en mantelzorgers meer vorm te

geven. Maar ook de aandacht voor de samenwerking tussen professionals (en instellingen) onderling blijft onverminderd een belangrijk thema.

In dit verband kunnen twee modellen onderscheiden worden (Vlaar in Zuithof, 2002). 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. Een verzorgende vervult dan bijvoorbeeld ook een aantal maatschappelijke taken ten behoeve van integratie en participatie.

De noodzaak van integraal werken bij complexe problemen wijst niet zozeer op de behoefte aan breed opgeleide mensen, maar op specialisten die vanuit een specifieke vaardigheid bijdragen aan de oplossing van een gedeeld, complex probleem (Duyvendak, 2003). We hebben echter ook geconstateerd dat vanuit het leefwereldperspectief voor burgers één persoon als aanspreekpunt, contactpersoon, te prefereren is. Het gaat dan vooral om beroepskrachten die zichtbaar en aanwezig zijn en op de hoogte zijn van problemen in een buurt en die als schakel kunnen fungeren naar beroepskrachten en instellingen die verder af zitten.

We verwachten op grond van de geschetste ontwikkelingen dat er behoefte is aan meer nabije professionals met een breed perspectief die vooral als netwerker fungeren en als aanspreekpunt voor burgers, vrijwilligers, paraprofessionals en andere professionals. Anderzijds blijft er behoefte aan gespecialiseerde professionals die specifieke kennis en competenties inzetten ten behoeve van bepaalde groepen, vragen en problemen, maar die meer dan nu vaak het geval is hun specialisatie uitoefenen vanuit een bredere invalshoek (als onderdeel van een keten). Het gaat hier niet om twee typen professionals die complementair zijn. Er is eerder sprake van een continuüm waarbij professionals in meer of mindere mate breed werken. De mate waarin is afhankelijk van de aard van de vragen en problemen waarvoor professionals worden ingezet. Bij enkelvoudige dienstverlening voor op zichzelf staande vragen is een breed perspectief bijvoorbeeld minder belangrijk dan bij complexe systeemgerichte of gebiedgerichte vraagstukken die om een ketenbenadering of netwerkontwikkeling vragen. Ook de functie speelt een rol. Een intaker heeft bijvoorbeeld een breder perspectief nodig voor het vaststellen van de behoefte aan zorg en ondersteuning dan een verzorgende of een behandelaar die een onderdeel daarvan uitvoert.

Brede professionals als netwerkers

We hebben in hoofdstuk 3 geconstateerd dat het van belang is om maatschappelijke zorg vorm te geven in kleine netwerken van professionals en leken die ondersteuning bieden op de diverse levensdomeinen binnen de samenleving. Professionals dienen gericht netwerken op te bouwen door de centrale figuren in de lokale samenleving op te sporen, hen te benoemen en hun rol te versterken. Hierbij ligt maatschappelijke zorg dicht bij community development ofwel opbouwwerk.

We kunnen dit het model van de brede, nabije professional noemen die vooral als netwerker en aanspreekpunt fungeert. Deze brede professional dient vorm te geven aan de verbindingen tussen professionele diensten onderling en tussen professionele diensten en het werk van vrijwilligers en informele helpers. Zo wordt maatschappelijke zorg vorm gegeven in kleine netwerken van professionals, semi-professionals, vrijwilligers en naasten die ondersteuning bieden op de diverse levensdomeinen binnen de samenleving. Aan de basis daarvan ligt het 'kwartiermaken'. Dat vereist een analyse van de formele en informele sociale infrastructuur in een gebied. Dat houdt bijvoorbeeld in dat wordt nagegaan welke voorzieningen er zijn, welke voorzieningen geschikt zijn of gemaakt moeten worden voor mensen met een beperking en welke professionele en burgerinitiatieven en formele en informele netwerken er al zijn waarbij aangesloten kan worden.

Deze professional is breed in de betekenis van functie en werkerterrein (domeinoverstijgend), maar dat wil niet zeggen dat hij of zij geen specifieke vaardigheden nodig heeft. Die vaardigheden liggen op een hoog niveau en hebben betrekking op kwartiermaken, analyseren, organiseren, verbinden.

Gespecialiseerde professionals met een brede blik voor specifieke groepen, vragen en problemen

Naast brede, nabije professionals die vooral bezig zijn met een netwerk of steunsysteem rond (groepen) mensen, zullen er gespecialiseerde professionals nodig zijn, die zowel doelgroepgericht als probleemgericht zijn opgeleid, maar die hun hulp wel vanuit een breed perspectief kunnen vormgeven. Deze professionals bieden hulp en ondersteuning aan specifieke groepen mensen voor specifieke problemen, die speciale kennis en vaardigheden vereisen. Deze professionals

kunnen tijdelijk of meer structureel deel uitmaken van de bovengenoemde netwerken, afhankelijk van de aard en hardnekkigheid van een probleem. In ieder geval dienen ze als vangnet voor de brede, nabije professional die de problemen signaleert en adequaat kan doorverwijzen. Gespecialiseerde professionals dienen dan ook een rol te spelen in de competentiebevordering van brede professionals en vrijwilligers, bijvoorbeeld in de vorm van training en intervisie. Een gespecialiseerde professional dient daarvoor wel in staat te zijn over de grenzen van zijn of haar terrein of vakgebied heen te kijken, dus ook vanuit een breed perspectief te werken.

Differentiatie naar niveau en competenties/ kwalificaties bij gespecialiseerde professionals met in meer of mindere mate brede kenmerken is afhankelijk van de aard van de specifieke doelgroep en van de vragen of problemen.

5.4 Kenmerken van het handelen

Als de in hoofdstuk 3 geschetste inhoudelijke en organisatorische beleidsontwikkelingen ook daadwerkelijk doorzetten, zal het aanbod in het algemeen en het handelen van professionals in het bijzonder meer dan nu nog het geval is, moeten voldoen aan de volgende kenmerken: vraaggericht, probleemgericht, kansgericht, contextgericht, gebiedsgericht, integraal, maatschappelijk gericht, en transparant. Tussen deze kenmerken of verschillende aspecten van het handelen kunnen overigens soms spanningen zitten, waar professionals mee moeten kunnen omgaan.

Eenzijds moeten professionals in staat zijn vraaggericht te werken, anderzijds moeten ze ook in staat zijn problemen te signaleren en handelend op te treden als er geen duidelijke vraag is, maar wel een (inter)persoonlijk en/of maatschappelijk probleem. Professionals moeten in staat zijn om de behoeften van vraagstellers, hulpzoekenden of mensen met problemen en van mensen in hun directe omgeving te doorgronden en deze te plaatsen in de context van de leefsituatie, algemenere maatschappelijke problemen en beleidsontwikkelingen. Ze moeten in staat zijn zich in te leven in de leefwereld van hulpvragers of hulpbehoevenden en noden en behoeften te vertalen naar adequate zorg en ondersteuning. In dit verband worden in plaats van vraaggericht ook wel termen gebruikt als dialoog-gestuurd of

belevingsgericht werken. Tegelijkertijd moeten professionals daarbij resultaatgericht te werk gaan.

Professionals moeten niet alleen vragen en problemen signaleren, maar ook kansen en mogelijkheden. Dat wil zeggen dat ze ook openstaan voor de sterke kanten en de capaciteiten van burgers, burgerinitiatieven stimuleren en ondersteunen, en mensen uit verschillende sociale lagen bij elkaar weten te brengen, waarbij je kansarme mensen koppelt aan 'dragere en schragere' (Voogt in Van Geffen, 2003).

Om te zorgen voor toegankelijke en bereikbare zorg en ondersteuning dienen professionals contextgericht, gebiedsgericht en integraal te werken. Contextgericht houdt in dat men oog heeft voor de bijdrage van de leefsituatie van mensen aan het probleem en mogelijke oplossing daarvan, zoals de culturele achtergrond, de leefstijl, het sociale netwerk of bepaalde interactiepatronen binnen een gezin of in een buurt. Contextgericht en gebiedsgericht werken houdt in dat professionals 'outreaching' werken, door aanwezig te zijn onder kwetsbare groepen en in achterstandsbuurten, sensitief te zijn voor wat er speelt en vertrouwensrelaties op te bouwen. Een interessante ontwikkeling in dit verband is de presentiebenadering (Baart, 2001; Baart & Van Heijst, 2003; Baart & Steketee, 2003).

Integraal houdt niet in dat een professional van alle markten thuis moet zijn, maar wel dat men in staat is om samen te werken, dus vanuit de eigen specifieke competenties kan bijdragen aan het oplossen van een complex probleem. Daarbij moet wel duidelijk zijn wie de eindverantwoordelijkheid heeft. Dat betekent ook dat professionals ruimte moeten leren bieden aan andere professionals, gevoeligheid ontwikkelen voor andere perspectieven en bescheidenheid kennen in de eigen opstelling (Duyvendak, 2003).

Ook dienen professionals in staat te zijn zowel de gevraagde als ongevraagde hulp ('bemoeizorg') te 'verkopen' en te legitimeren. Professionals moeten sociale kwesties kunnen signaleren, agenderen en volgen. Ze moeten verantwoording kunnen afleggen aan verschillende partijen: aan de cliëntgroep, de eigen beroepsgroep, de eigen organisatie, burgers, overheid, maatschappelijke organisaties. Ze dienen zich bewust te zijn van de spanning tussen individueel en maatschappelijk belang en in staat te zijn tot reflectie op het eigen handelen, in het bijzonder de individuele en maatschappelijke effecten van de hulpverlening in relatie tot de kosten (kostenbewustzijn). Uiteraard dienen hiervoor geëigende instrumenten

voorhanden te zijn, bijvoorbeeld voor het vaststellen van ervaren baat van de hulpverlening door cliënten (zie bijv. Melief e.a., 2002), een systeem om te kunnen monitoren, et cetera..

Professionals zijn de schakels tussen burgers enerzijds en management en overheid anderzijds, tussen praktijk enerzijds en onderzoek en wetenschap anderzijds. Zij moeten de taal van de opdrachtgevers, de cliënten en het management kunnen spreken en beleidstaal en wetenschappelijke taal 'vertalen' naar de leefwereld van burgers en andersom. Zij zijn echter niet slechts een 'doorgeefluik'. Professionals hebben een eigen professionele verantwoordelijkheid en dienen daartoe over voldoende handelingsruimte te beschikken.

5.5 Keuzes maken

De in hoofdstuk 2 gesignaleerde sociale kwesties, het blijvende en toenemende beroep op de sectoren en de gewenste breedte dwingen de sectoren, werkvelden, instellingen en beroepskrachten steeds explicieter tot het maken van keuzes wie worden bediend, welke vragen worden beantwoord en op welke manier men een bijdrage kan leveren aan het oplossen van problemen. De genoemde sociale kwesties en ontwikkelingen aan de vraagzijde geven aan bij welke groepen en problemen in de nabije toekomst de prioriteiten liggen. De nadruk zal in het licht van de inkrimpende verzorgingsstaat liggen op de eerder genoemde kwetsbare of risicogroepen waarbij sociale uitsluiting het centrale probleem is.

Hes (2003) stelt daarbij de vraag of opbouwwerkers leefbaarheidsmanagers, buurtregisseurs, producenten van in te kopen producten of zelfs gewoon ambtenaren worden, of dat er weer plaats is voor een assertief opbouwwerk dat nadenkt over keuzes en daarbij kiest voor de onderkant van de samenleving. Dat laatste houdt in dat het opbouwwerk bewoners van wijken onder druk informeert en ondersteunt, en nieuwe en kritische maatschappelijke bewegingen ondersteunt en helpt ontwikkelen (Hes, 2003).

Om die keuzes te kunnen maken en te onderbouwen zal het handelen van professionals meer dan nu vaak het geval is gebaseerd moeten zijn op signaleren van problemen en behoeften en analyse daarvan in termen van urgentie, belang en mogelijkheden om bij te dragen aan de oplossing of beantwoording daarvan. Ook

het onderbouwen van de keuze voor bepaalde groepen, vragen, problemen en methoden vergt dat er meer aandacht (en tijd) komt voor visievorming, reflectie en analyse. Professionals zijn, als bron van kennis en ontwikkelingskracht (Van Ewijk, 2003), een onmisbare schakel tussen beleid en praktijk, tussen beleidsmakers en burgers.

Het werk van professionals, en de keuzes die men de komende tijd moet maken in het bijzonder, dient ondersteund te worden door een wetenschappelijk gefundeerd en empirisch kennisbestand dat gevoed wordt door professionals. De lectoraten en kenniskringen op de diverse hogescholen, de samenwerkingsverbanden tussen universiteiten en hogescholen bij de ontwikkeling van Masteropleidingen in de sectoren en de ontwikkeling van meerjarige onderzoeks- en ontwikkelingsprogramma's zoals voor het maatschappelijk werk (Roes, 2003), zijn in dit verband hoopgevende initiatieven om tot betere onderbouwing en wetenschappelijke en empirische onderbouwing te komen. Professionals vormen ook hierbij de onmisbare schakel tussen onderzoek en ontwikkeling enerzijds en de praktijk anderzijds. Hierbij is het essentieel dat niet zakelijke of organisatorische, maar in eerste instantie professionele criteria het uitgangspunt vormen voor het ontwikkelen van criteria en indicatoren. Professionals dienen deze dan ook mede te bepalen.

Gevolgen voor de beroepenstructuur

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we in op de gevolgen van de geschetste ontwikkelingen voor de beroepenstructuur. Eerst geven we een overzicht van de huidige beroepenstructuur (par. 6.2). Vervolgens gaan we in aansluiting op de in het vorige hoofdstuk geschetste nieuwe typen professionals in op de discussie die wordt gevoerd over de wenselijkheid van een brede sociaal werker (par. 6.3). We gaan na wat de geschetste ontwikkelingen en gevolgen daarvan voor de beroepsuitoefening zouden kunnen betekenen voor de beroepenstructuur in termen van de indeling in domeinen, mogelijke (basis)competenties en aspecten van de beroepshouding (par. 6.4). Tot slot geven we een overzicht van de geschetste ontwikkelingen en gevolgen en formuleren we conclusies en aanbevelingen (par. 6.5).

6.2 De huidige beroepenstructuur

Binnen de huidige beroepenstructuur voor zorg en welzijn (NIZW, 1992; Hens & Geomini, 1996) worden vijf domeinen van menselijk functioneren onderscheiden met bijbehorende beroepen, functies en taken:

- Vitale levensverrichtingen. Het domein van de verpleging. Preventieve, curatieve en begeleidende taken gericht op het in stand houden van levensprocessen en het gezond blijven.
- Algemene dagelijkse levensverrichtingen vormen het domein van de verzorging. Verzorgende, huishoudelijke en begeleidende taken gericht op de realisatie van de primaire alledaagse levensbehoeften.
- Functioneren in de primaire leefsituatie. Het domein van de sociaal-pedagogische hulpverlening. Optimaliserende en begeleidende taken gericht op het volwaardig kunnen functioneren in de directe woon- en leefomgeving.
- Functioneren in de directe sociale omgeving. Het domein van de psychosociale en informatieve hulpverlening ofwel het maatschappelijk werk. Psychosociaal begeleidende en informatieve taken gericht op volwaardig kunnen functioneren in de sociale omgeving.
- Functioneren als lid van de samenleving. Het domein van recreatie, activering en educatie ofwel het sociaal-cultureel werk, opbouwwerk, vormingswerk en activeringswerk. Oriënterende, programmerende en begeleidende taken gericht op volwaardig functioneren als lid van de samenleving.

De kwalificaties in de beroepenstructuur van 1992 bestaan uit vier categorieën:

- vakinhoudelijk: vakkennis, materiedeskundigheid, basisvaardigheden, houding;
- methodisch: doelrealisatie, tussentijdse interventies, reflectieve vaardigheden, probleemoplossende vaardigheden, leervermogen;
- sociaal: communicatie, samenwerking, groepsgericht gedrag, begrip voor anderen;
- organisatorisch: coördineren, organiseren, combineren, overtuigen, besluiten, leidinggeven.

De beroepshouding van de beroepsbeoefenaar in de sector zorg en welzijn bestaat uit de volgende kenmerken:

- affiniteit met de cliënt;
- op basis van professionele motieven een agogische relatie met de cliënt aangaan;
- respect voor het waardensysteem van de cliënt;
- bescherming en handhaving van de persoonlijke integriteit van de cliënt;

- bevordering en handhaving van de zelfredzaamheid van de cliënt;
- handhaving van het spanningsveld van nabijheid nemen en afstand nemen.

Periodiek wordt de beroepenstructuur tegen het licht gehouden. Uit het vooronderzoek dat is verricht ten behoeve van de ontwikkeling van de nieuwe beroepenstructuur komt naar voren dat niet de domeinen, maar het professionele handelen van de beroepskrachten de leidende factor moet zijn voor het inrichten van de nieuwe beroepenstructuur voor zorg en welzijn. De grenzen tussen domeinen verdwijnen en het aansluiten bij de vraag naar allerlei combinaties moet centraal staan (van Hattum, 2003). Een andere belangrijke ontwikkeling is dat men toe wil naar competenties in plaats van kwalificaties en dat men een betere differentiatie in niveaus nodig vindt.

6.3 De wenselijkheid van een brede sociaal werker?

Zowel bij de opleidingen als in de reflectie op de praktijk vindt een discussie plaats over de wenselijkheid van een brede sociaal werker. Gaan we toe naar één beroepsgroep met één overkoepelende identiteit of houden we vast aan een structuur met verschillende beroepen?

Geconstateerd wordt dat er sprake is van steeds meer overlap tussen de agogische beroepen en van nieuwe functies die niet aansluiten bij de huidige agogische opleidingen en beroepenstructuur. Volgens Van Ewijk (2003) is er tussen de agogische beroepen meer wat bindt dan wat scheidt, waarbij de ene professional het accent meer zal leggen op groepsprocessen, de ander op individueel gedrag, een derde op het gezinssysteem. In essentie gaat het telkens om combinaties van behandelen, ontwikkelen en zorgen (Van Ewijk, 2003). Hij pleit voor een 'basisprofessional' ('social worker') in de buurt, die in staat is in te grijpen, te ondersteunen, te beïnvloeden, te ontwikkelen, te begeleiden en te zorgen. Hij stelt voor het domein van de competenties te verbreden en de keuzemogelijkheden in welke competenties een werker goed wil zijn te vergroten. Dat kan dan in de vorm van uitstroomprofielen, bijvoorbeeld als opbouwwerker en jongerenwerker, wijkmanager en ouderenadviseur (Van Ewijk, 2003).

Anderen vinden de discussie over het toegroeien naar één type professional onwenselijk. Dat suggereert veel te veel dat alles één soort hulpverlening zou

moeten worden, terwijl de maatschappelijke vraag alle kanten op gaat, namelijk ook richting vorming, educatie, cultuur, vrije tijd en kinderopvang (Duyvendak, 2003). Dat wil overigens nog niet zeggen dat de praktijk niet om een aantal gedeelde eigenschappen vraagt, en dus deels om een gedeeld curriculum. Hierbij gaat het om kwesties die in een marktmodel van vraag en aanbod niet aan de orde komen, zoals kwesties rond professionele normativiteit waar sociale professionals hun eigen positie in moeten bepalen (Duyvendak, 2003).

De vraag is of bovengenoemde standpunten zo verschillen. In beide standpunten wordt geconstateerd dat er belangrijke bindende elementen of gedeelde eigenschappen zijn. Differentiatie en specialisatie worden ook in het eerste standpunt van belang geacht. Een samenleving die permanent in verandering is, heeft behoefte aan flexibele beroepskrachten en dus ook aan een flexibele beroepsstructuur en opleidingen die zich aan de veranderende eisen van de samenleving en de daarvoor benodigde competenties kunnen aanpassen. Dit ondersteunt het idee van een brede basisopleiding met gedifferentieerde uitstroomprofielen die in aantal en aard relatief gemakkelijk bijgesteld kunnen worden. Op verschillende hogescholen worden binnen de agogische opleidingen, al dan niet in samenwerking met andere opleidingen, initiatieven genomen tot een brede opleiding met gedifferentieerde uitstroomprofielen.

In de tweede expertmeeting waren de meningen over de wenselijkheid van een brede sociaal werker niet eensluidend, hoewel het voor een deel ook een definitiekwestie is. Met een brede professional wordt niet zozeer een generalist bedoeld, als wel een nabije professional die over grenzen heen kijkt, het overzicht heeft. We blijven verschillende typen werkers nodig hebben. Vanwege de te verwachten convergentie tussen zorg en welzijn zijn brede professionals nodig, maar ook specialisten (met een brede blik) blijven gewenst. Naast de brede, nabije professionals die vooral bezig zijn met een netwerk of steunsysteem rond (groepen) mensen, zullen er gespecialiseerde professionals nodig zijn, die zowel doelgroepgericht als probleemgericht zijn opgeleid, maar die hun hulp wel vanuit een breed perspectief kunnen vormgeven. Deze professionals bieden hulp en ondersteuning aan specifieke groepen mensen voor specifieke problemen, die speciale kennis en vaardigheden vereisen.

Tijdens de tweede expertmeeting werd gepleit voor een breed vakmanschap bij toekomstige professionals, maar er werden wel wat kanttekeningen geplaatst bij

het idee van een brede basis in de opleiding. Studenten zouden niet geïnteresseerd zijn in een brede opleiding tot sociaal werker. Die willen eerst specialistisch werken en daarna pas generiek. Ook werd gewezen op de noodzaak van 'ontscholing' van mensen die van de opleiding afkomen. Pas afgestudeerden zijn idealistisch, vooral gericht op het helpen van mensen. Ze ontberen vaardigheden als het ontwikkelen van netwerken en commercieel denken (of gebruiken ze niet). Vanuit het principe van lerend werken en werkend leren zouden deze vaardigheden meer ontwikkeld en toegepast kunnen worden. Door competenties in plaats van kwalificaties als richtlijn te nemen zou ook meer kunnen worden ingezet op het ontwikkelen van ervaringsdeskundigheid, bijvoorbeeld bij vrijwilligers en paraprofessionals.

Een ander punt dat tijdens de tweede expertmeeting naar voren kwam is de differentiatie in niveaus. Enerzijds is er sprake van een opwaartse beweging in het kader van de toenemende behoefte aan professionals die vaardigheden in huis hebben om complexe problemen integraal en gebiedsgericht aan te pakken. Ook zijn verschillende hbo-opleidingen bezig met het inrichten van specialistische opleidingen als pedagogiek, psychologie en rechten. Anderzijds is er ook een neerwaartse druk door de vraag naar uitvoerders van eenvoudige vragen en duidelijk omschreven onderdelen van zorg- en welzijnsdiensten op mbo-niveau.

6.4 Uitgangspunten voor de beroepenstructuur

De harde grenzen tussen de domeinen, beroepen en functies zijn aan het verdwijnen en er is steeds meer vraag naar allerlei combinaties en arrangementen. Mede in het licht van de geschetste ontwikkelingen zoals maatschappelijke zorg lijkt de ontwikkeling om tot één brede sociaal werker te komen zinvol en wenselijk. De vraag is welke verhouding gewenst is tussen generalistische en specialistische kennis en vaardigheden. Ontwikkelingen als het toenemende verkeer tussen de domeinen, de agogisering van zorgberoepen, de ontwikkeling van arrangementen van diensten, de ketenaanpak en de toenemende variatie in functies en taken hebben zowel gevolgen voor de zorg- als voor de welzijnsberoepen. Zorg- en welzijnberoepen zullen, door toedoen van de vermaatschappelijking van de zorg, meer naar elkaar toe groeien. Wat betreft de zorgberoepen is duidelijk dat er in de toekomst kwantitatief veel meer mensen in de zorg nodig zullen zijn. Wat betekent dit voor de aard van het werk en welke richting zal het op gaan? Wordt het

coachen en begeleiden van vrijwilligers en mantelzorgers een belangrijke competentie? Zullen zorgverleners meer 'outreaching', bemoeizorgend en soms interveniërend gaan werken dan nu?

Voordat deze vragen voor de sectoren, branches en beroepsgroepen in het vervolgtraject beantwoord kunnen worden, moeten we ons uitspreken over de basis van de huidige structuur die wordt gevormd door vijf domeinen van menselijk functioneren met bijbehorende beroepen, functies en taken. Een belangrijke conclusie uit de tweede expertmeeting is dat, gezien de geschetste ontwikkelingen en gevolgen daarvan voor de beroepsuitoefening, niet zozeer de vijf domeinen van menselijk functioneren ter discussie staan als wel de vijf beroepen als uitgangspunt voor de beroepenstructuur. Daarmee is overigens nog niet gezegd dat de huidige beroepen overboord gegooid moeten worden. De beroepen hebben een lange geschiedenis. Aan de andere kant blijkt dat 75% van de huidige vacatures niet meer aansluit bij de huidige beroepen (Van Ewijk, 2003). Geconstateerd wordt dat de beroepenstructuur wat betreft beroepshouding en kwalificaties in ieder geval wat achterhaald is.

De vraag is wat de uitgangspunten voor of belangrijke aspecten in de nieuwe beroepenstructuur zijn als de huidige beroependomeinen ter discussie staan. In hoofdstuk 5 hebben we verschillende vormen van zorg- en welzijnsdiensten onderscheiden.

- (semi-commerciële) dienstverlening voor enkelvoudige vragen, bijvoorbeeld kinderopvang;
- nadere invulling en uitvoering van (deels door anderen) geïndiceerde hulp en zorg, waarbij de aard en de omvang van de hulp en wie daarvoor in aanmerking komen (tot op zekere hoogte) worden bepaald door een indicatieorgaan (RIO's, bureaus Jeugdzorg);
- integrale aanpak van vragen en problemen, waarbij de professional opereert als één van de partners in de keten (binnen één domein of meerdere domeinen);
- organisatieontwikkeling en ondersteuning van burgerinitiatieven, vrijwilligerswerk en mantelzorg;
- het ontwikkelen en coördineren of aansturen van netwerken rond kwetsbare (groepen) burgers en fungeren als aanspreekpunt.

In de tweede expertmeeting kwam naar voren dat deze verschillende vormen van aanbod op meerdere dimensies of assen te projecteren zijn die relevant zijn voor het onderscheiden van beroepen, functies, competenties en niveaus:

- van enkelvoudig naar complex;
- van algemeen naar specifiek;
- van individueel naar collectief.

Wat betreft niveaus zouden de bovenstaande vormen van dienstverlening ook nog gedifferentieerd kunnen worden naar mate van verantwoordelijkheid, zelfstandigheid, complexiteit en transfer.

Hoewel een driedimensionaal model wat complex is, zouden de dimensies geprojecteerd kunnen worden op een assenstelsel, waarbij aan de belanghebbenden, zoals de branches, beroepsverenigingen, opleidingen, maar ook de vraagzijde (gebruikersorganisaties), kan worden gevraagd beroepen, functies, competenties en niveaus te scoren op de dimensies. De nieuwe brede professionals en specialisten met een brede blik die we in hoofdstuk 5 hebben geschetst zullen zich waarschijnlijk vooral op de snijvlakken van de dimensies of assen ophouden. Gezien ontwikkelingen als het naar elkaar toegroeien van zorg en welzijn, de toenemende overlap tussen beroepen en functies, de behoefte aan een brede basis en competenties in plaats van kwalificaties, gezien al deze ontwikkelingen 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.

6.5 Mogelijke competenties en aspecten van de beroepshouding

Gezien de ontwikkeling van het formuleren van competenties in plaats van kwalificaties geven we in deze paragraaf een aanzet voor het formuleren van basiscompetenties aan de hand van de kenmerken van het handelen die we in hoofdstuk 5 hebben benoemd. Ook bekijken we de gevolgen hiervan voor de gewenste beroepshouding van professionals.

In hoofdstuk 5 hebben we de volgende kenmerken van het handelen benoemd: vraaggericht, probleemgericht, kansgericht, contextgericht, gebiedsgericht,

integraal, maatschappelijk gericht, transparant. Daarnaast hebben we vaardigheden benoemd die relevant zijn voor die kenmerken. We hebben, gezien de noodzaak daarvan, apart aandacht besteed aan het maken van keuzes, maar in feite is dat een vaardigheid die te rangschikken is onder maatschappelijk werken en transparantie. Het gaat hier om kerncompetenties die vooral betrekking hebben op het in hoofdstuk 5 beschreven nieuwe typen professionals. In onderstaand schema zijn de kenmerken en suggesties voor bijbehorende (basis)competenties weergegeven.

<i>Kenmerken</i>	<i>Mogelijke competenties</i>
1. Vraaggericht	Signaleren en analyseren van de expliciete vraag en de impliciete behoeften, inleven, vertalen naar aanbod, doelen stellen en realiseren.
2. Probleemgericht	Signaleren en analyseren van problemen en hulpbehoefte, inleven, handelend optreden ('bemoeizorgen'), sociale kwesties agenderen, hulp 'verkopen', legitimeren.
3. Kansgericht	Signaleren en analyseren van de kansen en mogelijkheden, stimuleren en ondersteunen van initiatieven, verbinden tussen sociale lagen.
4. Contextgericht	Breed perspectief, inclusief denkend, reflectie op de cliënt in zijn omgeving, visievorming.
5. Gebiedsgericht	'Outreaching' werken, sensitief, vertrouwensrelatie opbouwen, zichtbaar zijn, presentiebenadering.
6. Integraal	Ruimte bieden aan andere perspectieven, sensitief voor andere perspectieven, samenwerken.
7. Maatschappelijk gericht	Keuzes maken (urgentie en belang), reflectie, visievorming, schakelen (praktijk-beleid/onderzoek/ontwikkeling), omgaan met spanning tussen verschillende aspecten van het handelen (bijv. vraaggericht en probleemgericht, individueel belang en maatschappelijk belang).
8. Resultaatgericht	Concrete doelen stellen, projectmanagement (plannen, begroten, organiseren etc.), kostenbewustzijn, concrete resultaten laten zien (als deel van proces).
9. Transparant (naar buiten gericht)	Verantwoording afleggen aan verschillende partijen, reflectie op het eigen handelen, normatieve professionaliteit, switchen/ schakelen/ vertalen tussen niveaus en perspectieven (burgers, eigen beroepsgroep en andere professionals, managers, opdrachtgevers, etc.), verschillende 'talen' spreken, eigen handelingsruimte bewaken, competentieontwikkeling.

De verschillende basis- of kerncompetenties zijn te differentiëren naar niveau. Je kunt je voorstellen dat de eerste drie competenties voor alle beroepen/functies relevant zijn, dus zowel voor professionals die onderdelen van al dan niet geïndiceerde zorg- en welzijnsdiensten uitvoeren als voor professionals die zich richten op de aanpak van complexe vraagstukken. De competenties 4 t/m 9 zijn vooral relevant voor de nieuwe typen professionals die we in hoofdstuk 5 hebben beschreven: brede nabije professionals die gespecialiseerd zijn in netwerkontwikkeling en specialisten met een brede blik. Voor deze competenties is mbo+/hbo-niveau vereist. In staat zijn verantwoording af te leggen is overigens belangrijk op alle niveaus. De competenties 7+8 zijn verder te ontwikkelen op hbo+niveau, en zijn tevens op metaniveau onderwerp van onderzoek en ontwikkeling (waarvoor onderzoeks- en ontwikkelingsvaardigheden zijn vereist).

De voorgestelde kenmerken en competenties hebben gevolgen voor de beroepshouding, hoewel een aantal aspecten daarvan die in de huidige beroepsstructuur zijn omschreven onverminderd belangrijk blijven, namelijk bescherming en handhaving van de persoonlijke integriteit van de cliënt; en bevordering en handhaving van de zelfredzaamheid van de cliënt.

Enkele belangrijke aspecten van een nieuwe beroepshouding zouden kunnen zijn:

- sensitiviteit voor zowel de betrokken burgers of cliënten als voor andere betrokkenen en perspectieven;
- bescherming van zowel individuele als maatschappelijke belangen en omgaan met de spanning daartussen;
- vanuit de eigen normatieve professionaliteit bepalen wanneer en welke (ongevraagde) hulp noodzakelijk is.

6.6 Tot slot: meer breedte én grotere differentiatie

Aan het einde gekomen van hoofdstuk 6 kunnen we het overzicht met de ontwikkelingen in zorg en welzijn en de gevolgen daarvan voor de beroepsuitoefening en de beroepsstructuur invullen (zie figuur 6.1).

Mede naar aanleiding van de uitkomsten van de tweede expertmeeting is het niet goed mogelijk eenduidige conclusies te trekken. Wel is duidelijk dat er behoefte is aan meer breedte en tegelijkertijd grotere differentiatie. Ook klinken waarschu-

wende geluiden om niet al te snel de huidige indeling in beroepen overboord te gooien. Men is het er wel over eens dat de huidige indeling in domeinen geen goed uitgangspunt meer is voor een beroepenstructuur, vanwege de groeiende overlap tussen de beroepen en omdat de beroepen in meerdere levensdomeinen aan de orde zijn. Bij het eventueel handhaven van de huidige beroepen is de vraag dan wel of er alleen meer beroepen, functies en competenties bijkomen of dat er ook wat geschrapt kan worden. Hierbij verdient het overweging dat een beroepenstructuur niet te complex moet zijn en te veel wordt ingevuld, juist gezien de snel veranderende werkelijkheid en de behoefte aan flexibiliteit. Ook de herkenbaarheid van beroepen is een belangrijk criterium.

In ieder geval is er behoefte aan nieuwe typen professionals, zowel aan brede, nabije professionals die gespecialiseerd zijn in netwerkontwikkeling, als aan gespecialiseerde professionals met een brede blik. In het verlengde daarvan is er behoefte aan de definiëring van een set breed inzetbare ofwel basiscompetenties voor alle professionals in zorg en welzijn.

Over een nieuwe structuur zijn de meningen verdeeld, maar men heeft niet direct een alternatief. Enerzijds wordt gewaarschuwd voor het overboord gooien van de huidige beroepen en complexiteit van een nieuwe structuur. Anderzijds zijn de vijf domeinen niet langer structurerend voor de nieuwe functies waar nu en in de nabije toekomst behoefte is. Gezien de ontwikkelingen als het naar elkaar toegroeien van zorg en welzijn, de toenemende overlap tussen beroepen en functies, de behoefte aan een brede basis en competenties in plaats van kwalificaties, 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.

Als uitgangspunten voor een nieuwe structuur zou gekozen kunnen worden voor relevante assen of dimensies, waarop de verschillende vormen van aanbod, functies/ beroepen, competenties en niveaus geprojecteerd kunnen worden. Relevante dimensies zijn: van enkelvoudig naar complex, van algemeen naar specifiek, van individueel naar collectief. Met betrekking tot niveaudifferentiatie speelt daarnaast/ in samenhang daarmee de relatie tot zelfstandigheid (professionele autonomie), verantwoordelijkheid, transfer en complexiteit.

In het vervolgtraject zou bij de branches en beroepsgroepen eerst geïnventariseerd kunnen worden wat van de huidige beroepen en functies overeind blijft in het kader van de geschetste ontwikkelingen en gevolgen, de vraag of behoeften op de vijf gebieden en de bovenstaande dimensies als uitgangspunt voor professioneel handelen.

De kwalificaties voor de beroepsuitoefening en de kenmerken voor de beroepshouding moeten in de nieuwe beroepenstructuur terugkomen in de vorm van competenties die geformuleerd kunnen worden bij de onderscheiden kenmerken van professioneel handelen (vraaggericht, probleemgericht, kansgericht, contextgericht, gebiedsgericht, integraal, maatschappelijk gericht, resultaatgericht en transparant). Het is daarbij een uitdaging voor opleidingen en het werkveld om mensen met een specifieke belangstelling toe te rusten met breder toepasbare competenties. De opleidingen richten zich daarbij op die competenties die een beginnend beroepsbeoefenaar nodig heeft. Gezien de grotere diversiteit en differentiatie zullen de meer specifieke competenties deels op de werkvloer verder ontwikkeld moeten worden. De sectoren hebben een belangrijke verantwoordelijkheid in het ondersteunen en bijscholen van (pas afgestudeerde) werknemers.

Gezien de grote mate van turbulentie is het monitoren van belangrijke veranderingen binnen de sectoren en de gevolgen hiervan voor de opleidingen en toekomstige professionals noodzakelijk om adequaat (kwalificatie)beleid te kunnen blijven ontwikkelen. Centraal dient te staan dat net afgestudeerden over voldoende bagage beschikken om hun belangrijke en complexe werkzaamheden in de praktijk uit te voeren. De snel veranderende samenleving, beleidsontwikkelingen en ontwikkelingen aan de vraagzijde vragen om periodiek onderzoek naar ontwikkelingen en de gevolgen daarvan voor de beroepsuitoefening binnen zorg en welzijn.

De hoge eisen die aan professionals in zorg en welzijn worden gesteld en de veelheid aan competenties waarover ze behoren te beschikken, vragen om een goede samenwerking tussen opleidingen en de sectoren. Beide dienen verantwoording te nemen voor het opleiden en bijscholen van nieuwe professionals. Dit traject is nog niet uitgekristalliseerd en vraagt om een structurele investering en beleidsimplementatie. Onderzoek naar trajecten waar opleidingen en (zorg en welzijn)organisaties samenwerken is van groot belang om handvatten te bieden voor een meer structurele aanpak van het opleiden en bijscholen van professionals.

Figuur 6.1 Overzicht van ontwikkelingen in zorg en welzijn en de gevolgen daarvan voor de beroepsuitoefening en de beroepstructuur

I Maatschappelijke ontwikkelingen en sociale kwesties (hs 2)	II Beleidsontwikkelingen (hs 3)	III Ontwikkelingen aan de vraagzijde (hs 4)
<p><i>Verkleuring I: vergrijzing en ontgroening. Afnemende solidariteit tussen de generaties.</i></p> <p><i>Verkleuring II: een meer diverse samenleving. Toenemende eenzaamheid en sociaal isolement.</i></p> <p><i>De risico's en het tempo van het moderne leven. Tweedeling tussen de 'snellen' en de 'tragen'.</i></p> <p><i>Inkrimpende verzorgingsstaat; in combinatie met toename eigen verantwoordelijkheid. Schuld voor falen bij individuen; geen hulp en ondersteuning meer voor degenen die 'buiten de boot' vallen.</i></p> <p><i>Groeiende maatschappelijke betrokkenheid en inzet; toenemende grote-mondigheid. Competenties vooral ingezet t.b.v. eigen belang.</i></p> <p><i>Meer vrije tijd.</i></p> <p><i>De rol van politiek en media.</i></p>	<p><i>Verzakelijking in de relaties tussen cliënten, professionals, organisaties en financiers.</i></p> <p><i>Vraaggerichtheid als leidend principe met zowel zorg voor de manifeste als de latente vraag.</i></p> <p><i>Vermaatschappelijking van dienstverlening in de leefomgeving met een groter beroep op burgerschap.</i></p> <p><i>Territoriale aanpak als strategie voor sociale interventies.</i></p> <p><i>Integraal werken tussen verschillende disciplines.</i></p> <p><i>Maatschappelijke zorg met een subsidiaire (?) benadering van maatschappelijke participatie tot individuele zorg. Als een bepalende trend.</i></p>	<p><i>Algemeen</i> Toenemend beroep op de sectoren</p> <p><i>Specifieke groepen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - de meest kwetsbare en hulpbehoevende groepen; - mensen met verstandelijke en/of lichamelijke beperkingen; - mantelzorgers en vrijwilligers - jeugd en jongeren; - grote groepen mensen met enkelvoudige vragen op het terrein van zorg en dienstverlening. <p><i>Specifieke problemen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - meerdere en complexe problemen; - concentratie van problemen; - sociale uitsluiting als centraal probleem. <p><i>Waar is behoefte aan?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Behoefte aan goed toegankelijke hulp en ondersteuning op maat. - Behoefte aan ondersteuning bij sociale participatie en het nemen van eigen verantwoordelijkheid. - Behoefte aan diensten over de hele breedte van de samenleving. - Grotere noodzaak van intensieve aanpak van meervoudige problematiek in de vorm van een ketenbenadering.

<p>IV Gevolgen voor de beroepsuitoefening (hs 5)</p> <p><i>Breed en specifiek aanbod</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - dienstverlening voor enkelvoudige vragen; - geïndiceerde hulp en zorg - integrale aanpak van vragen en problemen; - organisatieontwikkeling en ondersteuning van burgerinitiatieven, vrijwilligerswerk en mantelzorg; - ontwikkelen en coördineren of aansturen van netwerken rond kwetsbare (groepen) burgers en fungeren als aanspreekpunt. <p><i>Nieuwe typen professionals</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - brede, nabije professionals; - gespecialiseerde professionals met een brede blik. <p><i>Kenmerken van het handelen</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. vraaggericht; 2. probleemgericht; 3. kansgericht; 4. contextgericht; 5. gebiedsgericht; 6. integraal; 7. maatschappelijk gericht; 8. resultaatgericht 9. transparant. <p><i>Keuzes maken</i></p> <p>De sociale kwesties, de toenemende vraag en de breedte van het aanbod dwingen tot het maken van keuzes.</p>	<p>V Gevolgen voor de beroepenstructuur (hs 6)</p> <p><i>Algemeen</i></p> <p>Meer breedte en grotere differentiatie</p> <p><i>Uitgangspunten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Wat betreft beroepen/ functies en competenties differentiatie naar dimensies: van enkelvoudig naar complex; van algemeen naar specifiek; van individueel naar collectief. - Wat betreft niveaus: ook differentiatie naar mate van verantwoordelijkheid, zelfstandigheid, complexiteit en transfer. <p><i>Mogelijke competenties bij de kenmerken</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Signaleren en analyseren van de expliciete vraag en de impliciete behoeften, inleven, vertalen naar aanbod, doelen stellen en realiseren. 2. Signaleren en analyseren van problemen en hulpbehoefte, inleven, handelend optreden ('bemoeizorgen'), sociale kwesties agenderen, hulp 'verkopen', legitimeren. 3. Signaleren en analyseren van de kansen en mogelijkheden, stimuleren en ondersteunen van initiatieven, verbinden tussen sociale lagen. 4. Breed perspectief, inclusief denkend, reflectie op de cliënt in zijn omgeving, visievorming. 5. 'Outreaching' werken, sensitief, vertrouwensrelatie opbouwen, zichtbaar zijn, presentiebenadering. 6. Ruimte bieden aan andere perspectieven, sensitief voor andere perspectieven, samenwerken. 7. Keuzes maken, reflectie, visievorming, schakelen (praktijkbeleid/ onderzoek/ ontwikkeling), omgaan met spanning kenmerken en vaardigheden. 8. Concrete doelen, projectmanagement (plannen, begroten, organiseren etc.), zichtbare resultaten (als stappen in een proces). 9. Verantwoording afleggen aan verschillende partijen, kostenbewustzijn, reflectie op het eigen handelen, normatieve professionaliteit, switchen/ schakelen/ vertalen tussen niveaus en perspectieven, eigen handelingsruimte bewaken, competentieontwikkeling.
---	--

Geraadpleegde literatuur

Baart, A.J. (2001). De kunst van het aansluiten. *MO Samenlevingsopbouw*, 20, 182, 4-21.

Baart, A.J., A. van Heijst (2003). Inleiding. Een beknopte schets van de presentietheorie. *Sociale Interventie*, 12, 2, 5-8.

Baart, A.J. & Steketee, M. (2003). Wat aandachtige nabijheid vermag. Over professionaliteit en present-zijn in complexe situaties. In Plempers, E., G. van der Laan, K. van Vliet (red). *Passie voor professionaliteit. Onderzoek naar professionele handelingsruimte en vraaggerichtheid*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Beltman, H. (2001). *Buigen of barsten? Hoofdstukken uit de geschiedenis van de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap in Nederland 1945-2000*. Proefschrift. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Beraadsgroep Vorming (1999). *Vorming – (Geen) millenniumprobleem? Trends in samenleving & werkveld. Taken voor de Beraadsgroep Vorming 1999-2000-2001*. Beraadsgroep Vorming.

Boeije, H.R. e.a. (1997). *Een verzorgde toekomst. Toekomstscenario's voor verpleging en verzorging*. Utrecht: De Tijdstroom.

Boer, N. de (2001). De opkomst van de wijkaanpak als dominante strategie in het sociaal beleid. In J.W. Duyvendak en L. Veldboer (red.) *Meeting Point Nederland. Over samenlevingsopbouw, multiculturaliteit en sociale cohesie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Boer, N. de & Tonkens, E. (2003). De verzorging van welzijn. *Tijdschrift voor de Sociale Sector*, 12, 10-15.

Bosselaar, H. (2002). Tien doelen van vraagsturing. *Tijdschrift voor arbeid en participatie*, (23) 3/4.

Brink, G. van den (2001). *Geweld als uitdaging. De betekenis van agressief gedrag bij jongeren*. Utrecht: NIZW.

Brink, G. van den (2003). *Terugblik op de conferentie Sociale agenda 2002-2006, gehouden op 31 mei 2002 in Rotterdam*. Utrecht: NIZW.

Buiren, K. van, Endedijk, L., Muskens, J. & Theeuwes, J. (1999). *Nederland in 2010. Een schets van Nederland in het jaar 2010 met in het bijzonder de gevolgen van verschillende ontwikkelingen voor welzijn, hulpverlening en opvang*. Amsterdam: Stichting voor Economisch Onderzoek, Universiteit van Amsterdam.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2001). *Jeugd 2001: cijfers en feiten*. Voorburg/Heerlen: Centraal bureau voor de Statistiek.

Coolen, J. & Dungen, A. van den (1998). *Vooruitkijken in de gehandicaptenzorg I. Toekomst van dienstverlening aan mensen met een verstandelijke beperking*. Utrecht: NIZW.

Daal, H.J. van & Plemper, E.M.T. (2003). Geven van tijd: vrijwilligerswerk. In Th.N.M. Schuyt (red). *Geven in Nederland 2003. Giften, Legaten, Sponsoring en Vrijwilligerswerk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Daal, H.J. van, Sönmez, N. & Brugman, M. (2003). *Speuren naar interculturele kwaliteit voor de ggz. Perspectieven voor betere kwaliteit van zorg voor vluchtelingen en migranten*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut/Nederlands Centrum Buitenlanders.

Dammers, E. (1994). Scenario's en prognoses: leren door vooruitzien. In R.J. In 't Veld, P. van der Knaap. *Dynamische bestuurskunde*. Den Haag: Phaedrus.

Dammers, E. (2000). *Leren van de toekomst: over de rol van scenario's bij strategische beleidsvorming*. Delft: Eburon.

Davelaar, M.F., Duyvendak, J.W. & Woerds, S. ter (2002). *Steden en regio. Sociale agenda. Een verkenning van thema's voor een regionale sociale agenda*. Den Haag: IPO/Verwey-Jonker Instituut.

Dekker, H., Vonk, R., Vries, C.W. de, Wagenaar, S. & Renekers, N.C.F (2002). *Vraagsturing als competentie. Eindrapportage*. Utrecht: Kessels & Smit, The Learning Company.

Deur, H. van den, Berg, G. van den & Hens, H. (1998). *Morgen is er weer een dag. Trendstudie sociaal pedagogische hulpverlening*. Utrecht: NIZW.

Dozy, M. (1999). Onderzoek Opbouwwerk 1999. *MO Samenlevingsopbouw*, 168/169, 46-53.

Dungen, A. van den (1998). *Vooruitkijken in de gehandicaptenzorg II. Verwachtingen van deskundigen over ondersteuning van mensen met een verstandelijke beperking*. Utrecht: NIZW.

Duyvendak, J.W. (2000). Hoe sociaal is de toekomst? *MO/Xtra Samenlevingsopbouw*, 19 (172).

Duyvendak, J.W. (2001). *Maatschappelijk (opbouw)werk? De actualiteit van Marie Kamphuis en Jo Boer*. Marie Kamphuislezing, 21 november.

Duyvendak, J.W. & Veldboer, L. (red.) (2001). *Meeting Point Nederland. Over samenlevingsopbouw, multiculturaliteit en sociale cohesie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Duyvendak, J.W. (2003). *Specifiek én integraal*. Inleiding Jaarvergadering Mogroep, Zeist, 19 november 2003.

Ernsting, M. (2003). Nieuwe tijden, andere eisen.....een professionele uitdaging? Inleiding Hogeschool de Horst, 3 juni 2003.

Essen, G. van, Josten, E., Meihuizen, H., Oosterhuis, J., Voogd-Hamelink, M. de (OSA), Bekker, S. & Peters, F. (2002). *Tendrapport Vraag naar arbeid in zorg en welzijn 2002*. Tilburg: OSA.

Ewijk, H. van (2003). Het welzijnswerk als vak. De sector heeft het tegenbod op zak. *Tijdschrift voor de sociale sector*, juni 2003, 38-39.
Forum, Instituut voor Multiculturele Ontwikkeling. *Trends en scenario's*.
<http://www.forum.nl/trendsite/index.html>

Geffen, C. van (2003). De opbouwwerkuitdaging voor de komende jaren. *MO Samenlevingsopbouw*, 198-199, 43-45.

Goderie, M. (2004). Hulp aan kwetsbare gezinnen. Een mismatch tussen vraag en aanbod. *Tijdschrift voor onderwijs en opvoeding*, 63 (1) 18-20.

Goderie, M. & Dam, J. ten (2003). *GGI als good practice van een sociale aanpak van jeugdcriminaliteit. Een beschrijving van de aanpak en resultaten van het Gezins Gedrags Interventieproject van de Stichting Humanitas Rotterdam*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Goderie, M. & Steketee, M. (2003). *Gezinnen in onbalans*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Gradener, J. (2003). Zinloze zelfkritiek. *Tijdschrift voor de sociale sector*, 57(5), 4-9.

Haan, I. de & Duyvendak, J.W. (red.) (2002). *In het hart van de verzorgingsstaat. Het Ministerie van Maatschappelijk Werk en zijn opvolgers (CRM, WVC, VWS) 1952-2002*. Zutphen: Walburg Pers.

Haaster K. van, Hermelink, B., Schriever, B. & Waal, V. de (2003). *Professionals aan het woord. Jeugdwerk en jeugdzorg in verandering*. Utrecht: Hogeschool van Utrecht/ Faculteit Sociaal Agogische Opleidingen.

- Hattum, M. van, Luijkxs, J., Peters, F. & Vlaar, P. (2003). *Beroepenstructuur 2005, schets van een herziene structuur*. Utrecht: NIZW Professionalisering.
- Hens, H. & Geomini, M. (1996). *Maatschappelijke dienstverlening. Beroependomeinprofiel*. Utrecht: NIZW/Stuurgroep Beroepenstructuur.
- Hens, H. & Geomini, M. (1996). *Sociaal-cultureel werk. Beroependomeinprofiel*. Utrecht: NIZW/Stuurgroep Beroepenstructuur.
- Hens, H. & Geomini, M. (1996). *Sociaal pedagogisch werk. Beroependomeinprofiel*. Utrecht: NIZW/Stuurgroep Beroepenstructuur.
- Hens, H. (2002). Professionalisering. In: L. Verplanke, R. Engbersen, J.W. Duyvendak, E. Tonkens, K.P. van Vliet (red.). *Open deuren. Sleutelwoorden van lokaal sociaal beleid*. Utrecht: NIZW/Verwey-Jonker Instituut.
- Hes, J. (2003). Bespiegelingen over tijdgeest en opbouwwerk. *MO Samenlevingsopbouw*, 198-199, 30-31.
- Hingstman, L., Kenens, R.J. (NIVEL), Windt, W. van der, Talma, H.F. (Prismant), Meihuizen, H.E. & Josten, E.J.C. (OSA) (2002). *Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn 2002*. Hoofdrapport. Tilburg: OSA.
- Hortulanus, R.P. (2001). *De welzijnssector in beeld. Maatschappelijke betekenis, concrete dienstverlening en positionering in het lokaal sociaal beleid*. Utrecht: VOG/Verdiwel.
- <http://www.vermaatschappelijking.nl>
- Jehoel-Gijsbers, G. (2003). *Sociale uitsluiting. Een conceptuele en empirische verkenning*. Den Haag: SCP.
- Klerk, M. de (red.) (2002). *Rapportage gehandicapten*. Den Haag: SCP.
- Kwekkeboom, M.H. (2001). *Zo gewoon mogelijk. Een onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: SCP.

Laan, G. van der (2002). Vraagsturing, professionaliteit en burgerschap, *Sociale Interventie*, 11 (2), 44-51.

Laan, G. van der, Plemper, E.M.T. & Flikweert, M.W.M. (2003). *Vraaggericht werken door Sociaal Pedagogische Diensten. Een vooronderzoek naar de professionele rol van maatschappelijk werkers*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid (2002). *Zorg van velen. Eindrapport*. Den Haag: Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid.

Lans, J. van der (2003). De ontdekking van de leefwereld. Nogmaals modern paternalisme. *Tijdschrift voor de Sociale Sector*, 57 (11), 4-7.

Maack, J.N. (2001). Scenario Analysis: A Tool for Task Managers. In R. Krueger, M. Casey, J. Donner, S. Kirsch, J. Maack (eds.). *Social Analysis: Selected Tools and Techniques. Social Development Papers 36*. Washington, D.C: World Bank, Social Development Department.

http://poverty.worldbank.org/files/13053_scenarioanalysis.pdf

Melief, W., Flikweert, M. & Broenink, N. (2002). *Heeft u er wat aan gehad? Bent u tevreden? Cliëntenraadpleging met het Sater-systeem in het maatschappelijk werk*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Meulen, S.M. van der, Bogaardt, P.A.M. van den, Dam, C.L. van, Ploegmakers, M.J.H., Smet, J.M.A. de & Wiebes, P.E. NIZW (2002). *Brancherapport Welzijn en Sport '98-'01*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Mijnheer, E. (2002). Van alleskunner tot grijze muis. Samenvoeging van opleidingen als antwoord op verbreding welzijnsberoep. *Zorg + Welzijn*, 8 (10), 20-21.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1999). *Werken aan sociale kwaliteit. Welzijnsnota 1999-2002. Deel B*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1999). *Zicht op zorg*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2001). *Vraag aan bod. Hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2001). *Wonen en zorg op maat*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2001). *Zorg met toekomst*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2003). *Keuzes voor een houdbare en beter presterende zorg. Beleidsagenda 2004*. Den Haag: VWS.

Motivaction (2001). *Het Nationaal Vrijheidsonderzoek in samenwerking met het Comité 4 en 5 mei*.

http://www.motivaction.nl/overig/media/knipsels/4&5mei_text1.htm

Naafs, J. (1997). Prognoses, modellen en scenario's in de ouderenzorg: de toekomst in zicht. In P. Ester, J. Geruts, M. Vermeulen (red.). *De makers van de toekomst*. Tilburg: University Press.

Nationaal Vrijheidsonderzoek. *Een monitoronderzoek over 4 en 5 mei en achterliggende thema's (grondrechten, democratie, oorlog, vrijheid en verantwoordelijkheid)* (2003).

http://www.4en5mei.nl/01mei/thema/4-5_mei_definitief_rapport.pdf

NIZW (2001) [1992]. *Proeve van een beroepenstructuur voor zorg en welzijn. Naar een ordening van beroepen en functies*. Utrecht: NIZW. Ongewijzigde herdruk.

NIZW (2003). *Werkplan beroepenstructuur oktober 2003*. Utrecht: NIZW/Professionalisering.

Plempers, E.M.T. (1999). *Vernieuwingen in de vrijwilligerszorg van de UVV*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut/Landelijke Unie van Vrijwilligers.

Plempers, E.M.T. (2003). De rol van de professional in de Nederlandse samenleving. In *Wankele waarden. Levenskwesaties van moslims belicht voor professionals*. Utrecht: Forum, Instituut voor Multiculturele Ontwikkeling.

Plempers, E.M.T., Daal, H.J. van, Berckelaer-Onnes, I.A. van, Dijkxhoorn, Y.M. & Middelkamp, M.J. (2003). *Specifieke zorg voor mensen met een autismespectrumstoornis en een verstandelijke handicap*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut i.s.m. Universiteit Leiden.

Plempers, E.M.T., Laan, G. van der & Vliet, K.P. van (red.) (2003). *Passie voor professionaliteit. Onderzoek naar professionele handelingsruimte en vraaggerichtheid*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Plempers, E.M.T. & Vliet, K.P. van (2002). *Community care: de uitdaging voor Nederland. Achtergrondstudie voor de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. Bijlage bij RMO-advies 25. De handicap van de samenleving. Over mogelijkheden en beperkingen van community care*. Den Haag: RMO/Sdu.

Prismant (2002). *Brancherapport Care '98-'01*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Raad voor het Binnenlands Bestuur (1996). *Besturen op de tast*. Den Haag: Raad voor het Binnenlands Bestuur.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2000). *Aansprekend burgerschap. De relatie tussen de organisatie van het publieke domein en de verantwoordelijkheid van burgers. Advies 10*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling/Sdu.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2001). *Kwetsbaar in kwadraat. Krachtige steun aan kwetsbare mensen. Advies 16*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling/Sdu.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (1997). *De geestelijke gezondheidszorg in de 21^e eeuw*. Zoeteren: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Rademaker, P. (red.) (2001). *Met het oog op 2010. De toekomst van het sociale domein, verbeeld in elf essays*. Amsterdam: De Balie.

Redactie PON-Jaarboek (2001). Makkelijker gezegd dan gedaan. De weerbaarheid van de vermaatschappelijking van de zorg. In PON Instituut voor advies, onderzoek en ontwikkeling in Noord-Brabant. *Voor elkaar. Zorgen in de moderne samenleving*. PON Jaarboek 2001.

Riet, N. van & Wouters, H. (1997). *Met oog op morgen*. Studie toekomstverkenning. Amsterdam.

Rigter, H., Have, M. ten, Cuijpers, P., Depla, M., Gageldonk, A. van, Laan, G. van der, Peterse, A., Ruiters, C. de, Smits, C., Vollebergh, W. & Wolf, J., Trimbos-instituut (2002). *Brancherapport Geestelijke Gezondheidszorg en Maatschappelijke Zorg '98-'01*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Rijkschroeff, R., Steketee, M., Oudenampsen, D. & Vliet, K. van (2002). *Toekomstverkenning modernisering AWBZ en gevolgen voor de GGZ*. Amstelveen: College voor zorgverzekeringen.

Roes, T. (2003). Maatschappelijk werk op de tocht. De toekomst van de sociale professies. *Tijdschrift voor de Sociale Sector*, 57 (12), 32-34.

Rooijen, S. van (2001). Integratie is een proces van jaren: preventie criminaliteit allochtone jongeren. *Opvoedingsondersteuning*. Maart 2001, 24-27.

Schnabel (2001). Invoegen, toevoegen en samenvoegen. In: *Verslag startconferentie Welzijn versterkt*, Soestduinen, 13 en 14 maart.

Schuster, J. (2001). Het domein van het opbouwwerk. In J.W. Duyvendak en L. Veldboer (red.) *Meeting Point Nederland. Over samenlevingsopbouw, multiculturaliteit en sociale cohesie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Snel, E., Hoek, T. van der & Chessa, T. (2001). *Kinderen in armoede. Opgroeien in de marge van Nederland*. Assen: Van Gorcum.

Sociaal en Cultureel Planbureau (2002). *Sociaal en Cultureel Rapport 2002. De kwaliteit van de quartaire sector*. Den Haag: SCP.

Sociaal en Cultureel Planbureau (2003a). *De sociale staat van Nederland*. Den Haag: SCP.

Sociaal en Cultureel Planbureau (2003b). *Armoedemonitor*. Den Haag: SCP.

Sociaal en Cultureel Planbureau (2003c). *Rapportage Jeugd 2002*. Den Haag: SCP.
Spierings, F. (2003). *De stad als gevaar. Openbare les Hogeschool Rotterdam*, 6 november 2003.

Spierts, M. (red.) (1998). *Beroep in ontwikkeling. Een oriëntatie op culturele en maatschappelijke vorming*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.

Spierts, M. (red.) (2000). *Reflecties op innovatie. Een onderzoek naar het sturen van vernieuwing in de praktijken van culturele en maatschappelijke vorming*. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam.

Spierts, M. (red.) (2000). *Werken aan openheid en samenhang. Een nadere verkenning van culturele en maatschappelijke vorming*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.

Spierts, M., Veldboer, L., Vlaar, P. & Peters, F. (2003). De professionaliteit gesmoord. Donkere wolken boven sociaal-cultureel werk. *Tijdschrift voor de sociale sector*, 57 (5), 10-15.

Stam, C. (2002). De speelruimte van een regisseur. Nascholing moet welzijnswerker omvormen tot sociaal ondernemer. *Zorg + Welzijn*, 8 (10), 22-23.

Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg (1997). *Een verzorgde toekomst. Toekomstscenario's voor verpleging en verzorging*. Utrecht: De Tijdstroom/NIZW.

Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg (1997). *Zorgen voor geestelijke gezondheid in de toekomst. Toekomstscenario's geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg 1990-2010*. Utrecht/Antwerpen: Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg.

Taskforce Vermaatschappelijking Geestelijke Gezondheidszorg (2002). *Erbij horen. Advies Taskforce Vermaatschappelijking Geestelijke Gezondheidszorg*.

- Timmermans, J.M. (red.) (2001). *Vrij om te helpen. Verkenning betaald langdurig zorgverlof*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Tjeenk Willink, H. (2002). De herwaardering van het particulier initiatief. De toekomst van de Nederlandse non-profitsector, *Tijdschrift voor de sociale sector*, 56 (4), 4-9.
- Tonkens, E. (2003). *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector*. Utrecht: NIZW.
- Veldboer, L. (2002). *Trends in grootstedelijk welzijnswerk. De thema's, de identiteit, de knelpunten en de keuzes verkend vanuit Rotterdam*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Vlaar, P., Broekman, H. & Wuertz, K. (2000). *Ruimte maken in de buurt. Sociaal-cultureel werk en ouderenwerk in de multiculturele samenleving*. Utrecht: NIZW.
- Vliet, K.P. van (2002). Vraaggericht werken. In L. Verplanke, R. Engbersen, J.W. Duyvendak, E. Tonkens, K.P. van Vliet (red.). *Open deuren. Sleutelwoorden van lokaal sociaal beleid*. Utrecht: NIZW/Verwey-Jonker Instituut.
- Vliet, K.P. van & Plemper, E.M.T. (2002). Vermaatschappelijking. In L. Verplanke, R. Engbersen, J.W. Duyvendak, E. Tonkens, K.P. van Vliet (red.). *Open deuren. Sleutelwoorden van lokaal sociaal beleid*. Utrecht: NIZW/Verwey-Jonker Instituut.
- Vliet, K.P. van & Plemper, E.M.T. (2003). *De geprotocolleerde professional?* In R.P. Hortulanus, J.E.M. Machielse (red.). *Beschouwingen over de sociale sector. Sociaal Debat. Deel 9*. Den Haag: Elsevier Overheid.
- Vliet, K.P. van & Schakenraad, W. (2002). Sociale interventie. In L. Verplanke, R. Engbersen, J.W. Duyvendak, E. Tonkens, K.P. van Vliet (red.). *Open deuren. Sleutelwoorden van lokaal sociaal beleid*. Utrecht: NIZW/Verwey-Jonker Instituut.
- VOG (1999). 16,5 miljoen klanten. *Een schets van Nederland in 2010. Wat zijn de gevolgen voor welzijn, hulpverlening en opvang*. Utrecht: VOG.
- Vulto, M.E. (2002). *Welzijn en waardigheid voor langdurige zorggebruikers. Op weg naar 2020*. Zoetere: Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg.

Waal, V. de (1998). *Diversiteit in samenhang. Toekomstoverkenning Culturele en Maatschappelijke Vorming*. Utrecht: Hogeschool van Utrecht.

Wal, E. van der (2002). *Meer zicht op enkele landelijke ontwikkelingen omtrent zorg en welzijn*. Den Haag: Vraagwijzer (Loket Zorg en Welzijn).

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (1996). *Tweedeling in perspectief*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

Zuithof, M. (2002). De werkvloer zit niet te wachten op verbreding. Tegenstellingen in sector over aanpassing beroepsprofielen welzijnswerk. *Zorg + Welzijn*, 8 (10), 18-19.

Afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CAO	collectieve arbeidsovereenkomst
ggz	geestelijke gezondheidszorg
hbo	hogere beroepsopleiding
KTU	Katholieke Theologische Universiteit
KUN	Katholieke Universiteit Nijmegen
mbo	middelbare beroepsopleiding
MOgroep	Maatschappelijk Ondernemers Groep
MWD	maatschappelijk werk en dienstverlening
mw'er	maatschappelijk werker
mw'ers	maatschappelijk werkers
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
OSA	Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek
OVDB	landelijk orgaan beroepsonderwijs in de sectoren gezondheidszorg, dienstverlening, welzijn en sport (oorspr. Opleiding Verzorgende en Dienstverlenende Beroepen)
RMO	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SCW	sociaal-cultureel werk
SJD	sociaal juridische dienstverlening

SPD	Sociaal Pedagogische Dienst
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VOG	Vereniging van Ondernemingen in de Gepremieerde en gesubsidieerde sector
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAO	Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
WVC	Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

Bijlage I

Deelnemers aan de 1e expertmeeting en geïnterviewde personen (die niet aanwezig konden zijn)

De heer prof. dr. A.J. Baart (KTU; Actioma)
De heer drs. M.B.-Y. Cadat (NIZW Sociaal Beleid)
De heer dr. R.F.W. Diekstra (Haagse Hogeschool; adviseur Rotterdam)
(Geïnterviewd)
De heer H. van Driel (De Lichtenvoorde)
De heer prof. dr. J.W. Duyvendak (Universiteit van Amsterdam)
(voorzitter expertmeeting)
De heer drs. M. Ernsting (Stuurgroep Platform Kwalificatiebeleid
Zorg en Welzijn; Humanitas)
De heer dr. J.P. van Ewijk (NIZW; Hogeschool van Utrecht) (Geïnterviewd)
De heer mr. drs. J.J.H.M. van Gennip (MOgroep)
De heer prof. dr. R.S. Gowricharn (Universiteit van Tilburg) (Geïnterviewd)
De heer prof. dr. G. Hutschemaekers (KUN / Gelderse Roos)
De heer prof. dr. G. van der Laan (Universiteit Utrecht,
Rijksuniversiteit Groningen, Fontys Hogescholen Eindhoven)
De heer ir. H. Meijer (GroenLinks)
De heer drs. M.J.S. Spierts (Hogeschool van Amsterdam) (Geïnterviewd)
Mevrouw dr. M.J. Steenbergen (Civiq)

De heer drs. J. Vanschoren (Fontys Hogescholen Eindhoven)
De heer V.A.M. de Waal (Hogeschool van Utrecht)

Deelnemers aan de 2e expertmeeting

De heer M. Bent (Jeugdzorg Amstelslad)
De heer dr. P. van den Bogaardt
(NIZW / Platform Kwalificatiebeleid Zorg en Welzijn)
De heer drs. P.J.W.J. van Dongen (RPCP Zuid-Holland Noord)
De heer prof. dr. J. W. Duyvendak (Universiteit van Amsterdam)
(voorzitter expertmeeting)
De heer drs. M. Ernsting (Humanitas)
De heer dr. J.P. van Ewijk (NIZW / Hogeschool van Utrecht)
De heer dr. H. Geertsema (Gereformeerde Hogeschool Zwolle)
De heer P. van Kampen
(Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Midden-Holland)
De heer drs. M. Mathijssen (MOgroep)
Mevrouw N. van Riet (gepensioneerd maatschappelijk werker)
De heer F. Roebroek (Stichting Dordtse Welzijnsorganisatie)
De heer drs. M.J.S. Spierts (Hogeschool van Amsterdam)
De heer P. Vlaar (NIZW)
De heer dr. J.P. Wilken (Hogeschool van Utrecht)
Mevrouw dr. A. Winsemius (NIZW)

(De heer prof. dr. G. Hutschemaekers (KUN / Gelderse Roos) verhinderd, maar
commentaar via e-mail).

Bijlage II

Leden begeleidingscommissie

De heer drs. M. Ernsting (voorzitter)
(Stuurgroep Platform Kwalificatiebeleid Zorg en Welzijn)
De heer dr. P. van den Bogaardt, NIZW
De heer E. Duffels, Sectorfondsen Zorg en Welzijn
De heer J.W.J. de Kanter, OVDB
Mevrouw J. Kalkman, MOgroep
Mevrouw mr. G. van Loon, MOgroep
Mevrouw dr. H.E. Meihuizen, OSA
De heer drs. F.J.M. Peters, NIZW
De heer P. Vlaar, NIZW
De heer J.P.N. Timmerman, VGN