

# ***Nieuwe competenties voor beroepskrachten***

*... en ondersteun ons bij ons dagelijks leven...*

*Cahier in de reeks Werken aan maatschappelijke ondersteuning*

Ben Stoelinga

**NIZW**

© 2004 Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW

**Auteur**

Ben Stoelinga

**Met medewerking van**

Eric Krijger

Lia van Doorn

Daan Heineke

NIZW Sociaal Beleid

Postbus 19152

3501 DD Utrecht

Telefoon (030) 230 63 11

Website <http://www.nizw.nl/publicaties/wmo>

# **Inhoud**

## **Inleiding 4**

### **1 Veranderende eisen aan beroepsbeoefenaren 6**

### **2 Competente professionals: vier praktijkbeschrijvingen 11**

2.1 Mensen met een verstandelijke beperking begeleiden  
bij 'wonen in de wijk' 11

2.2 Outreachende hulpverlening 13

2.3 Planmatig werken in de maatschappelijke opvang 19

2.4 Zorg voor ouderen in zorgcentrum en zorgwoningen op één locatie 22

Conclusies 24

### **3 Competente professionals 28**

Inleiding 28

3.1 Competenties in soorten en maten 28

3.2 Welke competenties zijn voor professionals bij vermaatschappelijking  
van belang? 30

### **4 Organisaties en medewerkers competentier maken 34**

Inleiding 34

4.1 Kader voor het aanbod van dienstverlening 34

4.2 De match tussen vraag en aanbod van diensten 36

4.3 Een competente organisatie worden 37

### **5 Tien lessen voor de vermaatschappelijking 41**

## **Literatuur 43**

## **Websites 48**

## **Inleiding**

Bij vermaatschappelijking van zorg gaat het om mensen in een kwetsbare gezondheidssituatie. Deze groep mensen is gevarieerd van samenstelling; het betreft verstandelijk en lichamelijk gehandicapten, kwetsbare ouderen, chronisch zieken, dak- en thuislozen en psychiatrische patiënten. Met elkaar hebben zij gemeen dat zij voor hun dagelijks functioneren langdurig en/of intensief van hulp en ondersteuning afhankelijk zijn. Vermaatschappelijking is de trend om deze kwetsbare mensen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen en de hulp zo veel mogelijk te laten aansluiten op hun leef- en belevingswereld.

Een belangrijke aanleiding voor de vermaatschappelijking is (het beperken van) opname in een instelling: een verpleeg- of verzorgingshuis, gehandicapteninrichting of psychiatrische instelling.<sup>1</sup> Deze opname is ingrijpend, omdat het een onderbreking is van de levensloop en inbreuk doet op de leef- en belevingswereld. De ruimte in de instelling is niet 'eigen', niet in fysieke zin (weinig woonkwaliteit), niet in persoonlijke zin (weinig vertrouwdheid, privacy) en niet in mogelijkheden om de dag op een zelfgekozen manier door te brengen. Naast de onderbreking in tijd (levensloop) en de beperkte autonomie in ruimte is ook het ontbreken van belangrijke anderen in die ruimte (affectie) een belangrijk negatief aspect van de opname (vgl. Engel, Grypdonck e.a. 2004). Vandaar dat we bij vermaatschappelijking deze opname willen voorkomen en/of verkorten en als alternatief daarvoor de kwetsbare persoon een plek willen bieden die aan de ene kant de negatieve aspecten van de opname voorkomt (het gebrek aan wel zijn) en aan de andere kant aan de redenen van de opname tegemoetkomt (behoefte aan bescherming, toezicht, structuur, hulp bij activiteiten van het dagelijks leven enzovoort).

Het doel van vermaatschappelijking is daarom mensen met langdurige gezondheidsproblemen een leven te laten leiden dat gelijk is aan of gelijkenis vertoont met hun oorspronkelijke leefwereld. Dat kan door hen met ondersteuning in de samenleving te laten wonen, of de samenleving in de instelling te brengen (bijvoorbeeld door kleinschalige woongroepen te creëren). In beide gevallen neemt het 'wel' zijn een belangrijke plek in.

De beroepsbeoefenaren die voor de zorg verantwoordelijk zijn, leren om vraag- of behoeftegestuurd te werken, bijvoorbeeld door belevingsgerichte zorg te bieden. Hiermee leert men om aandacht te besteden aan het verleden van de cliënt, interesse te tonen hoe iemand voor de opname woonde, privacy te respecteren, het werk af te stemmen op voorkeuren, wensen en mogelijkheden van de hulpvrager enzovoort (Pool 2003; Roelink, Pool en Grypdonck 2002). Maar deze nieuwe professionaliteit is water naar de zee dragen als andere aspecten van de kwaliteit van het dagelijks leven van de cliënt (woonkwaliteit, zinvolle besteding van de dag, ontbreken van belangrijke anderen) hetzelfde blijven. Je zou kunnen zeggen dat de vermaatschappelijking een katalysator is waarmee alle aspecten van de leef- en belevingswereld van de cliënt (en niet die van de voorziening of beroepsgroep) centraal worden gesteld.

---

<sup>1</sup> Andere redenen zijn dat mensen in kommervolle omstandigheden verkeren doordat men een zwerfend bestaan leidt op straat of aan huis geen adequate zorg ontvangt.

Daarom hebben de zorgspecialisten de hulp nodig van welzijnsexperts. Samen moeten ze tot een nieuwe professionaliteit komen die aansluit bij de wensen en behoeften van hun cliënten.

Deze publicatie over competenties van beroepsbeoefenaren is als volgt opgezet. In hoofdstuk 1 vatten we de betekenis van de vermaatschappelijking voor de beroepspraktijk samen. Welke invloeden spelen op de beroepsuitoefening in en wat is de betekenis ervan?

In hoofdstuk 2 geven we vier voorbeelden uit de praktijk die de veranderende rollen van professionals illustreren. Uit de casussen hebben we zes competenties gedestilleerd: reflecteren op normen en waarden en gedrag in het werk; planmatig werken vanuit de samenhang van de cliënt; integraal werken en samenwerken; onderhandelen; balanceren tussen verschillende waarden; ondernemen.

In hoofdstuk 3 gaan we vervolgens dieper in op de betekenis van het denken in termen van 'competenties' en op de relatie met de vermaatschappelijking van de zorg. Competenties zijn er in soorten en maten (op organisatie-, team- en functieniveau) en ontlenen hun betekenis vooral aan de focus op gewenst gedrag, houding en persoonlijk functioneren. Welke competenties zijn nu specifiek voor de vermaatschappelijking van de zorg? We maken een onderscheid tussen basiscompetenties (persoons-, proces- en resultaatgericht kunnen werken) en specifieke competenties die de basiscompetenties een eigen 'kleur' geven.

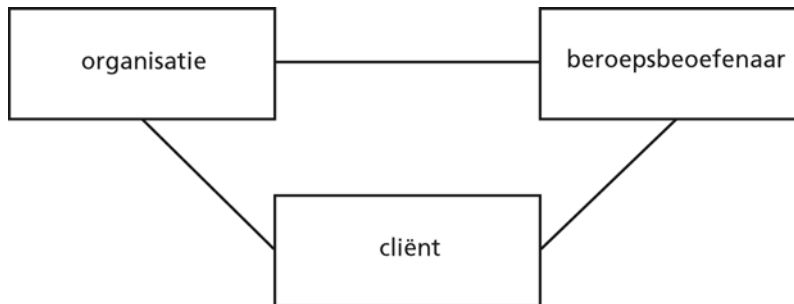
Hoofdstuk 4 betreft het competent maken van organisaties en medewerkers. Welke rol speelt het management bij de vermaatschappelijking? Het management moet nieuwe 'integratiekaders' ontwikkelen die aansluiten bij de leef- en belevingswereld van mensen die langdurig van zorg afhankelijk zijn. Het moet zich vervolgens afvragen welk type diensten er dan toe doet. Daarna dringt de vraag zich op hoe de *match* tussen vraag en antwoord/dienst kan plaatsvinden. Tot slot moet de organisatie als geheel competent worden. Competenties zijn bouwstenen die pas in combinatie met elkaar tot een effectief geheel worden. Een van de vernieuwende aspecten van competentie management en het competentiegericht werken is dat een permanente verbinding tot stand wordt gebracht tussen werken en leren, waardoor men zich de eisen van de nieuwe situatie eigen kan maken.

Tot slot is een overzicht opgenomen van relevante literatuur en nuttige websites.

# 1 **Veranderende eisen aan beroepsbeoefenaren**

## **Meer aandacht voor het perspectief van de cliënt**

De beroepsuitoefening vindt in de praktijk niet in een vacuüm plaats. Er is sprake van een context, te weten de organisatie waar wordt gewerkt en de cliënten met wie wordt gewerkt.



Deze twee invloedssferen of invalshoeken naast de beroepsuitoefening hebben elk hun eigen aandachtspunten. De organisatie legt nadruk op productiviteit en efficiëntie, zoals kostenbeheersingsmaatregelen en stroomlijning van het werk. De cliënt wil een antwoord op maat van zijn of haar behoeften en wensen (*klant is koning*). De beroepsbeoefenaar zelf heeft ook zijn of haar wensen, zoals een zo groot mogelijke autonomie en ontplooiingsmogelijkheden. Vanuit elke invalshoek is kwaliteit in te vullen, wat echter telkens onvolledig zal zijn als er enkel van één invalshoek wordt uitgegaan. Zorg op maat van de cliënt bieden kan bijvoorbeeld ten koste gaan van de kwaliteit van werken van de beroepsbeoefenaar (de werkdruk wordt bijvoorbeeld te groot) en die van de organisatie (de zorg wordt onbetaalbaar). Al langer wordt geconstateerd dat de drie invalshoeken niet met elkaar in evenwicht zijn. De organisatie en de beroepsuitoefening domineren het perspectief van de cliënt. Dat wil niet zeggen dat er geen aandacht is voor de cliënt, maar wel dat die aandacht steeds sterk wordt gekleurd door de bril van de andere twee invalshoeken. Bij de vermaatschappelijking van de zorg wordt meer aandacht besteed aan de wensen en behoeften van de cliënt, waarmee men meer evenwicht tussen de drie invalshoeken wil bereiken.<sup>2</sup> Voor een deel gaat het om een ontwikkeling die zich in alle sectoren van de samenleving voltrekt onder noemers als vraaggericht of vraaggestuurd werken, het vergroten van de servicegerichtheid of klantvriendelijker optreden.

## **Andere attitude en andere manier van methodisch werken**

De vermaatschappelijking heeft dus als ambitie om meer aandacht te besteden aan de kwaliteit van de dienstverlening vanuit het perspectief van de cliënt. Het gaat dan om vragen als: hoe ervaart iemand zelf de kwaliteit van zijn leven? en: wat heeft iemand nodig voor een bestaan dat op zijn persoon is toegesneden? Dit heeft ertoe geleid dat

<sup>2</sup> Overigens heeft de beroepsbeoefenaar ook last van de invloed die de bedrijfsvoering op zijn of haar handelen uitoefent, bijvoorbeeld de toenemende routine.

men meer oog kreeg voor de individuele verschillen tussen mensen. Bovendien heeft het tot gevolg gehad dat men inzag hoe belangrijk het voor cliënten is om zélf hun leven te kunnen bepalen. En dat hun daartoe ook de mogelijkheid moet worden geboden.

De grotere gerichtheid op kwaliteit zoals de cliënt die ervaart, vraagt van de beroepsbeoefenaar een aangepaste attitude, zowel professioneel als persoonlijk. Het gaat dan om zaken als inlevingsvermogen, respect voor de cliënt, niet de 'betuttelende deskundige' uithangen, communicatievaardigheden en adequaat kunnen onderhandelen (Adviesbureau van Montfoort 2001).

Er wordt ook een sterker beroep gedaan op het methodisch werken, onder andere door voortdurend met de cliënt de effecten van de geboden zorg te bespreken. 'Zo leert de hulpvrager om zelf aan de slag te gaan met zijn of haar levensvragen. Voor het zorgaanbod betekent dit dat er dynamiek ontstaat, die zich uitdrukt in wijzigingen van het oorspronkelijke zorgarrangement' (Van Loon 2002).

### **Meer rollen vervullen**

De vermaatschappelijking versterkt de aandacht voor de kwaliteit van leven zoals de cliënt die ervaart. Dit leidt ertoe dat beroepsbeoefenaren meer oog leren ontwikkelen voor de competenties en potenties van hun cliënten. Die liggen meestal op andere terreinen dan de hulpvraag. Een persoon kan tegelijkertijd buurtbewoner, echtgenoot, opvoeder, werknemer, en sporter zijn. Al naargelang de hoedanigheid waarop mensen worden aangesproken, verschuift ook de rol van de professional. Naast de vertrouwde rol van hulpverlener of welzijnswerker wordt hij ook ondersteuner, bemiddelaar, trainer, partner enzovoort.

<b>Rol cliënt</b>	<b>Rol professional</b>
hulpvrager (patiënt)	Hulpverlener
consument (bv. persoons- of wijkgebonden budget)	Producent van diensten
ondernemer (bv. een dakloze verkoopt de daklozenkrant)	Coach, bemiddelaar
voorlichter (bv. een verslaafde geeft informatie op scholen over zijn of haar eigen leefsituatie)	Partner, gezelschap (t.o.v. leerling)
bewoner (bv. een dementerende oudere in kleinschalig wonen)	Begeleider, ondersteuner bij dagelijkse bezigheden (bv. boodschappen doen, koken)
burger (bv. iemand met een psychiatrische achtergrond woont in de wijk)	Kwartiermaken (omgeving toegankelijk maken)

Het aardige van die uiteenlopende rollen die de cliënt kan innemen, is dat de sterke kanten van de ene rol de tekorten in de andere rol kunnen compenseren, waarmee de totale kwaliteit van het bestaan toeneemt. Hierbij denke men bijvoorbeeld aan initiatieven van daklozen: de daklozenkranten, zelfinitiatieven als 'basisverzorging zonder betutteling', 'zelfhulp woonhuis', een uitzendbureau voor drugsgebruikers enzovoort. Hier worden marginale burgers niet zozeer aangesproken op wat ze niet kunnen, maar juist op wat ze wel kunnen. Het resultaat is dat ze zelfredzamer worden. En dat is nu net wat we in de hulpverlening wilden bereiken (Stoeling 2001).

### **Actieve aandacht voor het 'wel' zijn**

Vermaatschappelijking houdt in dat zorg en welzijn voor personen in een kwetsbare gezondheidssituatie worden geënt op het normale leven. Wat 'normaal' is hangt af van de leef- en belevingswereld van de betrokkene en van zijn of haar voorkeuren. De een wil graag midden in de wijk (gaan of blijven) wonen, de ander in een huisje op de hei. Er is een aantal principes te formuleren die de vermaatschappelijking als het ware sturen en mogelijkheden voor variatie openhouden:

- de minst beperkende hulp- en dienstverlening; hulp en ondersteuning zo licht mogelijk en zo intensief als gewenst;
- keuzemogelijkheden voor de plekken waar men hulp en ondersteuning kan krijgen: ook intensieve zorg aan huis en beschermzorg in de wijk;
- zo gewoonlijk mogelijk wonen; bijvoorbeeld beschikken over een ruimte die iemand zelf naar eigen smaak kan inrichten;
- eigen dagritme kunnen bepalen;
- gebruik kunnen maken van de diensten die er zijn (buurthuis, sportclub, buurtwinkel)<sup>3</sup>;
- deelnemen aan activiteiten uit de wijk of het dorp;
- een effectieve anamnese methode (m.b.t. voorgeschiedenis zorgvraag) om werkelijke behoeften in kaart te brengen;
- een indiceringsmodel dat – objectief, integraal, onafhankelijk – uitgaat van de zorgvrager en zijn omgeving; om zo de positie van de gebruiker te versterken;
- invloed op en medeverantwoordelijkheid voor het proces van zorgvraag naar zorgrealisering;
- soepel kunnen inspelen op wisselende en zich evoluerende zorgvragen en situaties van mensen met langdurige beperkingen (en mantelzorg);
- schotten tussen hulp- en dienstverleningsvormen tenietdoen;
- beslissingsbevoegdheid over inkopen zorg (pgb).

'Normaal' betekent niet dat het gedrag van de persoon zo veel mogelijk moet worden aangepast aan de maatschappelijke normen. Integendeel. 'Men gaat uit van de mogelijkheden en beperkingen van de persoon en vindt dat de maatschappij of de omgeving de persoon zo veel mogelijk in staat dient te stellen om met zijn of haar beperkingen zo optimaal mogelijk te participeren in het maatschappelijke leven.' De optimale participatie veronderstelt ook de aanwezigheid van actief welzijnswerk, met name om de participatie blijvend te begeleiden. 'Nodig zijn bijvoorbeeld buurthuisachtige ontmoetingsplekken en georganiseerde activiteiten waarin die "vermaatschappelijkte" cliënten en andere buurtbewoners elkaar ontmoeten. (...) Welzijnsinstellingen kunnen cursussen, inloopochtenden, ontmoetingscentra enzovoort bieden waar ouderen, gehandicapten, en psychisch gestoorden in de gelegenheid zijn om elkaar en andere mensen uit de wijk te ontmoeten<sup>4</sup>. Ze kunnen diensten aanbieden voor en deels ook door ouderen, gehandicapten en psychisch gestoorden' (De Boer en Tonkens 2003). De auteurs bepleiten meer dan alleen

<sup>3</sup> Vergelijk Bart Lammers e.a die als belangrijkste behoeften van door hen geïnterviewde oudere mensen noemt: huis schoon, winkels en dergelijke in de buurt en boodschappen halen (*Tijdschrift voor de sociale sector*, jrg. 57, nr. 12, 2003).

<sup>4</sup> De auteurs benadrukken in hun artikel de overeenkomsten tussen 'ouderen, gehandicapten en psychisch gestoorden', bijvoorbeeld in hun behoefte aan (dezelfde) ontmoetingsplek. Je zou ook kunnen zeggen dat gehandicapten enzovoort onderling net zoveel verschillen als mensen die een handicap 'missen'. Dat is dan een pleidooi voor diversiteit. Zie hiervoor ook de inleiding bij hoofdstuk 4.

'bekommernis om mensen die anders verpieteren'. De toekomstige Wet op de maatschappelijke ondersteuning (WMO) – die ook het welzijnswerk zal gaan regelen – zou ook elementen van samenlevingsopbouw en *empowerment* in zich moeten dragen.

Daartoe moeten maatschappelijke hulpbronnen worden ontdekt, toegankelijk worden gemaakt of worden gecreëerd. Het werken aan toegankelijkheid kan begrepen worden als het werken aan gastvrijheid (Kal 2002). Zo werken *kwartiermakers* voor mensen met een psychiatrische achtergrond die vaak in de marge leven 'aan een gastvrije ontvangst binnen instellingen voor sociaal-cultureel werk en opbouwwerk, binnen vrijwilligersorganisaties van allerlei aard op de werkvloer.' Daartoe is het van belang dat je je verdiept in de omgeving, in de werkelijkheid van buurtcentra en vrijwilligersorganisaties. De blik moet van binnen naar buiten worden gericht.

**Op 6 oktober was de eettafel van buurtcentrum *De Til* in de Leidsebuurt van Haarlem opengesteld voor bezoekers van het kwartiermakersfestival. De eettafel is een gezamenlijk project van buurthuis *De Til* en de *Rodas* (regionale organisatie voor dagbesteding, arbeid en scholing). (...) Eenvoudig gezegd biedt de eettafel een mogelijkheid tot gezamenlijk eten en voor sommigen tot überhaupt eten, goed en betaalbaar. Een eettafel realiseert allerlei waarden die in het kader van kwartiermaken ertoe doen. Een eettafel maakt van individuen – voor dat moment – een collectief, en dat is voor iedereen een waarlijk goed: je hoort ergens bij. Eettafels brengen ontmoeting tot stand; op een ongedwongen manier komen verschillende werelden met elkaar in contact. De meeste eettafels krijgen vorm als vrijwilligersproject: mensen met uiteenlopende handicaps kunnen er – samen met buurtgenoten – hun capaciteiten tonen, om na afloop veel waardering te ontvangen. Op hun beurt krijgt het – bij buurt- (of kerk)genoten levende – 'verlangen naar betrokkenheid' inhoud. Samen eten biedt ook de gelegenheid tot samen vieren – wat er ook maar gevierd kan worden – van verjaardag tot kerst, van sinterklaas tot suikerfeest, van het halen van een zwemdiploma tot de zelfgebakken appeltaart. Juist in heel alledaagse handelingen, van eten kopen tot koken, van opdienen tot de afwas, krijgt rehabilitatie en integratie betekenis. Een gewone eettafel in een gewoon buurthuis is ook een uitnodiging tot verzoening met de normaliteit, een normaliteit met ruimte voor de buitengewone ander. (Ode aan de eettafel, *Kwartiermakerskrant* 14, 2002)**

De participatiebegeleider, de samenlevingsopbouwer, de werker aan gastvrijheid annex normaliteitsverzoener wijzen allemaal in de richting van een lokaal opererende 'basiswerker' die 'zich ontworstelt aan institutionalisering en midden in het dagelijks leven van een dorp of stadsbuurt staat' (Van Ewijk 2004). Hans van Ewijk formuleert zes kerntaken voor de sociaal werkers die in de welzijnssector werkzaam zijn en die een breder gebied bestrijken dan de vermaatschappelijking van de zorg.

- 1 *Interventie* als tussenbeide komen wanneer het met iemand, in een gezin, in een groep, in een buurt uit de hand dreigt te lopen.
- 2 *Opvoeding*. Hoe groeien mensen op in een samenleving, hoe geven ze zin aan hun eigen leven, hoe blijven ze betrokken bij andere mensen, hoe kunnen ze zichzelf ontwikkelen?
- 3 *Educatie*. Het past in het hedendaagse denken over de-institutionalisering en nabijheid om op zoek te gaan naar versterking van de lerende omgeving. Dat wil zeggen dat er behoefte is aan laagdrempelige nabije voorzieningen waar mensen kunnen leren achter de computer, in cursussen, in groepsgesprekken, door vrijwilligerswerk te doen, door werkervaring op te doen.
- 4 *Cohesie* is een nieuw woord om de behoefte aan samenhang te accentueren. Cohesie is verbonden aan lokaal sociaal beleid, aan het denken over de buurt, de directe omgeving. Informele zorg, vrijwilligerswerk, acceptatie en aanpassing in een buurt vragen om een ander klimaat, om andere vormen van omgang en burgerschap. De sociale professie kan dit soort processen ondersteunen door ruimte beschikbaar te stellen, door vrijwilligers te ondersteunen, door te coördineren, door te mobiliseren.
- 5 *Zorg*. De tijd dat de sociale professie tegenover de zorgprofessie staat is voorbij of zou voorbij moeten zijn. De sociale professie is voor een deel ook een zorgende of verzorgende professie.
- 6 *Informatie en advies*. De zesde kerntaak is erop gericht burgers te helpen de weg te vinden in de verschillende maatschappelijke systemen, de aanwezige voorzieningen en de wereld van rechten en plichten.

## **2 Competente professionals: vier praktijkbeschrijvingen**

In dit hoofdstuk worden vier casussen beschreven, voorbeelden van vermaatschappelijking van zorg. Uit de beschrijvingen blijkt welke veranderingen in enkele specifieke situaties van invloed zijn op de beroepsuitoefening. We beëindigen het hoofdstuk met een aantal conclusies; zes competenties die we uit de praktijkbeschrijvingen hebben gedestilleerd.

### **2.1 Mensen met een verstandelijke beperking begeleiden bij 'wonen in de wijk'<sup>5</sup>**

#### **Achtergrond**

De samenleving is steeds meer van mening dat mensen met verstandelijke beperkingen ook mensen met mogelijkheden zijn. Mogelijkheden die pas goed tot hun recht komen door cliënten deel uit te laten maken van de maatschappij. Van begeleiders vraagt dit een omslag in het denken. Het antwoord op zorgvragen komt minder vanuit een eenduidig aanbod van de instelling, maar meer vanuit de verscheidenheid van activiteiten die we in de nieuwe woonomgeving aantreffen.

#### **Waar gaat het om?**

In vier naast elkaar gelegen woningen, in een gewone straat in Uden, wonen elk vier cliënten. Drie jaar geleden woonden zij nog op het grote instellingsterrein. Nu wonen zij, zoals zoveel andere burgers, in een gewoon rijtjeshuis. De zorgaanbieder huurt deze woningen van de woningcorporatie.

De bewoners hebben niet allemaal dezelfde vaardigheden. In één woning zijn mensen met een ernstige verstandelijke beperking gehuisvest: zij hebben moeite met praten en hebben veel ondersteuning nodig bij dagelijkse dingen als wassen en aankleden. In een andere woning hebben de cliënten nog een redelijke mate van zelfredzaamheid: wassen en aankleden gaat al een stuk makkelijker, maar als zij naar buiten gaan is er wel begeleiding nodig. In de derde woning wonen vier mensen die veel zelf kunnen, zoals koken. Ten slotte de vierde woning: hierin wonen ouderen, 65-plussers, die soms last hebben van ouderdomsverschijnselen zoals dementie.

#### **Wat moet je kunnen?**

In tegenstelling tot de routine binnen de instelling is bij het wonen in de wijk niet alles van tevoren duidelijk te krijgen en te plannen. Daarnaast werken begeleiders alleen en kunnen zij, behoudens calamiteiten, niet zomaar op iemand terugvallen. Zij moeten dus leren om solistisch te werken en moeten in staat zijn om zelf de problemen en knelpunten op te lossen. Daarbij moeten ze zich niet te snel schikken in vertrouwd aanbod, maar ook zoeken naar nieuwe wegen en kansen om vragen van cliënten te beantwoorden. Dan is het handig om te weten welke activiteiten, mogelijkheden en contactpersonen er in de directe omgeving aanwezig zijn. De

---

<sup>5</sup> Eric Krijger, NIZW Zorg, Innovatieprogramma Wonen en Zorg (IWZ)

activiteiten die de begeleider hiervoor moet ondernemen zijn te vergelijken met die van huismoeders of huisvaders. Ook zij proberen er op natuurlijke wijze voor te zorgen dat de kinderen het in de woonomgeving naar hun zin hebben. Dit is vaak een kwestie van het gezond verstand gebruiken en initiatieven durven nemen. Begeleiders dienen los te komen van het instituutsdenken, waar het aanbod als vanzelfsprekend al geregeld is. Het blijkt dat dit medewerkers die zelf al gezinservaring hebben, goed afgaat. Zij pakken de verantwoordelijkheid snel op om hier zelfstandig inhoud aan te geven.

Begeleiders werken alleen. Dat maakt het voor het locatiemanagement lastig om de kwaliteit van de individuele zorgverlener te toetsen. Zij stimuleren dat begeleiders over het werk praten, zonder het de stempel roddelen te geven. Dat kan vorm krijgen in de overhead-uren of in besprekingen die elke twee weken plaatsvinden, alternerend werkoverleg en zorginhoudelijk overleg. Locatiemanagers nemen hieraan deel en kunnen reageren op de inbreng. Daarnaast vinden er geregeld begeleidingsgesprekken met begeleiders plaats en elk jaar een functioneringsgesprek.

Begeleiders hebben er geen probleem mee om allerlei verschillende werkzaamheden te verrichten. Uitgangspunt is het runnen van de huishouding, en daar horen nu eenmaal ook huishoudelijke taken bij. Het is de opzet om deze taken samen met de bewoners uit te voeren, als dat niet actief kan, dan passief. Dat wil niet zeggen dat het allemaal even makkelijk verloopt: koken is voor sommige begeleiders lastig omdat zij dit nooit hebben gedaan. Desondanks staat men hier open voor en willen zij dit graag leren. Een extern bedrijf draagt zorg voor de zwaardere schoonmaakklassen. Begeleiders waarderen het werken in de groepswoonings enorm. Zij hechten veel waarde aan de vrijheid, zelfstandigheid en autonomie die zij in de dagelijkse praktijk hebben. Dat geeft hun de mogelijkheid om die keuzes te maken en prioriteiten te stellen die bewoners aangeven, zonder gehinderd te worden door de invloed van de instellingsroutine. Het ziekteverzuim is laag. Als enige knelpunt geldt het versnipperde dienstenpatroon dat in exitinterviews soms als reden voor vertrek wordt genoemd.

Binnen de woningen komen bij medewerkers drie functieniveaus voor:

- de assistent wonen op het tweede functieniveau met werkzaamheden gericht op huishoudelijke taken en assiserende zorgtaken;
- de medewerker wonen op het derde of vierde functieniveau ten behoeve van zorgtaken;
- de begeleider wonen vierde of vijfde functieniveau die naast zorgtaken tevens persoonlijk begeleider is voor een viertal cliënten.

### ***Wat zijn de ervaringen?***

Begeleiders werken alleen als er bewoners in de woning aanwezig zijn, dat wil zeggen op 'werkdagen' voor 10.00 uur en na 16.00 uur (in het weekend, op vakantie- en feestdagen worden werktijden aangepast). Door deze structuur ontstaan versnipperde diensten en aanstellingen, wat medewerkers niet altijd prettig vinden. Het werken met één team is dan een voordeel, omdat hierdoor een aantrekkelijker dienstenpatroon te creëren is. Bovendien geeft het de organisatie meer flexibiliteit bij de inzetbaarheid van begeleiders. In de praktijk ontstaat gewoonlijk wel een patroon van wie waar werkt.

### **Tips**

De omslag in denken, handelen vanuit levenswijsheid in plaats vanuit instituutdenken, is door vrijwel iedereen gemaakt, ook door medewerkers van de 'oude stempel'. Deze zagen de positieve effecten die het wonen in de wijk heeft op bewoners. Indien de gevraagde zelfstandigheid niet te verenigen is met persoonskenmerken, haakt men af. In dat geval kan een begeleidingstraject naar een arbeidsplek elders plaatsvinden. Het lijkt alsof de begeleiders van de voormalige semi-murale zorg (de fusiepartner) het relatief moeilijk hebben. Niet zozeer om de gevraagde vaardigheden uit te oefenen, maar om een plek binnen de organisatie te veroveren. Zij hebben meer het gevoel opgeslokt te zijn door de grotere intramurale partner.

Het locatiemanagement let naast het opleidingsniveau erg op persoonskenmerken bij het aanstellen van medewerkers. Levenservaring en -wijsheid en goede omgangsvaardigheden blijken van belang te zijn om aan zorg inhoud te geven. Cliënten maken deel uit van de lokale gemeenschap en juist de mogelijkheid tot interactie hiermee wil men benutten. Elke cliënt heeft andere vragen, wat vraagt om specifieke oplossingen. En dat vraagt om een flexibele geest.

Om de visie op zorg bij medewerkers te verduidelijken en hen deze eigen te laten maken, heeft Vizier (een organisatie die diensten verleent aan mensen met een verstandelijke handicap in 3 zuidelijke regio's) met een extern bureau een scholingstraject opgezet. In acht dagdelen is met alle medewerkers gesproken over de achtergronden van de veranderingen en de consequenties die dit heeft voor de eisen aan de persoonlijke vaardigheden. Daarbij was onder andere aandacht voor de vraag: kun je zelf problemen oplossen of leg je dit bij anderen neer?

## **2.2 Outreachende hulpverlening <sup>6</sup>**

### **Achtergrond**

Outreachende hulpverlening is als manier van werken lange tijd uit het vizier geweest. Het was belast met negatieve associaties van bevoogding en betutteling uit het verleden. Nu keert het gedachtegoed langzaam weer terug. Daarbij wordt de noodzaak onderkend om deze manier van werken opnieuw onder de loep te nemen en te bezien wat het in de huidige tijd voor betekenis kan hebben en hoe het kan worden aangepast aan de nieuwe inzichten en eisen van de moderne tijd.

Het Oranje Fonds gaf aan het NIZW onder meer opdracht om gegevens te verzamelen over de competenties die hulpverleners – en in het bijzonder maatschappelijk werkers – nodig hebben om dit type werk te kunnen doen. Dienen ze over specifieke competenties te beschikken, zijn dat nieuwe competenties, zijn die aan te leren?

### **Waar gaat het om?**

Outreachende hulpverlening wordt ingezet voor mensen die tussen wal en schip vallen: mensen die kampen met een veelheid van problemen, variërend van verslaving, psychiatrische problemen, schulden, depressie, dementie, vervuiling tot vereenzaming, maar die géén (adequate) hulp ontvangen.

---

<sup>6</sup> Lia van Doorn, NIZW Sociaal Beleid

Hulpverlening kan als outreachend worden aangemerkt als hulpverleners een proactieve houding aannemen en op pad gaan om contact te leggen met klanten die anders buiten beeld blijven. Daarnaast heeft deze manier van werken vier specifieke kenmerken. Ten eerste werken outreachende hulpverleners nauw samen met professionals uit andere disciplines. Ten tweede zijn zij toegerust met specifieke hulpverleningsmethoden en -technieken, waarbij de meest in het oog springende is dat ze relatief veel tijd aan deze klanten kunnen besteden en, indien nodig, gedurende een lange periode. Ten derde worden er aan outreachend werken specifieke organisatorische voorwaarden gesteld. En ten slotte zijn er specifieke ethische dilemma's en legitimeringsvragen aan verbonden.

### ***Wat moet je kunnen?***

#### *Persoonlijke kwaliteiten*

De 'ideale' outreachende hulpverlener beschikt onder meer over de volgende kwaliteiten. De betreffende competenties zijn ten dele aan te leren en ten dele een 'gave'. Het is iemand die:

- een groot hart heeft en over levenservaring beschikt;
- een authentieke persoonlijkheid heeft en zich niet achter een aangemeten professionele rol verschuilt;
- oprecht geïnteresseerd is in de klant en echt wil weten wat deze ervaart en beleeft, wil en voelt. Iemand die goed kan luisteren, de goede vragen stelt en aandacht kan geven en die de taal van de omgeving spreekt;
- voelsprietten heeft, die intuïtie als leidraad neemt in het handelen;
- volhardend is en wil blijven investeren, oftewel iemand met een 'pitbull-mentaliteit';
- andermans (culturele) gewoonten en gebruiken respecteert en niet normerend is. Hij of zij neemt niet zichzelf als maatstaf voor hoe andere mensen moeten leven, is niet veroordelend en kan de ander in zijn of haar waarde laten;
- een pragmatische instelling heeft, straight reageert en niet snel geïntimideerd raakt door ruw taalgebruik of hoekige omgangsvormen;
- kan schakelen tussen de leefwereld van de klant en de systeemwereld van instanties.

#### *Stappen in het hulpverleningstraject*

Bij outreachende hulpverlening is er geen standaardaanpak mogelijk. Elke klant is uniek. Elke klant of situatie vraagt om andere stappen, aangepast aan het betreffende niveau en de wensen in kwestie en aan het individuele verloop van het proces. Daarnaast verloopt niet één traject met een klant hetzelfde. Meestal verlopen de trajecten grillig en zijn ze onvoorspelbaar. Desondanks is er wél een aantal bijzondere ingrediënten te onderscheiden die in vrijwel alle trajecten terugkeren en die outreachende hulpverlening haar specifieke 'smaak' geven: een aantal professionele vaardigheden en interventiestrategieën die outreachende hulpverleners in een bepaalde volgorde inzetten.

Bij outreachende hulpverlening wijkt met name het begintraject af van wat gebruikelijk is in de hulpverlening: de eerste contactlegging verloopt wezenlijk anders. Wanneer het contact eenmaal is gelegd – tijdens het vervolg van het hulptraject – is er evenwel nog steeds een verschil in werkwijzen te bespeuren die weliswaar minder in het oog springt.

- Signalen verzamelen  
Vooraleerst moeten nog-niet-bij-de-hulpverlening-aangemelde probleemsituaties bij outreachende hulpverleners in beeld komen. Het opsporen van cliënten is een cruciaal onderdeel van outreachende hulpverlening; ze melden zich per definitie niet uit zichzelf bij de hulpverlening, dus zijn er strategieën nodig om signalen op te vangen.
- Voorfase  
We zijn nu in de fase beland dat bij de outreachende hulpverleners een potentiële nieuwe klant is aangemeld. Dan moet er snel worden gehandeld, waarbij de klant in de thuissituatie wordt opgezocht. Maar dat betekent *niet* dat men er meteen op afstapt. Tussen het moment van aanmelding en het 'erop afgaan' zit een voorbereidingsfase die uit drie stappen bestaat: 1) een besluit nemen over het al dan niet verzamelen van voorinformatie (meestal nog buiten medeweten van de klant en daarom lastig in verband met de privacy), 2) een analyse maken van de situatie van de cliënt en besluiten of de klant geschikt is voor een outreachende aanpak, en 3) een strategisch plan van aanpak opstellen. Idealiter volgt er nog een evaluatie achteraf.
- Eerste contactlegging met de klant  
Het beeld bestaat dat binnenkomen bij een nieuwe klant soms zeer tijdrovend kan zijn. De ervaring leert echter dat dit in de meeste gevallen helemaal niet zo'n probleem is. Het gaat vaak zelfs onverwacht vlot: één keer aanbellen en de outreachend werker wordt gelijk binnengelaten. Dan breekt voor de hulpverlener het moment van de waarheid aan. De eerste zinnen die hij of zij uitspreekt zijn cruciaal. Naast wát er wordt gezegd, is de houding van de hulpverlener essentieel. Een gouden regel is dat de houding van degene die aanbelt standvastig en ontwapenend dient te zijn. De outreachende hulpverlener moet geloven in wat hij of zij doet en zichzelf ongevraagd bij de klant thuis uitnodigen alsof het de gewoonste zaak van de wereld is. Een hulpverlener die zich in wezen geneert om ongevraagd aan te bellen, straalt dat uit en komt daardoor niet gemakkelijk binnen. Een bepaalde mate van doortastendheid en brutaliteit is onontbeerlijk. Of zoals een hulpverlener het formuleert: 'We balanceren op de grens van het toelaatbare. We zijn opdringerig zonder onbeschoft te zijn.'
- Bij de klant thuis: signaleren en strategie bepalen  
Zodra een outreachende hulpverlener eenmaal bij de klant over de drempel is, geeft hij of zij ogen en oren goed de kost. Outreachende hulpverleners observeren, maken inschattingen en besluiten direct hoe te handelen en welke positie of strategie ze kiezen. Met andere woorden: ze schakelen telkens heen en weer tussen het metaniveau waarop ze analyseren en het niveau van praktisch handelen, waarbij ze welbewust verschillende rollen en interventiestrategieën inzetten.
- Aansluiten bij de directe noden van de klant  
De outreachende hulpverlener heeft nu reeds een inschatting gemaakt van wat hij of zij als de grootste problemen van de klant beschouwt. Hij of zij houdt echter de probleemdefinitie in deze fase nog 'onder de pet' en tracht te achterhalen wat de klant zelf als problemen ervaart en welke het meest urgent zijn. De probleemdefinitie van de klant krijgt in deze fase de volle aandacht. 'Kan ik iets voor u doen?' 'Zou u het niet fijn vinden als het gas en het licht weer worden aangesloten? Of als het huis eens flink zou worden schoongemaakt?' Bij deze 'u vraagt en wij

draaien'-opstelling hanteren outreachende hulpverleners een zeer ruime taakopvatting.

- **Aandacht voor het levensverhaal en emoties**  
In de doorsnee hulpverlening kunnen klanten hun verhaal – bij de intake – één keer vertellen. De klanten van outreachende hulpverlening hebben doorgaans een grote behoefte om hun verhaal te vertellen, desnoods tienmaal opnieuw. De hulpverleners moedigen hen hiertoe aan door te vragen hoe zij de situatie ervaren, hoe zij de problemen zien en wat zij denken dat eraan gedaan kan worden. Ze geven hun klanten ook ruim de tijd om hun frustraties en onmacht te spuien: ze horen scheldkanonnades aan, met name over officiële instanties, en tonen begrip voor het gezichtspunt van de klant.
- **Problemen ontrafelen en crisissen in perspectief plaatsen**  
Een kenmerk van veel klanten van outreachende hulpverlening is dat in de kluwen van problemen waar ze mee kampen er elke keer weer andere combinaties van problemen hoog oplopen: ze hollen van de ene crisis naar de andere en verkeren in een emotionele achtbaan. Binnen de outreachende hulpverlening neemt het in het juiste perspectief plaatsen van deze 'crisissen' een belangrijke plaats in.
- **Achterliggende problemen bespreekbaar maken**  
Met het voortschrijden van het hulpverleningstraject breekt de fase aan waarin niet meer alléén de directe noden van de klant richtinggevend zijn. Dan poogt de hulpverlener met de klant in gesprek te komen over de achterliggende problemen zoals hij of zij die op basis van professionele vaardigheden inschat. De agenda die tot dan toe verborgen is gehouden, komt op tafel. Dan is het moment aangebroken dat de hulpverlener wél gaat proberen om de klant te veranderen. De outreachende hulpverlener begint voorzichtig met de klant te onderhandelen: over wat de klant zelf wil dat er voor hem of haar wordt gedaan en over wat de hulpverlener vindt dat goed is voor hem of haar.
- **Betrouwbaarheid, transparantie en tempo**  
De klanten zijn in de regel argwanend. Outreachende hulpverleners trachten die argwaan weg te nemen door volkomen betrouwbaar te zijn in woord en daad: ze waken ervoor alle afspraken na te komen, nooit te laat te komen en niets te beloven wat ze niet kunnen waarmaken. Oftewel: 'Zeggen wat je doet en doen wat je zegt.' De klanten zijn daar uitermate gevoelig voor. Wanneer ze de hulpverlener op een leugen of een slordigheid zouden betrappen, kan het contact acuut weer worden verbroken.
- **Kleine stappen en tastbare resultaten**  
Outreachende hulpverleners werken zo veel mogelijk in kleine stappen en met tastbare resultaten. Doelen moeten in eerste instantie niet te hoog worden gesteld, maar realistisch en haalbaar zijn. Het ambitieniveau met deze klanten ligt in aanvang meestal lager dan bijvoorbeeld bij klanten voor het algemeen maatschappelijk werk. Er worden kleine, concrete doelen gesteld. Wanneer de eerste bescheiden doelen zijn behaald, worden de geboekte successen uitgebreid benoemd en kan een volgend doel worden gesteld.
- **Empowerment**  
Een wezenlijk onderdeel van de interventies van outreachende hulpverleners is het versterken van het zelfvertrouwen en de eigenwaarde van de klanten, aangezien klanten vaak een laag zelfbeeld hebben. De hulpverleners laten elk contact met de klant gepaard gaan met welgemeende complimenten, zoals: 'Dan houdt u het hier

in huis toch nog netjes schoon, zo zonder aansluiting van water en elektriciteit.' Men is er ook uitermate alert op om in het contact de klant niet de diskwalificeren.

- Bemiddelen tussen de klant en de omgeving  
Outreachinge hulpverleners hebben veel aandacht voor het levensverhaal van klanten en voor hun gezichtspunten. Maar ze besteden ook aandacht aan de andere kant van de medaille. Ze proberen bij klanten begrip te kweken voor reacties en gezichtspunten van anderen. Door te 'spiegelen' proberen ze hun klanten duidelijk te maken hoe hun gedragingen uitwerken op instanties, ambtenaren of hulpverleners of ze proberen hun duidelijk te maken waarom de buurtbewoners op een bepaalde manier op hen reageren. Omgekeerd pogen ze bij de betreffende instanties en bij buurtbewoners begrip te kweken voor het gezichtspunt en gedrag van de klant, om zo bij hen een soepelere opstelling of grotere tolerantie ten aanzien van de klant te bewerkstelligen. De hulpverleners vervullen dus tevens de rol van relatiebemiddelaar of intermediair tussen de leefwereld van de klant en de systeemwereld.
- Motiveren en overtuigen  
Hoe kunnen onwillige klanten worden gemotiveerd? Een outreachende hulpverlener zegt daarover: 'Het is de uitdaging voor de begeleider om ervoor te zorgen dat de klant het leuk vindt dat je komt en dat je blijft komen.'  
Klanten laten zich in de regel niet zo gemakkelijk overtuigen.
- Een goede balans  
Outreachinge hulpverleners zijn evenwichtskunstenaren. Ze bewegen zich op de grenzen van het toelaatbare en balanceren tussen uitersten. Ze dienen in het contact met klanten een juiste balans te vinden tussen meeverten en grenzen stellen; tussen volgen en leiden; tussen sanctioneren en belonen en tussen persoonlijke betrokkenheid en distantie.
- Afsluiten van het contact  
Het contact met klanten kan op verschillende manieren worden afgesloten. Soms haken klanten voortijdig af. In zulke situaties doet de hulpverlener veel moeite om 'goed uit elkaar te gaan'. Wanneer klanten niet voortijdig afhaken, dringt de vraag zich op wanneer het moment is aangebroken dat het contact wordt beëindigd en hoe het wordt beëindigd. Bij outreachende projecten wordt geen eenduidige termijn gehanteerd voor de hulpverleningsduur. Dat is ook niet wenselijk, want één van de aspecten van deze manier van werken is dat er – indien nodig – per klant meer tijd beschikbaar is. De tijdsduur is in principe flexibel, in tegenstelling tot wat bij andere vormen van hulpverlening het geval is, waarbij de tijd gelimiteerd is.

### ***Wat zijn de ervaringen?***

We richten ons hier op één aspect van outreachende hulpverlening, namelijk op de inhoud van de professionele gereedschapskist van de hulpverleners. Over welk instrumentarium en handelingsrepertoire dienen ze te beschikken? De competenties van outreachende hulpverleners bestaan enerzijds uit kennis en vaardigheden die aangeleerd kunnen worden. Anderzijds is er een palet van persoonlijke eigenschappen, drijfveren en attitudes die minder eenvoudig aan te leren zijn. Men beschikt er wel of niet over, maar kan ze – als men ze al heeft – wel verder

ontwikkelen. Bij outreachende hulpverlening zijn met name de laatstgenoemde eigenschappen zwaarwegend, en misschien wel van doorslaggevend belang.

### **Persoonlijke drijfveren**

Outreachende hulpverleners hebben een sterke affiniteit met de weerbarstige, kleurrijke klanten uit de rafelrand van de samenleving. Ze kunnen juist goed overweg met klanten die veel andere hulpverleners als onhandelbaar of ongemotiveerd betitelen. Daarnaast trekt de manier van werken die kenmerkend is voor outreachende hulpverlening hen aan. Dat blijkt uit opmerkingen als: 'Ik houd van dit type werk, dat losse en ongeregelde. Dan heb je meer vrijheid.' Of: 'Ik ben niet zo van dat strakke, van dat maatschappelijk werk vanachter het bureau.' Wat outreachende hulpverleners in de projecten gemeen hebben, is een grote behoefte aan handelingsvrijheid en beslissingsbevoegdheid. Het zijn pioniers. Het meest in het oog springende kenmerk van outreachende hulpverleners – en misschien wel de belangrijkste competentie voor deze manier van werken – is dat ze een sterke drive hebben, een grote innerlijke noodzaak ervaren om zich om anderen te bekommeren. Desnoods ongevraagd. Het 'bemoeien' zit hen als het ware in het bloed.

Outreachend hulpverlenen is een kunst. Het is niet iedereen – geschoolde hulpverlener of niet – gegeven om dat in de vingers te krijgen. In de projecten kwamen enkele outreachende hulpverleners gaandeweg tot de conclusie dat deze manier van werken hen niet op het lijf geschreven is. Ze kwamen bijvoorbeeld tot de ontdekking dat de strategische kant van outreachend werken, zoals netwerken en nadenken over, hen beter lag dan het gedeelte van het klantencontact. Ze geneerden zich om zich ongevraagd bij klanten op te dringen en hadden moeite met ongemotiveerde houdingen of 'onaangepaste' gedragingen van klanten. Kortom: zij beschikken over andere competenties dan welke nodig zijn voor outreachende hulpverlening.

### **Tips**

In enkele projecten wordt outreachende hulpverlening verricht door vrijwilligers zonder hulpverleningsachtergrond. Ze worden streng geselecteerd bij de intake, waarbij er een deel afvalt omdat ze niet geschikt (lijken te) zijn. De overblijvers krijgen een intensieve training om hen op het outreachend werken voor te bereiden. Sommige vrijwilligers blijken zich tot ware natuurtalenten te ontpoppen: gouden krachten die het helemaal in de vingers hebben. Het feit dat ze niet geschoold zijn in het hulpverlenersvak maakt dat ze authentiek blijven, dat ze zich (nog) geen stereotiep hulpverlenersgedrag hebben aangemeten en dat draagt er in hoge mate toe bij dat ze bij de gezinnen kunnen binnenkomen. Ook het feit dat goede vrijwilligers zich er vaak niet van bewust zijn hoe goed ze zijn, blijkt een belangrijk aspect te zijn: daardoor blijven ze naast het gezin staan in plaats van zich erboven te stellen.

## **2.3 Planmatig werken in de maatschappelijke opvang<sup>7</sup>**

### **Achtergrond**

De afkorting 8FM staat voor 8-fasenmodel, een methode die het NIZW speciaal heeft ontwikkeld voor de maatschappelijke opvang voor planmatig werken met individuele cliënten. Het 'nieuwe' aan de methode is het inbedden van individueel en planmatig werken op afdelingen van maatschappelijke opvang, zodat het ad hoc werken wordt vervangen. De behoefte aan systematischer werken in de maatschappelijke opvang komt in de eerste plaats door de steeds complexer wordende hulpvragen van de cliënten. Er is steeds vaker sprake van meervoudige problematiek: een combinatie van problemen op de leefgebieden huisvesting, gezondheid, financiën, psychisch functioneren, sociaal functioneren en dagbesteding. In de tweede plaats wordt er van de maatschappelijke opvang verwacht dat deze zich meer gaat richten op doorstroom en uitstroom van cliënten naar zo zelfstandig mogelijk wonen (vermaatschappelijking). Dit vergt een activerende, trajectmatige, doelgerichte benadering: samen met de cliënt plannen maken met haalbare doelen en concrete afspraken. Ten derde vervagen de grenzen tussen sectoren steeds meer en zal de maatschappelijke opvang zelf ook AWBZ-zorg kunnen gaan leveren en dan geconfronteerd worden met de bijbehorende kwaliteitseisen: zorg die cliëntgericht, effectief en efficiënt is. Werken volgens het 8FM zal daarbij behulpzaam kunnen zijn.

### **Waar gaat het om?**

In het 8FM wordt het primaire proces van de individuele begeleiding van een cliënt opgedeeld in een aantal fasen: van aanmelding tot en met uitstroom/vertrek. Elke fase bestaat uit bepaalde structurele activiteiten. Elk van deze activiteiten is bekend en uitgeschreven in een '8FM-afdelingshandleiding':

- wat (taken)?
- wie (verantwoordelijken)?
- wanneer (planning)?
- waar (plaats)?
- waarmee (instrumenten, formulieren, checklists)?
- hoe (kwaliteitseisen)?

Werken met het 8FM biedt als voordelen:

- inzichtelijkheid: het primaire proces wordt inzichtelijker voor medewerkers, cliënten en externe samenwerkingspartners;
- vraaggerichtheid: in een van de fasen gaat het om de analyse van de hulpvraag. Door goed overleg met de cliënt kan men de meest relevante onderdelen selecteren voor de aanpak;
- doelgerichtheid: het formuleren van concrete, haalbare doelen staat in een van de fasen centraal;
- doelmatigheid: als de cliënt en de verschillende hulpverleners allemaal aan dezelfde doelen werken en van elkaar weten wie wat doet, werkt men efficiënter;
- samenwerking: verslaglegging en overleg over de voortgang van de begeleiding, hoe beperkt ook, bevordert de afstemming en de samenwerking.

---

<sup>7</sup> Daan Heineke, NIZW Sociaal Beleid

### ***Wat moet je kunnen?***

De medewerkers verschillen nogal in hun opleidingsachtergrond, hun competenties en hun affiniteit met activiteiten. De basisvaardigheden zullen in de eerste plaats door middel van een gerichte 8FM-training aangeleerd worden. Daarnaast is 'training on the job' essentieel: coaching door de projectleider en/of de teamleider. Gezien de heterogeniteit van competenties kan de projectleider de werkers heel gericht feedback geven. De volgende competenties zijn van belang:

- inzicht in het 8FM en kennis van de wijze waarop de instelling afspraken heeft gemaakt over de organisatie van het primaire proces;
- goed kunnen observeren;
- kort en krachtig het functioneren van de cliënt kunnen beschrijven;
- doelen en acties (interventies) in begeleidingsplannen kunnen formuleren;
- gesprekken met de cliënt kunnen voeren (cliënt op het gemak stellen, een vertrouwensrelatie opbouwen, spreken over het functioneren en over wensen en doelen);
- in staat zijn te overleggen met collega's en externe hulpverleners;
- in staat zijn zelfstandig en gestructureerd te werken: niet wachten tot de deadline of de aanmaning van de teamleider, maar zelf het initiatief nemen om de noodzakelijke en afgesproken stappen in het begeleidingstraject te zetten.

De belangrijkste opgave bij het planmatig werken is het begeleidingsplan te verbinden met en te integreren in de begeleiding(sinterventies): om zodanig te werken aan een begeleidingsplan dat het een instrument is waarmee begeleiding concreet vorm krijgt in het leven van alledag en het geen papieren schets blijft.

### ***Wat zijn de ervaringen?***

De vier belangrijkste knelpunten die zich in de praktijk voordoen zijn een tekort aan draagvlak, tijdgebrek, dominantie van het groepsgericht werken en de cultuur van ongestructureerd overleg.

#### *Tekort aan draagvlak*

Werken volgens het 8FM blijkt vooral voor uitvoerend werkers een cultuuromslag te betekenen. Een aantal van hen voelt niet voor uniformering. Zij hebben op eigen wijze een eigen, relatief autonome werkstijl ontwikkeld. Zij gaan uit van groepsgericht werken, werken graag in chaos en gaan uit van intuïtie en gevoel. Weerstand tegen administratieve handelingen en uniformering van de werkwijze lijkt voor een deel samen te gaan met competentietekorten ten aanzien van planmatig werken. Anderen zijn juist toe aan die structurering en voelen zich eindelijk gesteund door een methodische kapstok.

Teamleiders hebben al eerder pogingen gedaan om het primaire proces verdergaand te structureren. Veranderingen bleken erg persoonsafhankelijk en weinig duurzaam te zijn.

#### *Tijdgebrek*

Over het algemeen ervaart men een sterk gebrek aan tijd. Cliënten hebben vaak een grote begeleidingsbehoefte. Daarnaast vraagt de dagelijkse routine in de soms grote groepen (enkele tientallen) cliënten ook de nodige tijd en aandacht.

### *Dominantie van het groepsgericht werken*

Het individueel gericht werken (mentortaken) staat dagelijks onder grote druk: regelzaken, toezicht, beheer, dagelijkse routine, groepsklimaat, regelhandhaving en overdracht kosten vaak veel tijd. Bij tijdgebrek gaat de dagelijkse routine voor: 'Alleen als het rustig is, kom je aan mentortaken toe, dat wil zeggen als de bewoners rustig zijn en er voldoende personeel is.'

### *Ongestructureerd overleg*

In de praktijk blijken overlegvormen niet duidelijk geregeld te zijn. De individuele cliëntbespreking, methodiekbepreking, werkoverleg en teamsamenwerking lopen vaak door elkaar heen. Voorbereiding is niet mogelijk, verslaglegging komt slecht van de grond ('Niemand heeft zin in notuleren'). Het hangt af van de teamleider of er sprake is van enige ordening in de bespreking en de besluitvorming. Door de gebrekkige overlegstructuur gaan veel te veel kostbare uitvoeringsuren verloren.

### **Tips**

Het invoeren van een methode als het 8FM kost veel tijd. Men denke hierbij aan 9 maanden. Dan pas kan er voluit met het model worden gewerkt. Wat moet er in die 9 maanden zoal gebeuren?

### *Draagvlakversterking*

Het management zal heel duidelijk moeten maken aan de medewerkers wat het doel is van invoering van de methode, wat het van de medewerkers verwacht en hoe het de invoering zal faciliteren. Door het formeren van een breed samengestelde werkgroep kunnen medewerkers vanaf het begin bij dit proces worden betrokken. Die extra inspanningen mogen niet ten koste gaan van het uitvoerend werk. Tijdens het invoeringsproces is regelmatige communicatie tussen management en medewerkers op zijn plaats.

### *Projectleider*

Er zal een capabele projectleider geworven moeten worden, het liefst intern. Iemand die bekend is met de organisatie en die projectmatig kan werken. De projectleider moet vrijgesteld zijn voor het project en wel minimaal 4 uur per week per afdelingsteam. De projectleider volgt aan het begin van het invoeringsproces een training. Tijdens het gehele invoeringsproces ontvangt de projectleider externe ondersteuning en wisselt hij of zij ervaringen uit met andere 8FM-projectleiders (van andere instellingen).

### *Middelen*

Het faciliteren van de invoering gebeurt op verschillende manieren. Voorwaarden zijn een goede rapportage, voldoende pc's en een rustige ruimte om administratieve handelingen te verrichten. Voor individuele begeleiding is een rustige gespreksruimte nodig, zeker als de eigen kamer van de cliënt zich daar niet voor leent.

### *Mentorsysteem*

Vanzelfsprekend moet er bij een individuele benadering gewerkt worden met een mentorsysteem. Een mentor fungeert als aanspreekpunt voor de cliënt en werkt samen met de cliënt aan begeleidingsplannen. Om dat goed te kunnen doen, heeft de

mentor voldoende tijd nodig. Men kan werken met aparte mentordagen, met dubbele diensten (waarbij een van de werkers mentoractiviteiten kan uitvoeren) of met aparte mentorfunctionarissen zonder groepstaken.

#### *Efficiënte overlegstructuur*

Om efficiënt met de kostbare (plenaire) tijd om te gaan, is een heldere overlegstructuur noodzakelijk. Plenaire besprekingen vinden alleen plaats als het niet op een andere manier kan (bijv. via overdracht). Medewerkers moeten precies weten welke onderwerpen waar aan de orde komen. Dit vergt nogal wat vergadertechnische vaardigheden van een teamleider. Hetzelfde geldt voor verslaglegging. Ook hier is structurering nodig, waarbij alleen dat wat later bruikbaar is of kan zijn, wordt vastgelegd.

## **2.4 Zorg voor ouderen in zorgcentrum en zorgwoningen op één locatie<sup>8</sup>**

### **Achtergrond**

In Landgraaf op de locatie Heereveld, onderdeel van de stichting Dormig, midden in de bebouwing van het dorp, vindt zorg aan ouderen op twee manieren plaats: op de traditionele wijze in het zorgcentrum Heerehof en, sinds een jaar, op vernieuwende wijze aan cliënten die in aanpalende zorgappartementen wonen. Twee werelden van verschil die met een gang met elkaar verbonden zijn. Dat levert vergelijkingsmateriaal op.

### **Waar gaat het om?**

Wie met welke zorgvraag waar woont, maakt voor Heereveld niet uit. Dat hangt meer af van de eigen voorkeur van de cliënt of van toevallige omstandigheden: daar waar plaats is. Alle cliënten hebben een verzorgingshuisindicatie, dat trekkingsrechten geeft voor een verblijf in het complex met gegarandeerde zorg. Dat geldt zowel voor de 90 bewoners die in het zorgcentrum wonen als voor de 31 mensen die in de appartementen wonen.

Voor de mensen die in de appartementen wonen, geldt dat wonen en zorg financieel zijn gescheiden. Het scheiden van wonen en zorg is een manier om mensen hun eigen leven te laten leiden. Ze wonen immers in hun eigen huis, dat geen eigendom meer is van de zorgorganisatie. De cliënt woont achter zijn of haar eigen voordeur en heeft daar een volwaardig appartement ter beschikking. Net als in de thuiszorg komt er een medewerker van Dormig op bezoek om zorg te verlenen. Deze opzet geeft de cliënt autonomie. Dat leidt niet alleen tot het stellen van andere zorgvragen, niet meer begrensd door het aanbod van het zorgcentrum, maar leidt bij begeleiders ook tot een meer respectvolle omgang met cliënten.

Dormig heeft berekend dat cliënten met een verzorgingshuisindicatie bij hen gemiddeld ongeveer 2 uur zorg per dag krijgen. Daar zit alles in: zorg, ondersteuning en welzijn. In het verzorgingshuis leidt dit tot een werkwijze waarbij een zekere mate van routine ontstaat. Juist de compacte opzet, met inbreng van ondersteunende diensten, bepaalt in hoge mate de structuur, dagindeling en voortgang. Dit leidt tot

---

<sup>8</sup> Eric Krijger, NIZW Zorg, Innovatieprogramma Wonen en Zorg (IWZ)

de zo kenmerkende uniforme uitstraling en structuur die we in zorgcentra tegenkomen. Dit spreekt cliënten niet meer aan. Zij willen een eigen leven leiden zonder de dominerende invloed van het zorgsysteem te ervaren. Voor de cliënten die in de appartementen wonen, is gemiddeld 2 uur begeleiding per dag uit het zorgcentrum ter beschikking. Het verschil met het verzorgingshuis is dat cliënten dit, in overleg met de begeleider, volledig naar eigen inzicht kunnen invullen. Dat leidt tot zeer diverse vragen, waarbij het accent, naast het verrichten van zorgtaken, veel meer komt te liggen op de kwaliteit van wonen en leven. Nu is er ruimte om een bezoek te brengen aan de markt, om de hond – die onmisbaar is voor de cliënt – uit te laten, voor de verzorging van de vogelkooi, het maaien van het gras, een ritje met de auto, of om de ramen te lappen.

### ***Wat moet je kunnen?***

Het verschil met het werken in het zorgcentrum is dat de begeleider in de eigen woning van de cliënt komt. Hij of zij is daar te gast. In de traditionele situatie is de woonplek van de cliënt tevens de werkplek voor de begeleider. En deze gaat die plek ook als zodanig inrichten: met een prikbord voor de mededelingen, een overdrachtenklapper en samenscholing van medewerkers. De nieuwe situatie leidt als vanzelfsprekend tot ander gedrag van de begeleider. De behoefte om voor alle cliënten een structuur in de dagindeling op te bouwen, zoals in het zorgcentrum het geval is, speelt niet. In de nieuwe situatie gaan de begeleiders in op individuele vragen die cliënten stellen.

Bovendien heeft de begeleider de cliënt nodig om aan de begeleiding inhoud te geven. Cliënt en begeleider veronderstellen elkaars inzet, of anders gezegd: de cliënt produceert mee. Van deze wederzijdse afhankelijkheid is in het zorgcentrum nauwelijks sprake. Daar liggen het dossier en de rapportage in de zusterpost klaar ter inzage. Daar treft men ook collega's aan die snel de benodigde informatie geven. Overdracht van relevante gegevens vindt nu plaats in de woning van de cliënt zelf. Daar ligt het zorgdossier en dat maakt dat de begeleider en cliënt met elkaar in gesprek raken over allerlei zaken. De cliënt is de informatiebron over zijn of haar eigen situatie. Dat leidt tot een vragende en geïnteresseerde attitude bij de begeleider. Verhalen van cliënten komen zo veel beter op tafel, wat tot een grote betrokkenheid leidt. Luisteren naar wat cliënten te vertellen hebben is een belangrijke vaardigheid geworden. De begeleider gaat samen met de cliënt na hoe deze zijn of haar kwaliteit van wonen wil invullen. De cliënt doet zijn of haar zegje en laat zich niet meer door het zorgsysteem onmondig verklaren. Dat leidt tot zorg op maat in plaats van tot een eenheid in handelen.

### ***Integraal takenpakket***

Cliënten die met een verzorgingshuisindicatie in de appartementen wonen, koesteren hun autonomie. De situatie aan de overkant is geen lokkend perspectief. Zij willen hier graag blijven wonen nu zij de benodigde zorg zo makkelijk ter beschikking krijgen. Een voorwaarde is dat cliënten een antwoord krijgen op vragen die met welbevinden te maken hebben, met kwaliteit van leven. Het is aan de begeleider om hierin flexibel met de cliënt mee te gaan. In het zorgcentrum zijn de taken per discipline verdeeld. Een zorgmedewerker zal daar niet zo snel schilderijtjes ophangen of gaan koken. In de nieuwe situatie voert de begeleider in principe alle voorkomende taken uit: zorg, maar ook andere mensen ontmoeten, ontspanning, uitoefenen van de

hobby of betekenis geven aan bepaalde waarden voor de cliënt. Vanuit het perspectief van kwaliteit van leven vinden begeleiders het geen probleem om hier invulling aan te geven. Ook niet als zij taken moeten uitvoeren waarvoor zij te hoog of anders zijn opgeleid. Voor medewerkers is dit een bevredigende manier van werken. De werkdruk ervaart men als veel lager, er is minder gejaagdheid, uniformen horen hier niet thuis.

### ***Wat zijn de ervaringen?***

Het is opmerkelijk hoe gemakkelijk deze omslag bij medewerkers is verlopen. Bij de start van het project zijn begeleiders op de te hanteren visie van vraaggerichte zorg geselecteerd. De organisatie heeft één reflectiedag georganiseerd. Men benadert het als een leerproces: fouten maken mag. Het afleren van de bureaucratie en gehospitaliseerd gedrag (bij begeleiders) gaat niet in één keer. In het begin wilden medewerkers alles beschrijven, vastleggen. Daardoor dreigde er weer een systeem te ontstaan, wat men juist wilde voorkomen. De hang naar een traditionele vormgeving is hardnekkig. Door hier open over te praten, kan men hier lering uit trekken. Overigens wil Dormig dit vernieuwende concept ook in het zorgcentrum aan de overkant gaan toepassen.

### ***Conclusies***

De voorgaande casussen zijn voorbeelden van projecten die verschillende centra binnen het NIZW op het gebied van vermaatschappelijking uitvoeren. Beroepsbeoefenaren zullen door de vermaatschappelijking meer aandacht moeten besteden aan kennis en vaardigheden waarover zij van oorsprong niet of niet voldoende beschikken. We brengen een aantal opvallende aspecten voor het voetlicht die we hebben ondergebracht in zes competenties.

### ***Reflecteren op normen en waarden en gedrag in het werk***

Reflecteren is een belangrijke vaardigheid. In de verschillende casussen komen eigen en andermans normen en waarden aan bod en zoekt men naar een uitgangspunt voor het werk: hoe zou je het thuis doen binnen je eigen gezin? (wonen in de wijk), andermans culturele gewoonten en gebruiken respecteren (outreachinge hulp), te gast zijn bij de bewoner (zorgwoningen). Voor de verzorgenden in het kleinschalige wonen is het 'luisteren naar wat cliënten te vertellen hebben' een belangrijke nieuwe vaardigheid geworden. In het 8-fasenmodel heeft de heersende norm in het werk ('werken graag in chaos') verwantschap met de normen en waarden van de doelgroep. Dit lijkt echter eerder een belemmerende dan een bevorderende factor in het werk te zijn. De outreachende hulpverlener respecteert zoals gezegd andermans (culturele) gewoonten, is niet normerend en laat de ander in zijn waarde. Gezien de kenmerken van de doelgroep helpt het als de afstand tussen eigen en andermans leefsituatie niet al te groot is. De outreachende hulpverlening vult de zelfreflectie aan met de normen en waarden van de omgeving. Deze 'spiegelt' men naar de klant: wat is het effect van het gedrag van de bewoner op anderen? Op die manier kunnen ook de eigen normen als het ware meegenomen worden in die van de buurt.

### ***Planmatig werken vanuit de samenhang van de cliënt***

Planmatig werken wordt in de zorg- en welzijnssector nogal eens geassocieerd met institutioneel blauwdrukdenken of een knellend professioneel corset van bevoogding en betutteling. Vanuit de samenhang van de cliënt krijgt planmatig werken een andere betekenis. Het 'runnen van de huishouding' (wonen in de wijk) is hier een goed voorbeeld van.

Er zijn wel verschillen tussen de casussen. In het 8-fasenmodel lijkt methodisch werken een opstap om de cliënt/bewoner beter te kunnen bedienen: niet meer ad hoc werken en groepsgewijs, maar planmatig, individueel en samen met de cliënt. Wat de uitkomst van de acht fasen voor de bewoners zal zijn, weten we nog niet. Bij de outreachende hulpverlening is improvisatie een belangrijke competentie en is 'geen standaardaanpak mogelijk. Elke klant is uniek'. Toch werkt men in de praktijk zeer systematisch en methodisch een bepaald traject uit. Systematisch werken en improviseren hoeven elkaar dus niet te bijten zolang men de logica van de cliënt als vertrekpunt neemt: gas en licht aansluiten komt voor de hulpvraag aan de orde stellen. De combinatie van improviseren en structureren zou de werkers in de maatschappelijke opvang ten goede kunnen komen. Een aantal van hen vindt methodisch werken gelijk aan uniformering (is slecht!) en strijdig met de 'eigen relatief autonome werkstijl'. Hier herkent men de ongrijpbaarheid – kenmerk van onprofessionaliteit – die delen van de zorg- en welzijnssector beheerst. Bij de beschrijving van het 8-fasenmodel valt verder op dat bij het planmatig werken ook de wensen van de organisatie aan bod komen, namelijk het beleid om de door- en uitstroom uit de opvangvoorziening te bevorderen. Dit kan in de praktijk wel eens tot dilemma's leiden, omdat de wensen van de bewoner en die van de organisatie kunnen conflicteren.

### ***Integraal werken en samenwerken***

Integraal werken veronderstelt de aanwezigheid van een ruime taakopvatting. In alle casussen is die aanwezig. Bij de outreachende hulpverlening is die – gemeten naar de agogische aard van de interventie (het blijft immers hulpverlening) – zeer ruim. Integraal werken is ook een wezenlijk onderdeel van de twee casussen rond de normalisering van het wonen (wonen in de wijk, zorgcentrum en zorgwoningen). De klassieke taakverdeling van het intramurale instituut (huishoudelijke assistentie naast verzorging naast activiteitenbegeleiding) heeft plaatsgemaakt voor een integrale benadering van alledrie facetten door de beroepsbeoefenaar (vaak verzorgenden). De verzorgende in het kleinschalige wonen 'verzorgt' niet alleen de bewoners, maar begeleidt hen ook bij het zo zelfstandig mogelijk wonen. Omdat de ijzeren zekerheden van het verpleeghuis zijn weggevallen (iedereen om 12.00 uur aan tafel), moet de verzorgende leren om met de bewoner over het tijdstip van de maaltijd te communiceren en zo nodig te onderhandelen. Mede omdat de dilemma's toenemen, wordt de samenwerking met collega's – ook van andere disciplines – steeds belangrijker.

Samenwerking met andere disciplines zit in alle casussen, waarbij de vraag zich mogelijk vooral opdringt hoe de samenwerking van de outreachende hulpverlening met andere disciplines verloopt. De stijl van werken en de methodische uitgangspunten staan vaak op gespannen voet met de werkwijzen van collega's uit andere organisaties. Zou er niet ook onderzoek moeten worden gedaan hoe de

gereedschapskist van de outreachende hulpverlener eruitziet in zijn of haar contact met de 'systeemwereld van instanties'? Communicatie niet via de brievenbus maar via de elektronische mail, geen pitbull-mentaliteit maar juist bescheidenheid, het versterken van zelfvertrouwen en eigenwaarde (empowerment) van collega's enzovoort.

'Alleen kunnen werken' (zelfstandigheid) zou aan de lijst van competenties die voor de vermaatschappelijking relevant zijn, kunnen worden toegevoegd. Bij het wonen in de wijk moeten werkers zelf problemen en knelpunten kunnen oplossen, bij de outreachende hulpverlening doen ze niet anders en bij de zorgwoning komt men als begeleider alleen in de eigen woning van de cliënt.

### **Onderhandelen**

Cliënt en begeleider zijn van elkaar afhankelijk, ze veronderstellen elkaars inzet, zo bleek uit de beschrijving van de zorgwoningen voor ouderen. Die wederzijdse afhankelijkheid zal in de praktijk gepaard gaan met geven en nemen. Een van de moeilijkste vaardigheden is het bevragen van de cliënt op zijn of haar wensen en doelen (8-fasenmodel). De communicatie tussen cliënt en hulpverlener is een ingewikkeld samenspel: 'Jij moet zeggen wat je nodig hebt, dan weet ik wat ik moet maken', tegenover: 'Jij moet zeggen wat je kunt maken, dan zal ik zeggen wat ik nodig heb'. Met de introductie van kwaliteit van leven (zorgwoningen, wonen in de wijk) is het aantal onderwerpen waarop de hulpverlener bevestigd kan worden enorm toegenomen. Om te kunnen onderhandelen moet hij of zij daarom niet alleen relatiegericht zijn – dat wil zeggen in staat zijn om goede, wederzijds plezierige relaties met anderen op te bouwen en te onderhouden – maar ook resultaatgericht. Het gaat erom steeds kleine stappen te zetten met tastbare resultaten voor de cliënt, zoals naar voren kwam bij de beschrijving van de outreachende hulp.

### **Balanceren tussen verschillende waarden**

Het kunnen balanceren tussen verschillende waarden komt niet bij alle casussen expliciet aan bod. Outreachende hulpverleners zijn evenwichtskunstenaars, omdat ze voortdurend moeten balanceren tussen uitersten. Maar hoe gaan de begeleiders bij het wonen in de wijk om met het zoeken van een evenwicht tussen mogelijkheden en beperkingen van de verstandelijk gehandicapte bewoners, tussen individuele en groepsaanpak, tussen zorgen voor en ondersteunen van enzovoort? Levenswijsheid, gezinservaring, een flexibele geest en het gezond verstand gebruiken, kunnen gezien worden als noodzakelijke voorwaarden, maar is het ook voldoende? Is er niet ook een 'methodisch echelon' nodig in de trant van de gereedschapskist met specifieke hulpverleningsmethoden en -technieken zoals bij de outreachende hulp? Voorbeelden daarvan zijn (in de zorg voor verstandelijk gehandicapten) het ontwikkelen van een persoonlijk leerplan, bewoners nieuwe vaardigheden aanleren, actieve ondersteuning ('active support' – Felce), gepersonaliseerde ondersteuning ('person centered werken' – O'Brien), werken aan kwaliteit van leven ('person centered outcomes' – O'Brien) (Van Hove 2003).

**Ondernemen**

Ondernemen moet geleerd worden: 'niet wachten tot de deadline of de aanmaning van de teamleider, maar zelf het initiatief nemen' (8-fasenmodel), 'initiatieven durven nemen' (wonen in de wijk). De vraag is of de cultuuromslag van instituuts- naar maatschappelijk georganiseerde zorg voldoende is om deze eigenschap bij medewerkers in zorg en welzijn 'automatisch' op te roepen. In hoofdstuk 4 gaan we daar verder op in.

## **3 Competente professionals**

### **Inleiding**

Er is de afgelopen jaren in binnen- en buitenland een vloedgolf aan publicaties over competenties verschenen. De belangrijkste aanleidingen om het competentiebegrrip meer centraal te stellen, zijn (Van Merriënboer, Van der Klink en Hendriks 2002): Het wordt steeds problematischer om functies en de educatieve bagage om die functies uit te oefenen scherp te definiëren. Het denken in termen van bredere bekwaamheden die stabiel zijn, wordt beschouwd als een oplossing hiervoor. Er wordt een steeds groter accent gelegd op de bruikbaarheid van wat men leert voor de werksituatie en de arbeidsmarkt.

De arbeidsmarkt is veel flexibeler geworden, hetgeen consequenties heeft voor de mobiliteit en employability van werknemers. Ook omdat kennis snel veroudert, wordt kennisontwikkeling *binnen* arbeidsorganisaties (en dus niet alleen daarbuiten in opleidingsinstituten) een essentiële factor.

Deze ontwikkelingen gaan alledrie op voor de vermaatschappelijking van de zorg. Bij vermaatschappelijking ligt de nadruk op de bruikbaarheid van de dienstverlening voor de cliënt. Deze is per definitie een 'instabiele' factor, zodat ook hier behoefte is aan bredere bekwaamheden. Vermaatschappelijking wordt in algemene zin ook wel 'verbreding' genoemd en staat dan voor het gedeeltelijk opheffen van de arbeidsdeling tussen beroepsgroepen en sectoren zodat professies en werkgebieden die eerst relatief autonoom opereerden sociale functies op zich nemen die voorheen door anderen werden vervuld (Engbersen, Eggermont en Gabriëls 1997).

Competentie wordt beschouwd als een concept dat een antwoord geeft op de geconstateerde ontwikkelingen en problemen door een gemeenschappelijk referentiekader te bieden voor alle actoren. We gaan eerst in op dit gemeenschappelijke referentiekader. Daarna spitsen we dit toe op de veranderingen voor professionals.

### **3.1 Competenties in soorten en maten**

Van competenties zijn verschillende omschrijvingen in omloop, waar moeilijk overeenstemming over wordt bereikt. In sommige wordt competentie opgevat in engere zin (kennis en vaardigheden), in andere in brede zin: alle persoonlijke kwaliteiten die nodig zijn (Willems 2001). Naast kennis en vaardigheden betreft dat ook werk- en denkniveau, houding en gedrag. Onder de laatste twee kan men ook omschrijvingen vinden als persoonskenmerken, persoonlijke eigenschappen of motiefactoren. Wij gaan hier van de omschrijving uit dat een persoon ergens competent in is, omdat hij of zij datgene kan, mag én doet om adequate resultaten in adequate situaties te behalen.

Competenties kunnen op verschillende niveaus worden beschreven: als eigenschappen die de organisatie in haar geheel succesvol maken (kerncompetenties), en op team- en individueel functieniveau. Voorbeelden van competenties op organisatieniveau zijn bijvoorbeeld leren reflecteren en feedback geven en ontvangen (leervermogen). Maar

ook het eigen werk goed kunnen plannen (besluitvaardigheid), klantvriendelijkheid (optreden) en onder druk goed kunnen presteren (stressbestendigheid) zijn organisatiebrede competenties. Op teamniveau spelen competenties als onderhandelingsvaardigheden en samenwerken een rol. Competenties op functieniveau zijn onder meer vakkennis (bijvoorbeeld kennis van beperkingen door gezondheidsproblemen, problemen bij het ouder worden) en deze kennis kunnen toepassen (observatie en interpretatie van het gedrag van cliënten, signaleren en anticiperen op achteruitgang in het dagelijks functioneren); ook creativiteit (met name feiten en gevoelens ('facts and feelings') kunnen combineren – de evenwichtskunst) is een belangrijke competentie.

Competentiegebieden zijn gebieden waarop competenties betrekking hebben, bijvoorbeeld 'leiderschapsgedrag', 'interpersoonlijk gedrag' of 'vakdeskundigheid'. Hiervoor zijn verschillende modellen ontwikkeld.

We presenteren hier een model waarin belangrijke competenties voor het welzijnswerk zijn opgenomen.

<b>Competentiegebied</b>	<b>Competenties/gedragcriteria</b>
Omgevingsgericht	<ul style="list-style-type: none"> <li>• netwerk ontwikkelen</li> </ul>
Klantgericht	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kennis van doelgroep</li> <li>• gerichtheid op klant</li> <li>• terugkoppelen naar klant</li> </ul>
Resultaatgericht	<ul style="list-style-type: none"> <li>• problemen analyseren en oplossen</li> <li>• plannen, organiseren, coördineren</li> <li>• motivatie om resultaten te behalen</li> <li>• besluitvaardigheid</li> <li>• creativiteit</li> </ul>
Doelgericht	<ul style="list-style-type: none"> <li>• strategisch denken en handelen</li> <li>• medewerkers zich laten ontwikkelen</li> <li>• strategisch leidinggeven</li> </ul>
Vakbekwaam	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vakkennis</li> <li>• vaardigheden</li> <li>• passie voor het vak</li> </ul>
interpersoonlijk functioneren (teamwork)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• communicatievaardigheden</li> <li>• onderhandelingsvaardigheid</li> <li>• conflicten kunnen hanteren</li> </ul>
persoonlijk functioneren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ondernemend</li> <li>• kalmte en flexibiliteit</li> <li>• zelfovertuiging en moed</li> <li>• creativiteit</li> <li>• kunnen omgaan met tegenstrijdigheden</li> <li>• integriteit en vertrouwen</li> <li>• tevredenheid</li> <li>• zelfontplooiing</li> </ul>

In dit overzicht wordt duidelijk dat niet alleen formele aspecten aan de orde komen, zoals vakinhoudelijke kennis, maar ook – of met name – houding, gedrag en persoonlijk functioneren.

### **3.2 Welke competenties zijn voor professionals bij vermaatschappelijking van belang?**

In hoofdstuk 2 hebben we de vier casussen van vermaatschappelijking ‘vertaald’ in zes competenties. Hier gaan we dieper in op de eisen die vermaatschappelijking stelt aan kennis, vaardigheden, gedrag en houding (competenties) van professionals. Hierbij maken we twee opmerkingen. In de eerste plaats is de vermaatschappelijking van de zorg geen geïsoleerde ontwikkeling, maar vindt deze plaats in een context van andere ontwikkelingen. Zo is er onmiskenbaar een maatschappelijke trend waarneembaar dat professionals meer eigen verantwoordelijkheid nemen voor hun werk en wordt er in toenemende mate resultaatgericht gewerkt. De inrichting en besturing van zorg- en welzijnsorganisaties verandert zodanig dat meer verantwoordelijkheden lager in de organisatie worden gelegd. Tegelijkertijd worden medewerkers gestimuleerd eigen initiatief te nemen en verantwoordelijkheid voor het resultaat te dragen. De vermaatschappelijking is hiervan niet los te zien. In de tweede plaats is vermaatschappelijking – oneerbiedig gesproken – slechts een term om het beestje een naam te geven. Het gaat natuurlijk steeds om vakmanschap. Voor sommigen is er weinig nieuws onder de zon, omdat de eisen die de vermaatschappelijking van de zorg aan hun vakmanschap stellen, vanzelfsprekend is. Voor velen zal echter sprake zijn van een inhaalslag, zoals mede blijkt uit de casussen in het vorige hoofdstuk.

#### **Basiscompetentie: persoons-, proces- en resultaatgericht kunnen werken**

Bij vermaatschappelijking gaat het net als bij andere activiteiten in de zorg- en welzijnssector om *persoonsgerichte dienstverlening*. Persoonsgericht wil zeggen dat het steeds draait om het aangaan en onderhouden van een vertrouwensrelatie met de cliënt. De interactie (lees: relatie) met deze cliënt in deze situatie met deze vraag staat centraal. Het denken vanuit de cliënt/klant als een persoon kan worden opgevat als gedrag dat voor medewerkers maar ook voor de organisatie aanzienlijke consequenties met zich meebrengt, in het bijzonder wat betreft de cultuur (zie hoofdstuk 4). Ook uit de casussen komt het beeld naar voren dat medewerkers niet altijd voldoende zijn getraind in het systematisch denken vanuit de cliënt/klant als persoon.

Het kenmerk van dienstverlening is dat het zowel een proces als een resultaat is. Het gaat steeds om een aaneengesloten reeks van met elkaar samenhangende activiteiten om een dienst te realiseren voor een (externe) cliënt of een groep cliënten. Beroepsbeoefenaren moeten in staat zijn om de activiteiten die zij voor en met hun cliënten uitvoeren te verbinden aan een doel, een resultaat en moeten de tussenstappen kunnen omschrijven om dat resultaat te bereiken. Sommige medewerkers hebben er moeite mee – of weerzin tegen – om de activiteiten die zij uitvoeren te beschrijven als een proces met een kop, romp en staart, zoals bijvoorbeeld blijkt uit de ervaringen met het 8-fasenmodel.

Om persoons- en procesgericht te kunnen werken is het reflecteren op het eigen werk een basisvoorwaarde. Van hoger opgeleide medewerkers (hbo-niveau) verwacht men

dat ze over deze vaardigheid beschikken. Maar voor bijvoorbeeld beroepsbeoefenaren met een mbo-opleiding zoals verzorgenden of helpenden geldt deze verwachting niet. Hun rol wordt bij de vermaatschappelijking belangrijker, omdat er meer aandacht komt voor het dagelijks leven van cliënten, het domein waarin zij specialist zijn. Het gaat bij reflecteren op het eigen werk om zaken als het bespreken van botsende waarden, het analyseren van incidenten enzovoort. Terugblikken op eigen gedrag en dat van collega's, feedback geven en tips ontvangen, blijken zeer leerzaam te zijn in de praktijk. Vervolgens moeten de resultaten weer terug te zien zijn in het dagelijks werk. Hiervoor kan gebruik worden gemaakt van intervisie, het bespreken van incidenten en intercollegiale toetsing. Soms kan het echter al voldoende zijn om ervoor te zorgen dat medewerkers elkaar tegenkomen: problemen en vragen zullen dan spontaan met elkaar worden besproken.

### **Vermaatschappelijking: een fundamenteel andere oriëntatie op de leefsituatie van de cliënt**

Wat specifiek is voor de vermaatschappelijking van de zorg, is een verbijzondering van de hiervoor genoemde basiscompetenties.

Om persoonsgerichte dienstverlening mogelijk te maken is het doorbreken van het standaarddenken over cliënten een voorwaarde. Zowel in de zorg- als in de welzijnssector worden cliënten vastgepind op één rol, namelijk die van zorgbehoefte. In de (intramurale) zorg is men gewend om in groepen te denken en met groepen te werken waarbij het gemeenschappelijke van de groep – het gebrek, de zorgbehoefte – vooropstaat. In de (intramurale) zorg ligt het zwaartepunt van het beroepsmatig handelen vaak bij de lichaamsgebonden zorg (wassen, aankleden, helpen met eten). Vanuit het welzijnswerk deelt men het gezichtspunt van zorgbehoefte: 'verstandelijk gehandicapten, dat is zorg, geen welzijn'. Een belangrijke opgave voor de welzijnssector is om het standaarddenken over doelgroepen ('ouderen is zorg en geen sociaal-cultureel werk') te doorbreken en nieuwe combinaties van competenties te maken. De zorgbehoefte van de cliënt staat in beide sectoren centraal. Het welzijnsaspect is weliswaar van belang, maar wordt gezien als een afgeleide van de zorgbehoefte. De vermaatschappelijking draait de zaken om: in de dagelijkse leefsituatie staat het 'wel' zijn voorop en is de zorg ondersteunend aan het functioneren in het dagelijks leven.

**'Je kan de omslag van zorg naar leefsituatie vergelijken met het bestaan van verschillende brillen. De "leefsituatie-bril" (wat is "normaal" vanuit het gezichtspunt van de bewoner?) is vaak fundamenteel anders dan de bril die je hebt meegekregen van de opleiding of de bril die de instelling je heeft opgezet of je eigen bril. Het gaat er niet om de "verkeerde" brillen weg te gooien (ze behoren vaak tot de realiteit), maar van bril te wisselen, waarbij je je steeds afvraagt hoe de geleefde situatie van de bewoner zich verhoudt tot je eigen ideeën over de leefsituatie en de leefsituatie van de zorg- of de welzijnsinstelling. En – als er sprake is van verschillen – hoe je de afstand door middel van reflectie op je eigen handelen kunt overbruggen. Het gaat dus om het vermogen van bril te wisselen én iets met de verschillende uitkomsten (beelden) te doen. Dat laatste zou je professionaliteit kunnen noemen.'**

Dit denken en handelen vanuit de geleefde dagelijkse situatie van de cliënt heeft vergaande consequenties voor ieders beroepspraktijk.

**'Dat is dus niet in een huiskamer met de hele meute "Op de grote stille heide" zingen of de tafel aan de kant schuiven om een balspel te doen. Dat soort dingen doe je thuis niet. Stelt u zich eens voor dat bij u thuis iemand van het buurthuis binnenloopt, u een boek in handen drukt en zegt: "Nu gaan we Knaapje zag een roosje staan, zingen"! Ik zou u allen dan wel eens willen zien. Toch vinden we dit in verpleeghuizen blijkbaar normaal en noemen we het ook nog genormaliseerd wonen!' (Piet Schievink, congres Kleinschalig wonen, bijzonder gewoon, 2003)**

In de zorg moet men leren een welzijnsbril op te zetten (zonder de zorg te 'vergeten'), en in de welzijnssector een zorgbril (zonder mensen tot zorgbehoefte te reduceren), bijvoorbeeld door kennis te vergaren van de beperkingen die mensen door hun gezondheidssituatie (dementie, psychiatrische problematiek, verstandelijke handicaps) in het dagelijks leven ondervinden. Op die manier wordt de tegenstelling 'gezonde mensen = welzijnswerk' en 'zieke mensen = zorgsector' doorbroken. Volgens Hans van Ewijk zouden daarom welzijnswerkers ook zorgprofessionals moeten kunnen zijn. (Van Ewijk 2004)

De oriëntatie op de dagelijkse leefsituatie van de cliënt kleurt de hiervoor genoemde basiscompetenties:

- planmatig werken, en dan vanuit de samenhang zoals de cliënt die ervaart (zie outreachende hulpverlening).
- integraal of integrerend in plaats van taakgericht werken. Om integraal te kunnen werken zal de beroepsbeoefenaar de zekerheden van een discipline en van een vakgerichte benadering in zekere zin los moeten laten. In de praktijk betekent dit dat over de grenzen van de eigen discipline heen gekeken moet worden en waar mogelijk kennis en kunde van een andere discipline in het eigen handelingsrepertoire wordt opgenomen.
- ondersteunend werken; neem de zorg niet over maar grijp pas in als het nodig is.
- van solist naar teamplayer: de zorg- en welzijnsaspecten vragen om samenwerking tussen beroepsgroepen uit verschillende disciplines;
- onderhandelen. De vermaatschappelijking versterkt de rol van de cliënt. Dit vraagt ook om een beroepsbeoefenaar die kan onderhandelen. De beroepsbeoefenaar wordt veel meer deskundige én onderhandelaar dan alleen deskundige (RVZ 2000);
- balanceren: evenwichtskunst als uitdaging. Door de vermaatschappelijking zijn minder standaardantwoorden vanuit de organisatie voorhanden. De beroepsbeoefenaar zal veel meer zelf afwegingen moeten maken, en dat is balanceren en improviseren. Zodoende kan de professional worden gezien als een evenwichtskunstenaar:
  - balanceren tussen het aanspreken van de mogelijkheden van de cliënt en rekening houden met zijn of haar beperkingen;
  - balanceren tussen respect voor de cliënt (keuzemogelijkheden geven) en de

eigen verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar (bijvoorbeeld geborgenheid bieden);

- balanceren tussen eigen waarden en normen en de waarden en normen die verbonden zijn met het levensverhaal van de cliënt;
- balanceren tussen de belangen en belevingen van uiteenlopende klantengroepen.

## **4 Organisaties en medewerkers competent maken**

### **Inleiding**

De vermaatschappelijking biedt de mogelijkheid om in de lokale situatie een samenhangend aanbod van zorg-, woon- en welzijnsdiensten te realiseren. De op stapel staande Wet op de maatschappelijke ondersteuning (WMO) heeft veel vertrouwen in het lokale vermogen tot samenhang. Tegelijkertijd constateert de minister (brief aan de Tweede Kamer, *Op weg naar een bestendig stelsel voor langdurige en maatschappelijke ondersteuning*) dat het zogenoemde *inclusief beleid* – algemene voorzieningen die voor iedereen toegankelijk zijn, zouden ook toegankelijk moeten zijn voor specifieke doelgroepen – vaak nog in de kinderschoenen staat. De valkuil voor de vermaatschappelijking (en de WMO) is dat men de bestaande algemene (welzijns)voorzieningen als uitgangspunt voor de vermaatschappelijking neemt en de mensen met problemen in het dagelijks functioneren daarnaartoe leidt. Een en ander al dan niet met hulp van gastheer, gastvrouw, kwartiermaker of lokaal loket. Met het credo 'ook deze mensen horen erbij' worden zo nieuwe groepen tot het imperium van de collectieve doeleinden toegelaten. Naast de integratie van autochtoon en allochtoon, jong en oud, kansarm en kansrijk nu dan ook en samen met hen de integratie van gezonde en zieke burgers.

Belangrijk is – zo is in het vorige hoofdstuk duidelijk geworden – dat een collectief antwoord een optelsom is van de dienstverlening aan individuele burgers en dat de persoonsgerichte dienstverlening niet een afgeleide wordt van bestaande collectieve doelen of ideeën daarover. Kortweg: wil de vereenzaamde mevrouw Jacobs uit de Anjelierstraat geïntegreerd worden in de wijk, lid worden van een 'inclusieve gemeenschap', een inloop- of ontmoetingsruimte met andere misdeelden delen of juist thuis af en toe door een vrijwilliger bezocht worden? Het gevaar bestaat dat de klacht over de AWBZ – niet de behoefte van de burger staat centraal, maar het als aanspraak geregelde zorgaanbod – een equivalent krijgt in collectief georganiseerde voorzieningen gericht op gebiedsgerichte doelen (wijkaanpak, sociale cohesie, leefbaarheid, veiligheid).

Dat betekent dat het management van welzijnsinstellingen – dat bij de vermaatschappelijking van de zorg in de lokale situatie als eerste wordt aangesproken – zichzelf een aantal vragen moet stellen: Wat is een passend integratiekader voor de vermaatschappelijking van de zorg en welke diensten passen daarbij? Hoe vindt de match tussen vraag en aanbod plaats en welke cultuuromslag moet er in de organisatie plaatsvinden?

Deze kwesties worden hier achtereenvolgens behandeld.

### **4.1 Kader voor het aanbod van dienstverlening**

#### **Kader**

Een omvattend kader voor de vermaatschappelijking van de zorg is niet voorhanden. Wel kunnen ontwikkelingen binnen de gehandicaptenzorg naar *community care* hierbij van dienst zijn. Zo heeft de American Association on Mental Retardation

(AAMR) een *supportmodel* uitgebracht dat internationaal toonaangevend is. Een belangrijk aspect van dit model is de overtuiging dat adequate ondersteuning de functionele mogelijkheden van iemand met (verstandelijke) beperkingen kan vergroten. In de AAMR worden bronnen die van nature in de omgeving aanwezig zijn (familie, burens, algemene maatschappelijke voorzieningen) aangevuld met professionele ondersteuning. Een belangrijke taak van de professionele ondersteuning is het stimuleren en behouden van de natuurlijke bronnen van support. De AAMR onderscheidt acht functies van support (Zomerplaat e.a. 2004):

- persoonlijke ontplooiing;
- iemand bijstaan;
- financiële planning;
- hulp bij werk;
- gedragsondersteuning;
- hulp bij wonen en huishouding;
- toegang tot en meedoen aan de samenleving;
- ondersteuning met betrekking tot gezondheid.

### **Aanbod van diensten**

Om aanbod en vraag goed op elkaar te laten aansluiten is een functionele indeling van diensten of producten van belang. In de welzijnssector is door het NIZW en de MOgroep in 2001 een dienstenindeling (M. v.d. Meulen, 2001) ontworpen. Diensten zijn afgebakende onderdelen van verschillende vormen van welzijnswerk. Er worden in deze indeling tien verschillende diensten onderscheiden. In de praktijk wordt in het welzijnswerk veel gebruikgemaakt van het *Verdiwel Productenboek* dat door Hordijk & Hordijk is ontwikkeld. In deze beschrijving worden veertien verschillende producten onderscheiden. We hebben beide indelingen in onderstaand schema samengevat.

<b>NIZW/MOgroep</b>	<b>Verdiwel (Hordijk &amp; Hordijk)</b>
Informatie en consultatie	Informatie
Recreatie en educatie	Cursus
Activering en ondersteuning Samenlevingsontwikkeling	Sociale activering
Begeleiding en behandeling	Begeleiding Hulpverlening
Verzorging	
Dienstverlening	Dienstverlening derden
Verblijf	Faciliteit Openstelling
Signaleren	Signalering
Coördineren	Netwerk
(Begeleiding)	Bijeenkomst
(Verblijf)	Kinderopvang Peuterspeelzaal Peuterplus

De NIZW/MOgroep-indeling lijkt wat betreft de relevantie voor de vermaatschappelijking (zie het hiervoor genoemde supportmodel) iets beter te scoren. De toekomstige

WMO kent een aantal prestatievelden en prestaties waaruit de volgende typen diensten te distilleren zijn:

- persoonlijke assistentie: begeleiding bij het zelfstandig wonen van mensen met beperkte eigen regie;
- ondersteunen van mantelzorg, steun aan vrijwilligerswerk;
- informatie, advies, hulp, voorlichting, signalering;
- woondiensten: woningaanpassing (o.a. klussen), boodschappen, maaltijdvoorziening, sociale alarmering, vervoersvoorzieningen, huishoudelijke verzorging;
- dagbesteding.

In de ontwerp-WMO wordt melding gemaakt van 'dagbesteding ouderen', maar wij zouden dit breder willen zien, namelijk ook voor gehandicapten en mensen met psychiatrische en/of psychosociale problemen. Dagbesteding zou als volgt omschreven kunnen worden: 'Het op zinvolle wijze doorbrengen van de dag op een wijze die past bij eigen leefstijl, gelet op individuele mogelijkheden en beperkingen.' Bij *leefstijl* kan men bijvoorbeeld denken aan de behoefte om juist wel of juist niet met lotgenoten in contact te komen. Bij *mogelijkheden* kan men denken aan vrijwilligerswerk doen of arbeid verrichten en bij *beperkingen* aan behoefte aan structuur, bescherming of toezicht.

#### **Ondersteunen van mantelzorg**

De doelgroepen die onderwerp zijn van de vermaatschappelijking zijn vaak mensen die de regie over het eigen leven voor een deel kwijt zijn (geraakt). Anders dan bij mensen met fysieke beperkingen is sprake van een beperkte zelfredzaamheid 'tussen de oren'. De regie over het dagelijks leven wordt door belangrijke anderen aangevuld of overgenomen, zoals een persoonlijk begeleider, een partner, familie, vrienden of burens. Een belangrijke uitdaging voor de vermaatschappelijking is de mantelzorg te ondersteunen. Antwoorden die een combinatie zijn van ondersteuning op emotioneel, praktisch en informatief terrein blijken effectief te zijn. Dit zijn oplossingen die een combinatie bieden van meelevens, doen en informeren (zie ook de publicatie *Met het oog op informele zorg* in deze reeks (Scholten 2004)).

Emotionele ondersteuning bestaat uit aandacht geven aan de beleving en concrete problemen van de hulpvrager. Praktische ondersteuning bestaat uit concrete maatregelen en acties die leiden tot snel zichtbare resultaten voor de cliënt (waaronder ook respijtzorg). Informatieve ondersteuning bestaat uit het informeren van de cliënt en/of mantelzorger over de problemen, oplossingen en de risico's van bepaalde keuzes en/of oplossingen (Meerveld, Schumacher e.a. 2004). De kerncompetentie is hier: reduceren van onzekerheid.

#### **4.2 De match tussen vraag en aanbod van diensten**

Wat betreft de match tussen vraag en aanbod is persoonlijk contact van belang. En dat betekent dat men eropuit moet: mensen thuis opzoeken, outreachende hulp bieden, 'vindplaatsgericht werken'. Dit sluit voor een deel aan bij de huidige trend in het welzijnswerk waarbij medewerkers niet meer (alleen) gebonden zijn aan een accommodatie of een doelgroep. De proactieve houding ten opzichte van nieuwe cliëntgroepen moet verder worden versterkt. Bij het eigen maken van een (meer) ondernemende houding kan het marktdenken mogelijk behulpzaam zijn. De markt

kent immers consumenten om wier voorkeuren gestreden moet worden en waar – weliswaar binnen de context van productie en consumptie – rekening wordt gehouden met de wensen van de klanten. De marketing is de plek bij uitstek waar methodieken te vinden zijn waarmee ‘leefwerelden’ en interesses van potentiële afnemers in beeld kunnen worden gebracht. In die zin kan marktwerking dus een middel zijn dat bijdraagt aan de bestrijding van de betutteling en het bevorderen van de mondigheid van de beroepsbeoefenaren en burgers.<sup>9</sup>

Naast een proactieve en persoonsgerichte dienstverlening zijn andere belangrijke kwaliteiten: om kunnen gaan met zorgafhankelijke mensen, ondersteunen bij in plaats van overnemen van taken, brede inzetbaarheid, flexibiliteit in taakuitvoering en samenwerken met verschillende disciplines (zie hoofdstuk 3). Deze competenties sluiten aan bij de vaardigheden die bij het eerdergenoemde supportmodel worden onderscheiden. Van de genoemde acht functies van support worden evenzoveel *inhoudelijke vaardigheden* afgeleid. Daarnaast zijn ook *methodische vaardigheden* van belang, zoals het kunnen coördineren en plannen van de ondersteuning. Tot slot worden ook *persoonskenmerken* gezien als een wezenlijk onderdeel van het gewenste profiel. Aspecten hiervan zijn zelfbewust zijn, mensenkennis hebben, ondernemend zijn en geloof hebben in de kwaliteit van mensen (Zomerplaaag 2004).

### **4.3 Een competente organisatie worden**

Een vermaatschappelijke zorg is natuurlijk niet één, twee, drie gerealiseerd. De zorg- en hulpverlening moet een cultuuromslag doormaken en voor een gedeelte opnieuw worden ingericht naar een op de nieuwe vragen ingerichte organisatie. De praktijk leert dat de cultuur in organisaties vaak een struikelblok is in de ontwikkeling naar een vraaggerichte organisatie. Hierbij is vaak sprake van een ‘natuurlijk’ ontwikkelingsproces waarin vijf fasen worden onderscheiden (Boomsma 2001):

- fase 1: focus op kwaliteit van de eigen dienst met een sterke gerichtheid op vakmanschap (professionals);
- fase 2: verbetering van de doelmatigheid van de organisatie (verticale integratie);
- fase 3: verbetering van de samenwerking binnen de organisatie (intern vraaggericht werken, horizontale integratie);
- fase 4: vraaggericht werken binnen en buiten de organisatie (ketenintegratie);
- fase 5: voortdurend verbeteren en vernieuwen.

---

<sup>9</sup> Zie voor een andere kijk op deze materie: Evelien Tonkens, De mondige burger op de markt van welzijn en geluk. In: zie Kal en Onstenk.

Welzijnsorganisaties, zo blijkt uit een recent verschenen rapport (Stoelinga 2004), houden zich in de praktijk vaak noodgedwongen met alle vijf fasen tegelijkertijd bezig. Voor de vermaatschappelijking van de zorg is gerichte aandacht voor de onderwerpen in de vierde en vijfde fase – het vraaggericht werken en het vernieuwen naast het voortdurend verbeteren – van groot belang. De organisatie moet daarvoor de benodigde competenties voor de toekomst bepalen, aanwezige competenties benutten en verder ontwikkelen. Dit is geen eenvoudige opgave. Het sturen op gewenste kwaliteiten, kennis en vaardigheden van medewerkers, waardoor zij én de organisatie goed tot hun recht komen, wordt ook wel competentie management genoemd. De praktische invoering hiervan kent vijf belangrijke stappen:

- 1 gewenste werksituatie bepalen (visie);
- 2 kerncompetenties vaststellen;
- 3 competentieprofielen maken;
- 4 communicatie met medewerkers;
- 5 profielen integreren in personeelsinstrumenten.

Competenties zijn op zich losse bouwstenen. De waarde ervan ligt vooral in de combinatie van die bouwstenen, ofwel profielen. In zo'n profiel wordt vastgelegd over welke kennis, vaardigheden en attitudes de medewerkers moeten beschikken. Naast het profiel zoals dat uit het supportmodel tevoorschijn komt, presenteren we een tweede voorbeeld dat is afgeleid van het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen. Dit is een methode die is ontwikkeld door de stichting voor opleiding en rehabilitatie STORM (Van der Wolf en Van Maurik 2002). Het is een methodische cyclus, bestaande uit een overzichtelijk aantal fasen van het hulpverleningsproces van oriëntatie tot evaluatie. Aan de hand van de verschillende fasen en de te onderscheiden taken hebben we competenties benoemd. In het overzicht zijn deze cursief weergegeven (naar Van der Wolf en Van Maurik 2002).

<b>Fase</b>	<b>Taken</b>	<b>Competenties</b>
Oriëntatie- en kennismakingsfase	<ul style="list-style-type: none"> <li>• contact leggen met cliënt</li> <li>• observeren</li> <li>• voorlichting geven</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>vertrouwensrelatie opbouwen</i></li> <li>• in snel tempo aan situatie cliënt aanpassen (wat leeft er bij cliënt, wat vindt cliënt belangrijk?)</li> <li>• cliënt en omgeving accepteren zoals ze zijn</li> <li>• zo nodig initiatief nemen</li> <li>• cliënt objectief <i>observeren</i></li> <li>• cliënt heldere <i>informatie</i> over zijn situatie geven</li> </ul>
Inventarisatie- en analysefase	professioneel hulpverleners	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>vakkennis</i>; vaardig in het voeren van individuele gesprekken; verzamelde informatie ordenen, prioriteiten stellen, begeleidingsbehoeften concreet benoemen en beschrijven</li> <li>• kennis van psychiatrische stoornissen, medicatie, bijwerkingen</li> </ul>
Doelstellingenfase	samen met cliënt zijn/haar wensen en doelen vaststellen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>adviseren</i>; vaardigheid in het formuleren van doelstellingen</li> <li>• <i>onderhandelen</i>; op constructieve manier meningsverschillen bespreekbaar maken</li> </ul>
Planningsfase	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wensen en doelen in begeleidingsplan uitzetten</li> <li>• te ondernemen acties beschrijven (door cliënt zelf uit te voeren, door begeleider, anderen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>ondersteuning</i> bieden</li> </ul>
Uitvoeringsfase	<ul style="list-style-type: none"> <li>• geplande activiteiten uitvoeren</li> <li>• overzicht houden over activiteiten</li> <li>• begeleidingsproces bewaken</li> <li>• resultaten evalueren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>regie uitvoeren</i>; zo nodig activiteiten bijsturen, cliënt helpen met maken van keuzes</li> <li>• <i>belangenbehartiging</i></li> <li>• <i>coördinatie van zorg</i>; vaardigheid om met andere hulpverleners te overleggen, te onderhandelen en om hen te overtuigen</li> </ul>
Evaluatie- en terugkoppelfase	<ul style="list-style-type: none"> <li>• evalueren van het individuele begeleidingsproces</li> <li>• doelen afsluiten of bijstellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>procesbewaking</i></li> </ul>

### **Competenties eigen maken**

Een van de vernieuwende aspecten van competentie management en het competentiegericht werken is dat een permanente verbinding tot stand wordt gebracht tussen werken en leren, waardoor men zich de eisen die aan de nieuwe situatie worden gesteld, eigen kan maken. Het is van belang dat de wijze waarop competenties in de organisatie worden geïntroduceerd en georganiseerd adequaat is. Het is niet wenselijk om te kiezen voor een 'dichtgetimmerd' programma waarbij alle kennis als het ware over de betrokkenen heen wordt gegooid (Driessen en Hemels 2001). Om tot concrete invulling van competenties te komen, moet daarom op een slimme manier de *vorm* van de competentieontwikkeling gekozen worden. 'Als

initiatief, kwaliteit, samenwerking en resultaatgerichtheid gewenste competenties zijn, kies dan als vorm bijvoorbeeld het werken in multidisciplinaire verbeterteams. Laat de medewerkers een kwaliteitsverbetering aanpakken, geef veel ruimte voor initiatief, coach op samenwerking en besteed aandacht aan het concreet zichtbaar maken van het resultaat' (Driessen en Hemels 2001). Het is bovendien belangrijk om bij veranderingsprocessen zo veel mogelijk gebruik te maken van de aanwezige capaciteiten en om die te ontwikkelen in plaats van extern capaciteit in te huren. Het leervermogen van teams kan worden versterkt door intervisie en samenwerkend leren. Intervisie is een gestructureerde manier om met collega's te leren van situaties op de werkvloer. De groepsleden brengen hun werkervaringen in die vervolgens gemeenschappelijk worden gemaakt. Kennis moet renderen voor de persoon, het team en de organisatie.

## 5 **Tien lessen voor de vermaatschappelijking**<sup>10</sup>

- 1 'Voetballen is simpel, maar het moeilijkste wat er is, is simpel voetballen.'
- 2 'Je ziet het pas als je het door hebt.'  
Verplaats je in de leef- en belevingswereld van de cliënt. Oudere mensen die nog thuis wonen hebben twee belangrijke behoeften: voedsel naar binnen (boodschappen doen, koken) en vuilnis naar buiten. Wassen en aankleden komt daarna pas. Laat mensen een eigen hiërarchie aanbrengen in hun behoefte aan ondersteuning.
- 3 'Om te beginnen is er maar één bal en die bal moet je dus hebben, maar waar het dus in wezen om gaat is: wat doe je met die bal?'  
Vermaatschappelijking van de zorg is geen kunstje, maar een kunde. Het gaat erom dat je deze essentie van vermaatschappelijking (zie 1) integraal onderdeel van je beroepsmatig handelen laat worden. Respecteer de leef- en belevingswereld van de cliënt (wat niet wil zeggen dat je deze ook automatisch moet volgen – dat is professionaliteit).
- 4 'In voetbal zijn er bepaalde wetten. Eén wet is: het middenveld is de weegschaal van je elftal. Als jij vier mensen achterin houdt, tegen één spits, komt je ergens twee tekort.'  
Een belangrijke wet voor de vermaatschappelijking van de zorg is dat het succes ervan staat en valt bij de aanwezigheid van een maatschappelijksteunsysteem. Niet zozeer om de kwaliteit en continuïteit van de zorg te garanderen, maar vooral om de leefwereld van de cliënt te completeren.
- 5 'Ik ben van mening dat iedereen op alle plaatsen moet kunnen spelen.'  
Integraal kunnen werken wordt steeds belangrijker. Dat wil niet zeggen dat iedereen hetzelfde doet, maar wel dat de verwantschap tussen verschillende beroepen zal toenemen: gelijkaardige taken door ongelijkwaardige disciplines.
- 6 'Hun op rechts was een geitenkaas.'  
Bij de vermaatschappelijking van de zorg zijn de verschillende betrokkenen (cliënt, mantel, vrijwilliger, professional) van elkaars functioneren afhankelijk. Samenwerking is de succesfactor. Voorwaarde daarvoor is het inzicht dat je met elkaar één team vormt en geen gatenkaas (!) bent.
- 7 'Trainers moeten moed en inzicht tonen, bij grote maar ook bij kleine veranderingen' (Marco van Basten).  
Inbedding van vermaatschappelijking in de organisatie is onontbeerlijk. Een gemeenschappelijk gedeelde visie op vermaatschappelijking is een eerste voorwaarde. Daarvoor is leiderschap nodig.
- 8 'Vaak krijg je eerst een conflict en dan gaan ze het pas echt doen.'  
Als een raad van bestuur of een directeur meedeelt dat vanaf nu een bijdrage zal worden geleverd aan de vermaatschappelijking van de zorg, zijn er globaal twee typen reacties van het personeel: 'We doen het ook nooit goed' en 'We doen het al lang zo (ze zouden eens wat meer op de werkvloer moeten komen)'. Kortom: het gaat niet om 'goed' of 'fout', maar om het feit dat we steeds beter kunnen presteren.

---

<sup>10</sup> Tenzij anders vermeld, zijn de citaten afkomstig van Johan Cruijff (Henk Davidse, *Je moet schieten anders kun je niet scoren*. Den Haag: BZZTôH, 2000).

- 9 'Als leider erkend worden moet je in het veld afdwingen en dat lukt niet via een aantal acties.'  
Om medewerkers te verleiden aan de vermaatschappelijking een bijdrage te leveren, moet het management zelf het goede voorbeeld geven.
- 10 'Ik hou van werken zolang het werken is waar ik van hou.'

## Literatuur

Adviesbureau van Montfoort

*Wat vraagt vraaggestuurd werken? De mening van SPH-ers.* In opdracht van NVSPH, Woerden, 2001

Boer, Nico de, en Evelien Tonkens

De verzorging van welzijn. *Tijdschrift voor de sociale sector*, jrg. 57, nr. 12, 2003

Boomsma, S.

*De waarde van teveden medewerkers.* Alphen aan de Rijn: Kluwer, 2001

Engbersen, R., J. Eggermont, R. Gabriëls

*Nederland aan de monitor: het systematisch en periodiek volgen van maatschappelijke ontwikkelingen.* Utrecht: NIZW, 1997

Ewijk, Hans van

Onder het nieuwe gesternte. *Het sociaal debat: beschouwingen over de sociale sector*, jrg. 4, nr. 9, Den Haag: Reed Business Information, 2004

Engel, M., M. Grypdonck e.a.

Autonomie van de patiënt en palliatieve zorgverlening: de praktijk gespiegeld aan de theorie. *Verpleegkunde*, 2004

Hordijk en Hordijk

Verdiwel Productenboek

Hove, Geert van

Arduin tussen discours en feiten. Beemt, Piet van den (red.), *Arduin – de weg naar inclusie 1995-2002.* Antwerpen/Apeldoorn: Garant, 2003

Kal, Doortje

Kwartiermaken. Werken aan gastvrijheid. Beek, Hella van, en Jan Willem van Zuthem (red.), *Thuis in de samenleving.* Utrecht: Lemma, 2002

Lammersen, Gery, Silvia Philippi en Frank Peters

*P&O versterkt. Informatiewijzer voor effectief personeelsbeleid in kleine instellingen en organisaties.* Utrecht: NIZW, 2003

Loon, Peter van

Zorgmodulering en de kunst van het warme eten. *Over de ontvreemding van de zorg.* Leuven: Oikonde, 2002

Meerveld, J., J. Schumacher e.a.

*Werkdocument landelijk dementieprogramma.* Utrecht: NIZW, 2004

Merriënboer, J. van, M. van der Klink en M. Hendriks  
*Competenties: van complicaties tot compromis*. Den Haag: Onderwijsraad, 2002

Meulen, M. van der  
*Dienstenindeling Welzijn*. Utrecht: NIZW, 2001

Pool, A.  
*Belevingspeiler Palet. Ken jij de bewoner voor wie je zorgt?* Utrecht: NIZW, 2003

Roelink, H.M., A. Pool en M.H. Grypdonck  
De dialoog in de zorgrelatie. Kwalitatief onderzoek naar recht doen aan autonomie van mensen met een ernstige verstandelijke handicap. *NTZ*, jrg. 28, nr. 3, 2002

RVZ  
*Advies Professionals in de gezondheidszorg*. Zoetermeer: RVZ, 2000

Scholten, Cecil  
Met het oog op informele zorg. Utrecht: NIZW, 2004

Stoelinga, Ben  
Naar een brede professionaliteit. De wensen en behoeften van de klant als uitgangspunt. *Maatwerk*, nr. 2, april 2001

Stoelinga, Ben  
De kwaliteit van vandaag bepaalt de relatie van morgen, eindrapport innovaties competenties in de welzijnssector. Utrecht: NIZW, 2004

Willems, Dries  
*Meer dan ik dacht. Competentieprofiel beleidsmedewerker lokaal zorg- en gezondheidsbeleid*. Utrecht: NIZW, 2001

Wolf, Martijne van der, en Guus van Maurik  
Maatschappelijk ondersteuner als professie. Beek, Hella van, en Jan Willem van Zuthem (red.), *Thuis in de samenleving*. Utrecht: Lemma, 2002

Zomerplaag, Jeroen e.a.  
*Samen leren, samen werken*. Utrecht: NIZW/Princenhofgroep, 2004

### **Personeelsbeleid**

Baltus, P.J.  
*Kennismaken met P&O. Een oriëntatie op personele en personeelsorganisatorische aspecten*. Utrecht: Lemma, 1997

Dekker, N.H.M. en G.L. Schlundt Bodien  
*Personeelsbeleid heden en morgen*. Alphen aan den Rijn: Samsom, 2001

Fousert, D.  
*P&O, passé en overbodig? Een spiegel voor HR-Professionals*. Alphen aan den Rijn: Kluwer, 2000

Guiver-Freeman, M.  
*Modern personeelsmanagement. Meer rendement door goed personeelsbeleid*. Schoonhoven: Academic Service, 1995

Manders, F.  
*Praktisch personeelsmanagement*. Utrecht: Lemma, 1998

Rondeel, M.  
*Personeelsbeleid in welzijn, kinderopvang en jeugdhulpverlening, onderzoek naar de stand van zaken*. Barendrecht: De Bondt, 2003

### **Werving, selectie en introductie**

Hofkes, K. en W. Meekel  
*Professioneel personeel selecteren. Handleiding bij het werven en selecteren van nieuwe medewerkers*. Meppel: Krips, 1998

Hoogteijling, E.M.J.  
*Handboek werving & selectie*. Deventer: Kluwer, 1993

Ritzen, H.  
*Personeelsplanning: werving en selectie*. Baarn: Nelissen, 1994

Broek, L.C.A.H. van den, en L.Th.R. Wijchers  
*Werving, selectie en introductie*. Deventer: Kluwer, 1999

### **Functionerings- en beoordelingsgesprekken**

In de CAO *Welzijn* is een model voor een beoordelingsformulier weergegeven.

Avoird, M.H. van der, en R. Brouwer  
*Het functioneringsgesprek. Een praktische handleiding voor medewerker en leidinggevende*. De Bilt: Bosch & Keuning, 1996

Broek, L. van den, R. van der Giessen en A. van Oers-van Dorst  
*Performance management. Alles over beoordelen, competenties, functioneringsgesprekken, belonen en 360 graden-feedback*. Groningen: Samsom, 2000

Cadwell, C.M.  
*Zinvolle functioneringsgesprekken*. Velp: TFCTrainingsMedia, 1997

Muys, W.  
*12 adviezen voor functionerings- en beoordelingsgesprekken*. Alphen aan den Rijn: Kluwer, 2002

Muijsert, P. en J. Sijnke  
*Functioneringsgesprekken in de gezondheidszorg*. Utrecht, 1997

Nijssen, A.M.  
*Het professioneel voeren van functioneringsgesprekken. Een bijdrage aan het ontwikkelen van competenties*. Soest: Nelissen, 2002

Nijssen, A.M.  
*Functioneringsgesprekken voor verkopers*. Deventer: Kluwer, 1992

Overbeek, A.  
*Employabilitywijzer*. Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2001

Sectorfondsen Zorg en Welzijn  
*Loopbaanwijzer*. Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2001

Verboon, J.A.  
*Regeling beoordelingsgesprekken. Raamovereenkomst FBS en het invoeren van beoordelingsgesprekken*. Alphen aan den Rijn: Kluwer, 1995

### **Opleidingsbeleid**

Bekema, W. en P. Keursten  
*Opleidingsbeleid verder in ontwikkeling. Evaluatie-onderzoek naar opleidingsbeleid in de intramurale gezondheidszorg*. Utrecht: Stichting AWOB, 1996

Beks, M., M. Schut e.a.  
*Handleiding opleidingsbeleid*. Utrecht: Stichting AWOZ, 1999

Bergenhengouwen, G.J., E.A.M. Mooijman en H.H. Tillema  
*Strategisch opleiden in organisaties*. Deventer: Kluwer, 1992

Hoefgen, M. en M. Schut  
*Inspiratie voor evaluatie. Ervaringen met effectevaluaties in zorginstellingen*. Utrecht: Stichting AWOZ, 2000

Kamminga, W., U. Wieling  
*Opleiden*. Zaltbommel: Thema, bedrijfswetenschappelijke en educatieve uitgeverij, 1997

Kanters, T., V. Merlevede  
*Kwaliteit & leven. Handboek voor opleidings in de thuiszorg*. Utrecht: NIZW, 1999

Noort, R.A.M. van  
*Bomen over beslissen. Oplossingsrichtingen voor opleidingsproblemen*. Lelystad: Stichting IVIO, 1995

Overbeek, A.  
*Employabilitywijzer*. Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2001

Rondeel, M. en S. Wagenaar  
Kennis maken: leren in gezelschap. Schiedam: Scriptum, 2002

Sectorfondsen Zorg en Welzijn  
Leren en opleiden met resultaat. Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2001

Sectorfondsen Zorg en Welzijn  
*Loopbaanwijzer*. Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2001

Sectorfondsen Zorg en Welzijn  
*Een veelkleurig beeld over opleidingsplannen*. Bunnik: Ouderenzorg, 2000

Verkade-Kooiman, A.E., Omscholing en bijscholing. *Veranderend ondernemen in de non-profitsector*. Den Haag: Elsevier Gezondheidszorg / De Tijdstroom, 2001

Versloot A.M., I.K. Meijer en K.A.P.M. Baijens  
*Stimulansen voor opleidingsbeleid in de zorgsector*. Utrecht: Stichting AWOZ, 1997

IJdens, T.  
*Wijs met mensen. Handleiding voor resultaatgericht opleiden in midden- en kleinbedrijf*. Nijmegen: SSN, 1989

#### **Personeelsinstrumenten succesvol inzetten**

Broek, L. van den, R. van der Giessen en A. van Oers-van Dorst  
*Performance management. Alles over beoordelen, competenties, functioneringsgesprekken, belonen en 360 graden-feedback*. Groningen: Samsom, 2000

Fousert, D.  
*P&O, passé en overbodig? Een spiegel voor HR-Professionals*. Alphen aan den Rijn: Kluwer, 2000

TNO Arbeid en Sectorfondsen Zorg en Welzijn  
*Tijd voor maatregelen. Aanpak van preventie, verzuim en reïntegratie. Verslag van twee onderzoeken in de deelsectoren kinderopvang en sociaal-cultureel werk*. Nijmegen: HDtt Public Relations, 2001

## **Websites**

<http://www.vermaatschappelijking.nl/>

<http://www.apartwonen.nl/zorg4.htm>

<http://www.rekenschap.nl/arntz/verslag.doc>

<http://www.zorgwelzijn.nl/artikelen/schnabel.htm>

<http://www.mantelzorg.nl/>

<http://www.welzijnswerk-hoogeveen.nl/mantelzo.htm>

<http://www.informelezorg.info/index.asp?page=toon&FILE=projecteneiz.htm>

[http://www.pvmz.nl/pdf/Nieuwsbrief\\_mei\\_2002.pdf](http://www.pvmz.nl/pdf/Nieuwsbrief_mei_2002.pdf)

### ***NIZW, innovatiepartner in zorg en welzijn***

Het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW is een onafhankelijke organisatie die zich richt op het toepasbaar maken en overdragen van kennis aan professionals, beleidsmakers en burgers in de sector zorg en welzijn. De inzet is aantoonbaar effectieve vernieuwingen in het werkveld te realiseren en de kwaliteit van de beroepsuitoefening te verhogen.

In de sector zorg en welzijn werken zo'n 700.000 beroepskrachten en vele vrijwilligers op terreinen als kinderopvang, maatschappelijke dienstverlening, sociaal-cultureel werk, ouderendienstverlening, jeugdzorg, maatschappelijke opvang, verzorgings- en verpleeghuizen, thuiszorg en hulpverlening aan mensen met een handicap. Ook instellingen buiten de sector die zorg- en welzijnsactiviteiten ondernemen, zoals opleidingen, provincies, gemeenten en woningbouwcorporaties, doen regelmatig een beroep op het NIZW.

Binnen het NIZW vormen de integrale activiteiten van de beleidscentra Jeugd, Zorg en Sociaal Beleid de kern van de organisatie. Beleid en strategie van de centra zijn erop gericht om professionals in de sector te informeren, te adviseren en samen met hen innovaties in de praktijk door te voeren. Tegelijkertijd investeert het NIZW in een aantal algemene functies, te weten professionalisering, internationalisering en publieksinformatie.

Het werkprogramma van het NIZW komt tot stand in nauw overleg met het werkveld en het ministerie van VWS. In het streven de doelmatigheid binnen de sector te bevorderen en zo veel mogelijk maatschappelijk rendement te bereiken, zoekt het NIZW de samenwerking met andere relevante partijen, met name binnen de landelijke kennisinfrastructuur. Op deze wijze wil het NIZW bijdragen aan een zorgzame samenleving waarin de eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid van burgers vooropstaan. Het werk van het NIZW resulteert onder meer in adviezen, *facts* en *figures*, databanken, implementatietrajecten, trainingen, congressen, boeken, *best practices*, *e-zines*, nieuwsbrieven, websites, cd-rom's en video's.

Meer informatie over het NIZW is te vinden op [www.nizw.nl](http://www.nizw.nl).