Kennissynthese:

Werken in de maatschappelijke ondersteuning in Nederland: nu en in de toekomst

Ronald Batenburg
Mieke Rijken
Simone Versteeg
Elize Vis

NIVEL

September 2017

ISBN 978-94-6122-457-6

http://www.nivel.nl
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

© 2017 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Door de enorme toename van het aantal informatiebronnen groeit bij beleidsmakers, onderzoekers en professionals in de praktijk de behoefte aan syntheses van bestaande gegevens en onderzoek. Het NIVEL brengt daarom regelmatig kennissyntheses en overzichtsstudies uit om aan deze behoefte te voldoen (zie www.nivel.nl/dossier/niveloverzichtstudies-en-kennisvragen). Daarbij gaat het steeds over actuele onderwerpen die hoog op de beleidsagenda staan. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het NIVEL de toekomst van het werken in de Maatschappelijke Ondersteuning (MO) als thema voor deze kennissynthese uitgewerkt. In deze kennissynthese staat centraal (1) hoeveel en welke professionals momenteel werkzaam zijn binnen de maatschappelijke ondersteuning in Nederland, (2) welke ontwikkelingen van invloed zijn op de vraag naar maatschappelijke ondersteuning, en (3) wat dit betekent voor de competenties van professionals van nu én van de nabije toekomst.

De hoofdvraag van deze kennissynthese is ***hoe nu, na de transities binnen de langdurige zorg en het sociale domein, de maatschappelijke ondersteuning in Nederland qua personele invulling het beste vorm kan worden gegeven***. Om deze vraag te beantwoorden is de afgelopen jaren door verschillende kennisinstituten onderzoek uitgevoerd. Ook zijn de hogescholen volop bezig om hun opleidingsprogramma's aan te passen en daarmee te anticiperen op de toekomstige vraag naar maatschappelijke ondersteuning. Deze kennissynthese dient meerdere doelen. Allereerst zullen de inzichten uit de reeds uitgevoerde onderzoeken samen worden gebracht. Daarnaast zullen nieuwe inzichten uit landelijke enquêtes onder werkenden in de maatschappelijke ondersteuning worden beschouwd. Tot slot zullen de opinies van experts over de huidige en toekomstige (gewenste) beroepsinvulling voor de maatschappelijke ondersteuning in Nederland worden geëxploreerd. Wij hopen dat deze kennissynthese hierdoor een bijdrage kan leveren aan de beantwoording van de bovengenoemde beleidsvraag.

Ten behoeve van de kennissynthese hebben twee focusgroepen plaatsgevonden, waaraan 18 experts vanuit verschillende (MO-relevante) disciplines hebben deelgenomen. Wij willen hen allen hartelijk bedanken voor hun waardevolle bijdrage.

De auteurs

Inhoud

Samenvatting 6

1 Waarom deze kennissynthese? 9
1.1 Achtergrond en aanleiding 9
1.2 Doel en vraagstelling van deze kennissynthese 11
1.3 Opleidingen en beroepen in de maatschappelijke ondersteuning: begrip en afbakening 11

2 Professionals werkzaam in de maatschappelijke ondersteuning 13
2.1 Aanpak 14
2.2 Aantal professionals werkzaam in de maatschappelijke ondersteuning 17
2.3 Kenmerken van professionals werkzaam in de maatschappelijke ondersteuning 22
2.4 Competenties 24

3 Ontwikkelingen die de vraag naar maatschappelijke ondersteuning beïnvloeden 32
3.1 Aanpak 32
3.2 Demografische ontwikkelingen 32
3.3 Ontwikkelingen in de volksgezondheid 34
3.4 Ontwikkelingen in de wensen/behoeften van cliënten 35
3.5 Ontwikkelingen in het onderwijs en beroepenveld 39
3.6 Ontwikkelingen op meso- en macroniveau 43

4 De vraag naar maatschappelijke ondersteuning vanuit de gemeente 45
4.1 Aanpak 45
4.2 De visie van gemeenten op maatschappelijke ondersteuning 47
4.3 De visie van gemeenten op de personele kwalificaties voor maatschappelijke ondersteuning 48
4.4 De City Deal Gemeenten 50

5 Competenties voor maatschappelijke ondersteuning in de toekomst 52
5.1 Aanpak 53
5.2 De casus 54
5.3 De groepsdiscussie 61

6 Samenvatting en conclusies 63

Bijlage A **Methoden en bronnen** **72**

Bijlage B **Aantallen werknemers per sub-branche** **76**

Bijlage C **Kenmerken van professionals werkzaam in de maatschappelijke ondersteuning** **82**

Samenvatting

In de afgelopen jaren hebben zich in het sociale domein grote veranderingen voorgedaan. Nieuwe wetgeving is door de transities van de Wmo 2015, de jeugdwet en de participatiewet van kracht geworden. Gemeenten hebben een centrale rol gekregen in het financieren en arrangeren van maatschappelijke ondersteuning (MO) voor hun burgers, die meer op hun eigen kracht en zelfredzaamheid worden aangesproken. Aanbieders van MO zoeken naar nieuwe organisatiemodellen om vorm te geven aan de herverdeling van verantwoordelijkheden. Ondertussen hebben verscheidene ontwikkelingen plaatsgevonden op demografisch, gezondheid en sociaal-cultureel gebied, die de positie van de cliënt en het beroepenveld hebben veranderd. Dit alles zorgt ervoor dat de personele invulling van het sociale domein nieuwe eisen, uitdagingen en competenties kent en vergt. In deze kennissynthese is dit in beeld gebracht door de kennisvraag "***hoe nu, na de transities binnen de langdurige zorg en het sociale domein, de maatschappelijke ondersteuning in Nederland qua personele invulling het beste vorm kan worden gegeven***", te beantwoorden.

Door verschillende perspectieven en onderzoeksmethoden te hanteren is allereerst getracht empirisch het brede veld van de MO in kaart te brengen. Verschillende databestanden zijn geanalyseerd om het aantal werkzame professionals, en hun kenmerken, in de MO en MO-relevante branches te bepalen. Wat gesteld kan worden is dat er ruim 750.000 personen werkzaam zijn in deze branches. Het overgrote deel hiervan is vrouw en heeft een gemiddelde leeftijd van rond de 40 jaar. Het opleidingsniveau van deze professionals verschilt naar de sector waarin zij werkzaam zijn.

Vervolgens is door middel van literatuuronderzoek in beeld gebracht welke ontwikkelingen zich over de jaren hebben voorgedaan binnen de MO. Een aantal is hiervoor reeds genoemd. De verwachting is dat de vraag naar maatschappelijke ondersteuning zal toenemen. Belangrijke oorzaken hiervoor zijn dat mensen langer leven, ouderen langer zelfstandig thuis blijven wonen en de samenleving voor zowel jonge als oude burgers complexer wordt door toenemende wet- en regelgeving, individualisering, prestatiedruk, snel veranderende sociale verhoudingen en normen en digitalisering. Tegelijkertijd hebben verschillende transities in de bekostiging van het sociale domein ervoor gezorgd dat het aanbod van welzijn en zorg opnieuw georganiseerd moe(s)t worden, terwijl er tegelijkertijd sprake is van krimp in het arbeidsbestand van sociale werkers. Al met al verandert het werk en de doelgroep van de maatschappelijke ondersteuning dus op alle fronten in een rap tempo. Voor het werkveld betekent dit een urgente en complexe uitdaging.

De koers die de branche- en beroepsorganisaties in het sociale domein thans inzetten om aan deze uitdaging het hoofd te bieden is gericht op de ontwikkeling van generalistische, professionele en integrale competenties van zorgprofessionals, en daarmee van het vakgebied van de MO.

In deze kennissynthese is apart aandacht besteed aan de rol van de gemeenten gezien hun nieuwe verantwoordelijkheden voor de MO en het sociale domein. Door middel van een document-analyse is getracht de visies van een aantal gemeenten op de (her)inrichting van de MO voor hun burgers op een rij te zetten. De algemene visie is dat MO gericht moet zijn op het bieden van passende ondersteuning en het vermogen om te activeren. Welke competenties professionals daarvoor nodig hebben is in de gemeentelijke beleidsnota's minder terug te vinden. Sommige gemeenten werken samen om een visie op de MO te ontwikkelen, bijvoorbeeld in de 'City Deal Inclusieve Stad'. Zij benadrukken het belang van generieke en integrale competenties van professionals, die de behoefte(n) van mensen als uitgangspunt nemen. Specialistische kennis blijft nodig, maar dient aanvullend en in teamverband te worden ingezet. Uit de documentanalyses blijkt echter ook dat er grote verschillen tussen gemeenten zijn wanneer het de uitvoering van de Wmo 2015 betreft en hoe de personele invulling hiervan wordt gezien.

Tot slot hebben twee focusgroepen plaatsgevonden met 18 belanghebbenden in het veld van de maatschappelijke ondersteuning. Hun visies, ideeën en meningen over de professionele invulling van de MO zijn beschreven. Een eerste conclusie uit deze focusgroepen was dat maatschappelijke ondersteuning een complex en context-gevoelig vakgebied is, waarin altijd dilemma's spelen en verschillende afwegingen moeten worden gemaakt. Dat betekent volgens de meeste deelnemers dat nu en in de toekomst vooral brede en generieke competenties nodig zijn voor professionals. Hieraan wordt gewerkt door de opleidingen en de beroeps- en brancheverenigingen, maar ook op lokaal niveau. De uitdaging is om integraal werken en de koers voor een brede, generalistische insteek voor sociaal werk nu te concretiseren.

De maatschappelijke ondersteuning is een groot, belangrijk, maar door haar veelheid aan doelgroepen en belanghebbenden, ook een complex domein. Dit zal in de toekomst niet veranderen. En dus blijft de urgentie hoog om op alle niveaus na te blijven denken hoe het beste aan de groeiende, toekomstige vraag naar MO in Nederland kan worden voldaan. Na de transities lijkt er nu een periode aanstaande om de ingezette initiatieven vanuit het veld breed te implementeren. Dit vergt investeringen én samenwerking tussen echelons en niveaus. Gemeenten, aanbieders en opleidingen hebben de gezamenlijke verantwoordelijkheid dat de huidige en toekomstige professionals in de MO over een set van competenties beschikken die aan burgers een integrale, generalistische en activerende ondersteuning bieden.

Deze kennissynthese laat zien dat binnen het werkveld en tussen betrokken belanghebbenden er consensus bestaat over deze doelstelling en denkrichting. Dit biedt een belangrijke basis voor de vereiste professionele ontwikkeling in de MO, nu én in de toekomst.

1 Waarom deze kennissynthese?

In deze kennis-synthese staat de maatschappelijke ondersteuning centraal. In de afgelopen jaren hebben zich in het sociale domein grote veranderingen voorgedaan. Door nieuwe wetgeving zijn onder meer maatschappelijke verantwoordelijkheden herverdeeld en taken en competenties van de professionals veranderd. Aan de hand van drie hoofdvragen wordt met deze kennissynthese inzicht geboden in hoe op dit moment personele invulling wordt gegeven aan de maatschappelijke ondersteuning in Nederland. Deze hoofdvragen worden in dit hoofdstuk gepresenteerd, evenals een definitie van een aantal centrale begrippen.

Hoofdpunten van dit hoofdstuk:

- *Met de transitie van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in 2007 en 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk geworden voor de maatschappelijke ondersteuning van hun burgers.*
- *Het is echter niet duidelijk wat deze veranderingen betekenen voor de eisen die aan professionals werkzaam in de maatschappelijke ondersteuning worden gesteld.*
- *De vraag is daarom actueel en relevant welke nieuwe taken en rollen de huidige en toekomstige professionals werkzaam in de maatschappelijke ondersteuning zullen gaan vervullen en welke competenties daarbij van belang zijn.*

1.1 Achtergrond en aanleiding

De afgelopen jaren hebben grote veranderingen plaatsgevonden binnen de langdurige zorg en in het sociale domein. Per 1 januari 2015 is de AWBZ afgeschaft en een deel van de AWBZ-zorg overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Daarnaast is nieuwe wetgeving ingevoerd: de Wet langdurige zorg, de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo2015), de Participatiewet en de Jeugdwet. In de Kamerbrief[1] over de Hervorming langdurige zorg (Hlz) uit 2013, beschrijft de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de belangrijkste redenen voor de hervorming van de langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning. Allereerst zijn dit de andere eisen die personen tegenwoordig aan de kwaliteit van hun leven stellen. Zo willen ouderen bijvoorbeeld zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen wonen en daarbij niet eenzaam zijn. Als tweede reden wordt de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg genoemd. Tenslotte wordt gewezen op de wijze waarop de samenleving zich ontwikkelt, waarbij participatie naar vermogen van alle burgers wordt verwacht.

[1] Zie: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2013/04/25/kamerbrief-hervorming-langdurige-zorg-naar-een-waardevolle-toekomst, gepubliceerd op 25 april 2013.

Met de komst van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in 2007 waren gemeenten reeds verantwoordelijk voor de maatschappelijke ondersteuning van hun burgers. Dit betrof onder andere de huishoudelijke hulp, die vanuit de AWBZ was overgeheveld, en het bieden van ondersteuning op het gebied van wonen, vervoer en welzijn (de Wet Voorzieningen Gehandicapten en de Welzijnswet werden met de komst van de Wmo in 2007 afgeschaft). In de nieuwe Wmo2015 hebben de gemeenten een bredere verantwoordelijkheid gekregen voor zelfredzaamheid en participatie van burgers. Ondersteuning van personen met beperkingen bij hun persoonlijke verzorging en begeleiding gericht op bevordering, behoud of compensatie van zelfredzaamheid, zijn in de Wmo2015 ondergebracht. Gemeenten hadden in de oude Wmo een compensatieplicht: ze waren verplicht om personen met een beperking of psychische problematiek te compenseren voor hun beperkingen op het gebied van zelfredzaamheid en participatie. In de nieuwe Wmo2015 hebben gemeenten de verplichting om maatwerk te leveren, waarbij het begrip maatwerk ruimer wordt opgevat dan de negen prestatievelden van de oude Wmo[2]. Bij het bieden van een maatwerkvoorziening wordt uitgegaan van de 'eigen kracht' en verantwoordelijkheid van personen zelf, waarbij ook gerekend wordt op de inzet van hun sociale netwerk. Mensen die desondanks onvoldoende zelfredzaam zijn kunnen een beroep doen op aanvullende ondersteuning, geregeld en gefinancierd door hun gemeente.

Gemeenten zijn sinds 2015 verantwoordelijk voor uitvoering van de Participatiewet en Jeugdwet. De gedachte hierachter is dat gemeenten beter in staat zijn om een ondersteuningsaanbod te ontwikkelen dat past bij hun burgers. De zorgvraag zal per gemeente verschillen, afhankelijk van de (persoonlijke) kenmerken, normen en waarden van burgers. Door gemeenten de verantwoordelijkheid te geven voor brede maatschappelijke ondersteuning kan bovendien een meer integraal ondersteuningsaanbod worden ontwikkeld. Een integraal aanbod doet immers meer recht aan de complexiteit en verwevenheid van problemen op het gebied van ziekte en beperkingen, sociaal en maatschappelijk functioneren en inkomen.

Deze veranderingen betekenen ook dat aan professionals, werkzaam in de maatschappelijke ondersteuning, andere eisen worden gesteld. Integrale ondersteuning vraagt bijvoorbeeld om generalistisch werkende professionals, die goed in staat zijn om een complexe zorgvraag te exploreren en analyseren.

---

[2] Deze velden zijn: 1. De leefbaarheid en sociale samenhang, 2.Jongeren en ouders ondersteunen, 3.Informatie, advies en ondersteuning geven over onderwerpen die onder de WMO vallen, 4.Ondersteunen van vrijwilligers en mantelzorgers,
5. Zorgen dat mensen met een beperking kunnen meedoen, 6.Voorzieningen voor mensen met een beperking, 7.Opvang voor mensen met problemen, 8.Openbare geestelijke gezondheidszorg, 9.Zorg voor mensen met een verslaving.

Ook moet goed kunnen worden samengewerkt met andere zorg- en hulpverleners op lokaal niveau, binnen de eerste lijn en met meer gespecialiseerde zorg. Professionals moeten over vaardigheden beschikken om burgers individueel, maar ook collectief op wijkniveau, te activeren en te stimuleren om zelf oplossingen te zoeken voor hun problemen. Daarbij moeten ze wel tijdig signaleren wanneer meer ondersteuning nodig is of opschaling moet plaatsvinden. Deze nieuwe taken en rollen vragen om andere competenties van de huidige en toekomstige professionals werkzaam in de maatschappelijke ondersteuning.

1.2 Doel en vraagstelling van deze kennissynthese

Het doel van deze kennissynthese is inzicht bieden in de wijze waarop op dit moment personele invulling wordt gegeven aan de maatschappelijke ondersteuning in Nederland en wat nodig is om ook in de nabije toekomst over voldoende adequaat opgeleide professionals in de maatschappelijke ondersteuning te beschikken.

De vraagstelling die we in deze kennissynthese willen beantwoorden behelst drie hoofdvragen:

1. *Welke professionals zijn op dit moment werkzaam in de maatschappelijke ondersteuning in Nederland? Welke beroepen betreft het, hoe zijn ze opgeleid, wat is de omvang van deze beroepsgroepen en welke kenmerken hebben ze?*

2. *Welke (huidige en toekomstige) ontwikkelingen zijn van invloed op de vraag naar en het aanbod van professionele maatschappelijke ondersteuning?*

3. *Welke professionals (met welke competenties) zijn nodig om aan de veranderende vraag naar maatschappelijke ondersteuning nu en in 2025 te kunnen voldoen?*

1.3 Opleidingen en beroepen in de maatschappelijke ondersteuning: begrip en afbakening

Om de geformuleerde vragen te kunnen beantwoorden is het nodig om een aantal begrippen te omschrijven en af te bakenen. De eerste afbakening betreft wat we verstaan onder opleiding, beroep en maatschappelijke ondersteuning. De tweede afbakening betreft wie we tot ‘professional werkzaam de MO’ rekenen en daarmee tot ‘het aanbod van professionele maatschappelijke ondersteuning’ in Nederland hoort.

Beroep

Voor het begrip "beroep" sluiten we aan bij de definities die het CBS hanteert. CBS definieert een beroep als 'de verzameling van werkzaamheden en taken, die behoren tot een baan van een persoon' (CBS, 2012). Onderscheid wordt gemaakt tussen beroep en functie, waarbij het beroep los staat van de organisatie waarin men werkt en de functie juist door de organisatie wordt bepaald.

Opleiding

Ook voor het begrip opleiding volgen we de brede definitie van het CBS (2012): 'de selectie van een of meer onderwijsactiviteiten of cursussen'. We voegen daaraan toe dat we het begrip opleiding alleen gebruiken voor onderwijsactiviteiten of cursussen die bedoeld zijn om kennis, vaardigheden of attitudes te ontwikkelen die nodig zijn om een bepaald beroep te kunnen uitvoeren.

Maatschappelijke ondersteuning (MO)

Voor de afbakening van het begrip "maatschappelijke ondersteuning" sluiten we aan op de begripsbepaling in de Wmo 2015 (artikel 1.1.1), zie Box 1.

Box 1. Het begrip maatschappelijke ondersteuning binnen de Wmo 2015[3]

Maatschappelijke ondersteuning:

1. bevorderen van de sociale samenhang, de mantelzorg en vrijwilligerswerk, de toegankelijkheid van voorzieningen, diensten en ruimten voor mensen met een beperking, de veiligheid en leefbaarheid in de gemeente, alsmede voorkomen en bestrijden van huiselijk geweld;
2. ondersteunen van de zelfredzaamheid en de participatie van personen met een beperking of met chronische psychische of psychosociale problemen zoveel mogelijk in de eigen leefomgeving;
3. bieden van beschermd wonen en opvang.

Voor de bepaling welke professionals 'MO-relevant' zijn, gebruiken we als aanvullende definitie dat deze (in ieder geval voor een deel) werkzaamheden uitvoeren die onder de gemeentelijke budgetten voor Wmo, Jeugdhulp of Participatiewet vallen, en/of werkzaamheden uitvoeren die relevant zijn vanwege samenwerking en afstemming met de activiteiten binnen deze (financierings)stelsels. In het volgende hoofdstuk gaat we hier nader op in.

[3] Zie: www.thesauruszorgenwelzijn.nl, geraadpleegd op 19 september 2016.

2 Professionals werkzaam in de maatschappelijke ondersteuning

In dit hoofdstuk worden gegevens gepresenteerd over het aantal werkzame professionals in de maatschappelijke ondersteuning (MO), hun kenmerken en welke competentie-lacunes zij zelf ervaren.

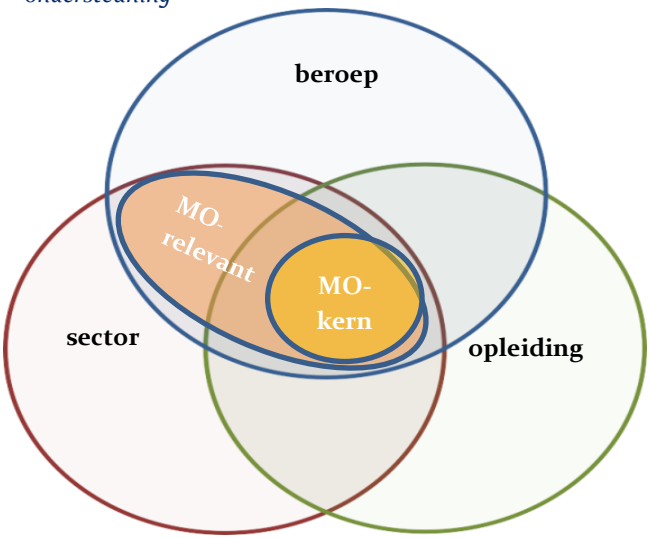
Hoofdpunten van dit hoofdstuk:

- *In totaal zijn ruim 750.000 personen werkzaam in MO-relevante beroepen en sectoren. Hierbij is een brede definitie van 'MO-relevant' beroepen en sectoren gehanteerd.*
- *Deze ruim 750.000 professionals zijn op basis van bestaande arbeidsmarktstatistieken onder te verdelen in brede clusters van beroepsgroepen die in ieder geval voor een deel onder de gemeentelijke budgetten voor Wmo, Jeugdhulp of Participatiewet werkzaamheden verrichten; of relevant zijn vanwege samenwerking en afstemming met de activiteiten binnen deze financieringsstelsels.*
- *Daarnaast kunnen in landelijke arbeidsmarktstatistieken ook een aantal meer specifieke MO-beroepsgroepen worden onderscheiden, namelijk: maatschappelijk werkers en specialistische sociale hulpverleners, psychologen, sociaal werkers, groeps- en woonbegeleiders, verzorgenden thuiszorg en schoonmakers in huishoudens.*
- *In de arbeidsmarktstatistieken zijn de MO-relevante beroepsbeoefenaren in grofweg 5 sectoren in te delen: geestelijke gezondheidszorg (GGZ), verpleging en verzorging en thuiszorg (VVT), gehandicaptenzorg, welzijn en maatschappelijke dienstverlening (W&MD) en jeugdhulp.*
- *In alle sectoren is het grootste percentage professionals vrouw.*
- *De verdeling naar opleidingsniveau verschilt per sector.*
- *Professionals in de sector VVT zijn het minst tevreden over de aansluiting van hun kennis en vaardigheden op hun huidige werk. Een kwart geeft aan dat deze aansluiting onvoldoende is.*
- *Als voornaamste oplossing voor eventuele problemen wordt extra scholing of cursussen genoemd. Toch geven relatief weinig werknemers in de MO-relevante sectoren aan ook daadwerkelijk een opleiding te volgen.*

2.1 Aanpak

Om te beschrijven hoeveel en welke professionals werkzaam zijn in de maatschappelijke ondersteuning, gaan we uit van het in Figuur 2.1 geschetste model. De figuur laat zien dat de populatie professionals werkzaam in de maatschappelijke ondersteuning kan worden gedefinieerd vanuit de combinatie (1) het beroep van deze professionals, (2) de sector waarin ze werkzaam zijn en (3) de opleiding die zij hebben gevolgd. De begrippen 'beroep' en 'opleiding' zijn in het vorige hoofdstuk gedefinieerd, evenals 'sector' in relatie tot het domein van de MO.

Figuur 2.1: Definitie en afbakening professionals werkzaam in de maatschappelijke ondersteuning



Uitgaande van deze drie invalshoeken, kunnen ter afbakening van de populatie professionals werkzaam in de maatschappelijke ondersteuning verschillende definities worden gehanteerd. Deze variëren van een enge definitie (beroep én sector én opleiding behoren tot het domein van de maatschappelijke ondersteuning, in figuur 2.1 aangeduid als 'MO-kern') tot een brede definitie (beroep óf sector óf opleiding behoren tot het domein van de maatschappelijke ondersteuning). In deze kennissynthese kiezen we voor een middenweg. Tot de professionals werkzaam in de maatschappelijke ondersteuning rekenen we: ***diegenen die een beroep uitoefenen dat inhoudelijk aansluit bij de definitie van maatschappelijke ondersteuning én dat doen binnen een sector die maatschappelijke ondersteuning biedt***. Dit wordt in Figuur 2.1 aangeduid als 'MO-relevant'. De opleidingen die deze professionals hebben gevolgd brengen we wel in kaart, maar we bakenen de populatie hierop niet af.

De reden hiervoor is dat veel professionals die nu werkzaam zijn binnen de maatschappelijke ondersteuning hun opleiding volgden toen er nog geen specifieke opleidingen op dit terrein bestonden.

Om vast te stellen hoeveel en welke professionals momenteel werkzaam zijn binnen de maatschappelijke ondersteuning zijn verschillende databronnen geanalyseerd: data van de Enquête Beroepsbevolking (2016), van het Centraal Bureau voor de Statistiek en van de Werknemersenquête (2015) van het Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt, Zorg en WJK (Welzijn en maatschappelijke dienstverlening, Jeugdhulp en Kinderopvang). Zie Box 2.1 voor meer informatie over deze databronnen.

Allereerst hebben we uit het databestand van de Enquête Beroepsbevolking (EBB) 2016 alle respondenten geselecteerd in de leeftijd van 15 t/m 74 jaar die werkzaam waren[4] binnen een 'MO-relevante' sector. Zoals in het hoofdstuk hiervoor aangegeven hanteren we de afbakening dat dit de sectoren betreffen die bijdragen aan de MO zoals gedefinieerd in artikel 1.1.1 van de Wmo 2015 en waarin werkzaamheden worden verricht die onder de gemeentelijke budgetten voor Wmo, Jeugdhulp of Participatiewet vallen. Binnen de sectorindeling van de EBB zijn daarop de sectoren verpleging, 'verzorging en maatschappelijke dienstverlening' geselecteerd, als ook de sector 'gezondheidszorg'. Vervolgens hebben we binnen de beroepenindeling van de EBB (de Beroepenindeling ROA CBS(BRC) 2014, zie box 2.1) de beroepen geselecteerd die aansluiten bij het hiervoor gedefinieerde begrip 'maatschappelijke ondersteuning'. Daarbij hebben we ons beperkt tot beroepen waarbij cliëntgebonden ondersteuning, en/of het geven van leiding aan professionals die cliëntgebonden ondersteuning bieden, deel uitmaakt van de werkzaamheden. De beroepen die als 'MO-relevant' binnen de EBB-2016 aangemerkt worden, worden in de volgende paragraaf beschreven in tabel 2.1. De aantallen in tabel 2.1 zijn berekend op basis van weegfactoren, waardoor een schatting kan worden gegeven van de aantallen en kenmerken van professionals werkzaam in een MO-relevant beroep binnen de genoemde sectoren in 2016 op populatieniveau.

Ten tweede is vanuit een andere bron informatie verkregen over aantallen en kenmerken van professionals werkzaam in de maatschappelijke ondersteuning: de Werknemersenquête (WNE) 2015 van het Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt, Zorg en Welzijn (AZW). Binnen het AZW-bestand is allereerst uitgegaan van respondenten die in 2015 aangaven als werknemer werkzaam te zijn binnen de *sector* 'zorg' of 'welzijn'.

[4] Het betreft hier alleen de eerste werkkring van de respondenten. In 2016 rapporteerde 8,4% van de respondenten een tweede werkkring; deze tweede (of volgende) werkkring is dus buiten beschouwing gelaten.

Vervolgens zijn de respondenten geselecteerd die werkzaam waren in een 'MO-relevante' sub-branche en daarin een 'MO-relevante' *functie* vervulden. Ter bepaling van een MO-relevante functie zijn dezelfde criteria als bij de BRC-2014 gebruikt. De functies die binnen de WNE-2015 van AZW als MO-relevant zijn aangemerkt worden eveneens in de volgende paragraaf 2.1 beschreven, in tabel 2.2 en de bijlagen II.1 tot en met II.5. Ook voor de aantallen in deze tabellen geldt dat zij gewogen zijn op basis van de verhoudingen naar sub-branche zoals die voor de populatie bekend zijn waaruit de steekproef voor de AZW/WNE-enquêtes getrokken is.

De data gebruikt voor deze kennissynthese hebben beperkingen. De gehanteerde classificatie van functies sluit mogelijk niet goed (meer) aan bij de huidige functies en beroepen binnen de zorg en het welzijn.

Box 2.1: Gebruikte classificaties en databronnen

Enquête Beroepsbevolking (EBB)

De Enquête Beroepsbevolking (EBB; sinds 1987) is een landelijk enquêteonderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), dat tot doel heeft informatie te genereren over de relatie tussen mens en arbeidsmarkt. Deelnemers aan de EBB zijn personen in Nederland van 15 jaar en ouder, met uitzondering van de institutionele bevolking. De EBB is een roterend panelonderzoek: elke maand wordt een adressensteekproef getrokken. Mensen in deze steekproef worden elke drie maanden benaderd om aan een peiling mee te doen voor een periode van 12 maanden (maximaal vijf peilingen per persoon).

Voor de hier uitgevoerde analyses over 2016 zijn steeds alleen de gegevens van de eerste peiling van de respondenten gebruikt. Deze eerste peiling betrof een internetenquête; mensen die niet op de internetenquête respondeerden, zijn telefonisch of face-to-face geënquêteerd. Voor dit onderzoek hebben we de steekproef verder afgebakend tot mensen in de leeftijd van 15 tot en met 74 jaar die betaald werk verrichten, ongeacht het aantal uren per week (conform de internationale definitie van de werkzame beroepsbevolking[5]). Dit resulteerde in een steekproef van 112.311 personen behorend tot de werkzame beroepsbevolking in 2016.

- box 2.1 wordt vervolgd -

[5] Dirven HJ, Janssen B (CBS). De Nederlandse beroepsbevolking: twee afbakeningen. Sociaaleconomische trends, 1ste kwartaal 2012: 80-89.

- vervolg van box 2.1 -

In de enquête werden onder andere vragen gesteld over persoonskenmerken, arbeidssituatie en de gevolgde opleidingen. Op grond van de door de respondenten verstrekte informatie over het werk dat zij doen, zijn de beroepen die zij uitoefenen vastgesteld. Hiervoor is gebruik gemaakt van de Beroepenindeling ROA CBS 2014 (BRC 2014; zie hieronder).

De EBB-data zijn op basis van een zogenaamde remote acces overeenkomst met het CBS door het NIVEL bewerkt en geanalyseerd.
Voor meer informatie over de EBB, zie het CBS-document 'EBB Methoden en definities 2014[6]

Beroepenindeling ROA CBS 2014 (BRC 2014)
De BRC 2014 is een van de International Standard Classification of Occupations 2008 (ISCO 2008) afgeleide indeling van beroepen, bedoeld voor toepassing in analyses en statistieken op nationaal niveau. De BRC 2014 onderscheidt 13 beroepsklassen, 41 beroepssegmenten en 114 beroepsgroepen, resulterend in 436 beroepen ('unit groups' volgens ISCO 2008). Het CBS gebruikt sinds 2013 de ISCO 2008 om het beroep van respondenten in de Enquête Beroepsbevolking (EBB) te classificeren.

Werknemersenquêtes van het Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt, Zorg en Welzijn (AZW)
Sinds 2009 wordt in het kader van het Onderzoeksprogramma AZW onderzoek uitgevoerd onder werknemers werkzaam binnen de sector zorg of het welzijn. Dit gebeurt tweejaarlijks door middel van schriftelijke enquêtes onder circa 12.000 tot 14.000 werknemers. Voor deze kennissynthese is gebruik gemaakt van de Werknemersenquête 2015 (WNE-2015), waaraan 10.542 personen deelnamen. De enquête bevatte o.a. vragen over de sector en sub-branche waarin men werkzaam is, de functie die men uitvoert, de opleidingen en trainingen die men gevolgd heeft of nog volgt, de werkervaring en demografische kenmerken van de respondenten.

2.2 Aantal professionals werkzaam in de maatschappelijke ondersteuning

Tabel 2.1 geeft allereerst op basis van de EBB-2016 een schatting van het aantal professionals dat in 2016 in Nederland werkzaam was in een 'MO-relevant' beroep én binnen een 'MO-relevante' sector.

[6] Zie: https://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/1BB3C645-47CC-4F58-9031-89F490AEE981/0/methodenendefinitiesebb2014.pdf ,e geraadpleegd op 19 september 2016.

Zoals in de vorige paragraaf beschreven, zijn de afbakeningen 'MO-relevant' gebaseerd op beroep en sector zoals deze in de EBB middels de standaard beroepenclassificatie (BRC) en sectorclassificatie (SBI) zijn gedefinieerd en ingedeeld (zie box 2.1). Beide classificaties zijn ontworpen door het CBS om de gehele arbeidsmarkt in Nederland te dekken waardoor zij minder uitsplitsingen en specificaties kennen dan voor de bepaling van MO-relevantie wenselijk zou zijn. Bij de cijfers in tabel 2.1. moet dus opgemerkt worden dat er eigenlijk 'te' brede definities van MO-relevante beroepen en sectoren zijn gehanteerd, waardoor er sprake is van een overschatting is van het aantal werkzame professionals.

Tabel 2.1 laat zien dat er binnen de sectoren verpleging, verzorging en maatschappelijke dienstverlening waren ruim 349.000 van 678.000 werknemers (52%) van 15 t/m 74 jaar werkzaam in een 'MO-relevant beroep' – zoals dat binnen de EBB afgebakend kon worden. De grootste groep hierbinnen waren de sociaal werkers, groeps- en woonbegeleiders met ruim 124.000 werkenden. Ruim 70.000 mensen werkten als verzorgende in de thuiszorg binnen deze sector en 30.000 mensen als huishoudelijke hulp. Een omvangrijke groep binnen deze sector wordt ook gevormd door de verpleegkundigen. Deze groep bestaat uit bijna 35.000 verpleegkundigen die geen coördinerende of specialistische taken uitvoeren en 31.500 verpleegkundigen die gespecialiseerd zijn of coördinatoren waren. Tenslotte werkten er in 2016 ook bijna 35.000 maatschappelijk werkers en specialistische sociale hulpverleners binnen de sectoren verpleging, verzorging en maatschappelijke dienstverlening. De tabel laat tevens in de tweede kolom zien wat de aantallen werkenden in een 'MO-relevant beroep' zijn die binnen de sector gezondheidszorg werkzaam zijn. Het gaat dan om nog eens bijna 230.000 personen in totaal, van de 546.000. Deze (grote) groepen verpleegkundigen, medisch specialisten, huisartsen en basisartsen zullen echter waarschijnlijk alleen voor een deel binnen, of alleen in samenwerking of afstemming met, de maatschappelijk ondersteuning werkzaam zijn.

Tabel 2.1 Aantallen werkenden in de maatschappelijke ondersteuning in 2016 (naar ISCO 2008 unit groups), schatting op basis van EBB-2016

		Verpleging, Verzorging en Maatschappelijke dienstverlening	Gezondheidszorg
Beroep (ISCO 2008)		Aantal (*1000)	Aantal (*1000)
3412	Sociaal werkers, groeps- en woonbegeleiders	124,1	21,1
5322	Verzorgenden thuiszorg	70,7	2,6
3221	Verpleegkundigen (geen coördinerende of specialistische taken)	34,9	24,9
2635	Maatschappelijk werkers en specialistische sociale hulpverleners	34,6	9,6
2221	Gespecialiseerd verpleegkundigen en verpleegkundig coördinatoren	31,5	65,1

- tabel 2.1 wordt vervolgd-

- vervolg van tabel 2.1 -

		Verpleging, Verzorging en Maatschappelijke dienstverlening	Gezondheidszorg
9111	Schoonmakers in huishoudens	30,0	1,1
2634	Psychologen	9,9	30,2
1344	Managers sociale dienstverlening	5,3	0,0
2212	Medische specialisten	2,8	40,0
1343	Managers ouderenzorg	2,6	0,0
2211	Huisartsen en basisartsen (niet in opleiding tot specialist)	1,5	25,2
1342	Managers gezondheidszorg	1,4	9,6
Totaal in MO-relevant beroep in deze sector		349,4	229,3
Totaal in deze sector		**677,9**	**546,0**

Bron: NIVEL-bewerking EBB-2016

Tabel 2.2 bevat ten tweede schattingen die gebaseerd zijn op de WNE-2015 van het onderzoeksprogramma AZW. Binnen de WNE-2015 is het specifieker mogelijk MO-relevante beroepen en -sectoren te selecteren, omdat dit survey zich in tegenstelling tot de EBB richt op het zorg- en welzijnsdomein (zie box 2.1). Een nadeel is echter dat de afbakeningsmogelijkheden beperkt worden door de routering in de vragenlijst. In de WNE-enquête worden respondenten eerst gevraagd aan te geven in welke van de negen hoofdsectoren zij (het meest) werkzaam zijn. Daarvan zijn vijf sectoren door ons als 'MO-relevant' geselecteerd (in tabel 2.2 in twee delen 1 tot en met 5 genummerd). Vervolgens is aan respondenten gevraagd in welke sub-branches men binnen de betreffende sectoren (het meest) werkzaam is. Ook binnen deze sub-branche-indelingen zijn door ons selecties gemaakt welke als 'MO-relevant' kunnen worden aangemerkt. Zoals in de vorige paragraaf beschreven is een sub-branche als 'MO-relevant' aangemerkt wanneer daarin werkzaamheden worden verricht die (tenminste voor een deel) uit de gemeentelijke budgetten voor Wmo2015, Jeugdhulp of Participatiewet worden gefinancierd, óf relevant zijn vanwege samenwerking en afstemming met de activiteiten binnen deze (financierings)stelsels. Dit onderscheid is in tabel 2.2 ook aangegeven.

Tabel 2.2 geeft schattingen van de aantallen mensen die in 2015 als werknemer werkzaam waren in een MO-relevante sector én sub-branche. Vanwege het overzicht wordt niet gespecificeerd in welk beroep of welke functie men werkzaam is. Dat wordt wel gedaan in bijlagen II.1 tot en met II.5.

Tabel 2.2: Aantal werknemers in 2015 in een MO-relevante functie binnen een MO-relevante of gerelateerde sub-branche per sector; schatting (95%-betrouwbaarheidsinterval) op basis van WNE-2015

Sector:	**1. Geestelijke gezondheidszorg**	**2. Verpleging en verzorging en thuiszorg**	**3. Gehandicaptenzorg**
Sub-branche:	Aantal 2015 (*1000)	Aantal 2015 (*1000)	Aantal 2015 (*1000)
MO-relevant			
Kind & Jeugd	4,2 – 6,0		
Thuiszorg		170,1 – 183,8	
Instellingen met zorgtaken in het sociaal domein (Wmo, Jeugdhulp, Participatiewet)			24,0 – 30,6
Relevant vanwege afstemming en samenwerking met MO			
Jeugdgezondheidszorg		2,9 – 5,7	
Basis-GGZ	6,5 – 8,4		
Gespecialiseerde GGZ	30,0 – 34,0		
Langdurige zorg	6,7 – 8,2		
Totaal in sector	**78,0**	**438,4**	**161,8**

Sector:	**4. Welzijn en maatschappelijke dienstverlening**	**5. Jeugdhulp**
Sub-branche:	Aantal 2015 (*1000)	Aantal 2015 (*1000)
MO-relevant		
• Sociaal Cultureel Werk	2,1 – 3,3	
• Welzijnswerk jeugd	0,8 – 1,4	
• Welzijnswerk ouderen	5,7 – 6,8	
• Jongerenwerk	0,8 – 1,2	
• Welzijnswerk minderheden, vluchtelingen en asielzoekers	0,3 – 0,9	
• Algemeen maatschappelijk werk	3,3 – 4,3	
• Bureau Sociaal Raadslieden	0,1 – 0,3	
• Telefonische hulpdiensten	0,0 – 0,2	
• Bureaus slachtofferhulp	0,0 – 0,2	
• Schuldhulpverlening	0,0 – 0,2	
• Opvangcentra	0,3 – 0,8	
• Begeleid wonen	5,0 – 6,3	
• Maatschappelijke opvang	1,7 – 2,8	
• Vrouwenopvang	0,4 – 0,9	
• Arbeidsparticipatie	1,2 – 1,9	
• Vorming, training en advies	0,0 – 0,4	
• Ander soort organisatie in WMD (geen bedrijfsmaatschappelijk werk, geen peuterspeelzaal)	5,7 – 7,5	
• Gecertificeerde instellingen voor Jeugdhulp*		14,0 – 16,6
• Organisatie voor Jeugd en Opvoedhulp*		6,1 – 7,9
• Justitiële Jeugdzorgorganisatie*		0,5 – 1,0
• Ander soort organisatie in de Jeugdhulp*		0,4 – 1,4
Relevant vanwege afstemming en samenwerking met MO		
• Herstellingsoorden	0,0 – 0,1	
Totaal in sector	**55,0**	**31,2**

Bron: NIVEL-bewerking WNE-2015

Tabel 2.2 laat zien dat van de bijna 78.000 werknemers die in 2015 werkzaam waren in de sector *Geestelijke gezondheidszorg* (GGZ), er 4.200 tot 6.000 werkzaam waren in de door ons gekozen 'MO-relevante' sub-branche Kind & Jeugd. Bijlage II.1 laat zien dat de grootste groep hiervan (circa 1.200 tot 2.800 mensen) een psychosociale behandel- of begeleidingsfunctie had.

De sector *Verpleging en verzorging en thuiszorg* is met bijna 440.000 werknemers de grootste sector in tabel 2.2. Daarvan werkten er zo'n 175.000 in wat wij als een 'MO-relevante' functie in de thuiszorg hebben afgebakend. In bijlage II.2 zien we dat de grootste groep hierbinnen de mensen zijn die als thuishulp A werken (467.00-54.800). Andere grote groepen betreffen wijkziekenverzorgenden (19.200 – 25.200) en verzorgenden C (16.200-21.800). Zoals we ook al bij de EBB-schattingen aangaven, zullen zij alleen voor een klein deel binnen of alleen in samenwerking of afstemming met de maatschappelijk ondersteuning werkzaam zijn. Dit komt omdat zij vooral Zvw-gefinancierde zorg verlenen.

Kijken we naar de sector *Gehandicaptenzorg*, dan laat tabel 2.2 zien dat in 2015 ruim 160.000 mensen werkzaam waren in deze sector. Het overgrote deel van de werknemers in deze sector werkt in een sub-branche die alleen samenwerkt of afstemt met het MO-domein. Zo'n 52.000 tot 61.000 mensen werken wel in een 'MO-relevante' sub-branche (bij instellingen met zorgtaken in het sociaal domein) én in een MO-relevante functie daarbinnen. Bijlage II.3 laat zien dat dit vooral mensen zijn met een begeleidende/agogische functie (circa 9.200 tot 12.900). Daarnaast werkt een grote groep in een psychosociale behandel- of begeleidingsfunctie (circa 4.000 tot 7.000).

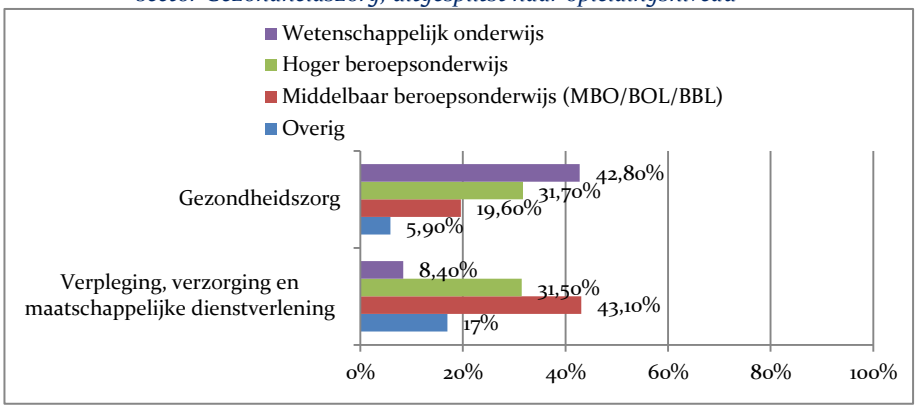
Binnen de sector *Welzijn en maatschappelijke dienstverlening* (WMD) werkten in 2015 zo'n 55.000 mensen als werknemer, verspreid over een groot aantal sub-branches. Nagenoeg alle sub-branches zijn door ons als 'MO-relevant' aangemerkt, omdat zij geheel of gedeeltelijk vanuit de gemeentelijke budgetten voor Wmo2015, Jeugdhulp of Participatiewet gefinancierd worden. Bijlage II.4 laat zien in welke MO-relevante functies mensen werkzaam waren in deze sub-branches. Ook hierbij valt de grote diversiteit op; het gaat vaak om enkele honderden, soms om enkele duizenden mensen in een bepaalde functie.
De sector *Jeugdhulp* kent het kleinste aantal werknemers: 31.000 in 2015 (tabel 2.2). Bijlage II.5 laat zien dat het bij de grootste sub-branche, de Gecertificeerde instellingen voor Jeugdzorg, vooral om pedagogisch medewerkers (4.800 tot 7.700) gaat.

2.3 Kenmerken van professionals werkzaam in de maatschappelijke ondersteuning

Van de professionals die in 2016 een MO-relevant beroep uitoefenden binnen de sector Verpleging, Verzorging en Maatschappelijke dienstverlening of de sector Gezondheidszorg is op basis van de EBB-2016 tevens bepaald welke persoonskenmerken, opleidingsniveau en arbeidsrelatie zij hebben. Deze gegevens zijn weergeven in de tabellen in Bijlage III.

Het overgrote deel van de werkenden in beide sectoren bestaat uit vrouwen (87,4% en 73,6%). De gemiddelde leeftijd is ruim 40 jaar. Wanneer we de opleidingsniveaus voor beide sectoren in beeld brengen zien we dat binnen de sector Verpleging, Verzorging en Maatschappelijke dienstverlening 43% van de werknemers een opleiding op MBO-niveau, 32% op HBO-niveau en 8% op universitair niveau heeft. Binnen de sector Gezondheidszorg lag het opleidingsniveau van de professionals werkzaam in een MO-relevant beroep hoger: 20% had een opleiding op MBO-niveau, 32% op HBO-niveau en 43% op WO-niveau (zie figuur 2.3; en bijlage III; tabel III.1).

Figuur 2.3: Professionals werkzaam in de maatschappelijke ondersteuning in de sectoren Verpleging, Verzorging en Maatschappelijke dienstverlening en de sector Gezondheidszorg, uitgesplitst naar opleidingsniveau

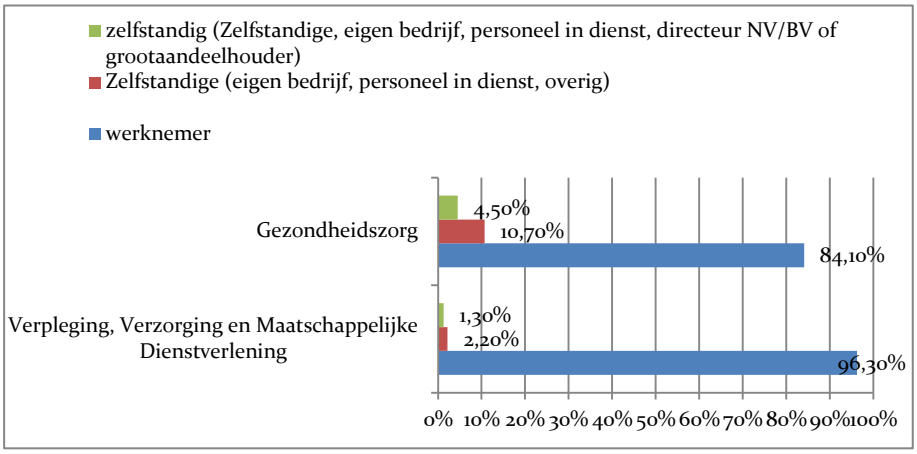


Bron: NIVEL-bewerking EBB-2016

Het is (uiteraard) niet zo zeer de sector die verband houdt met het opleidingsniveau van de professionals, maar het beroep dat ze uitoefenen. Dit wordt duidelijk als we kijken naar de verdeling naar opleidingsniveau van de werkenden per beroepsgroep (zie hiervoor Bijlage III; tabel III.2 en III.3) binnen de twee sectoren.

Vrijwel iedereen die in een MO-relevant beroep werkzaam was binnen de sector Verpleging, Verzorging en Maatschappelijke dienstverlening werkt als werknemer (inclusief uitzend- en oproepkrachten), terwijl binnen de sector Gezondheidszorg circa 16% zelfstandige was (zie figuur 2.4, en bijlage III; tabel III.1). De mensen in de sector Gezondheidszorg werkten gemiddeld ook meer uren per week (32 uur, waarvan 31 uur in de eerste of enige werkkring) dan degenen die in de sector Verpleging, Verzorging en Maatschappelijke dienstverlening werkten (25 uur, waarvan 24 uur in de eerste of enige werkkring).

Figuur 2.4: Professionals werkzaam in de maatschappelijke ondersteuning in de sectoren Verpleging, Verzorging en Maatschappelijke dienstverlening en de sector Gezondheidszorg, uitgesplitst naar arbeidsrelatie



Bron: NIVEL-bewerking EBB-2016

Bijlage III, tabel III.2 bevat specifiekere informatie over degenen die in 2015 in een MO-relevant beroep binnen de sector Verpleging, Verzorging en Maatschappelijke dienstverlening werkten. De tabel bevat dezelfde gegevens als tabel III.1, maar nu uitgesplitst naar MO-relevante beroepsgroepen. Hetzelfde geldt voor tabel III.3 in bijlage III. Ook deze tabel bevat specifiekere gegevens maar in dit geval over MO-relevante beroepen, binnen de sector Gezondheidszorg:

Ook op basis van de WNE-2015 van het Onderzoeksprogramma AZW kan een indruk worden verkregen van de achtergrondkenmerken van de professionals die (als werknemer) werkzaam zijn in de maatschappelijke ondersteuning. In bijlage III, tabel III.4 is te zien wat de geschatte verdeling naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en opleidingscategorie van deze werknemers per sector in 2015 was op basis van de WNE-data. Opgemerkt moet worden dat de gegevens in sommige gevallen gebaseerd zijn op erg kleine aantallen respondenten.

Dit komt omdat per sector alleen de (gewogen) antwoorden zijn meegenomen van respondenten die werkzaam waren in een MO-relevante functie binnen een MO-relevante sub-branche.
Net als uit de data van de EBB blijkt uit de data van de Werknemersenquête dat het overgrote deel van de werknemers die een MO-relevante functie vervullen vrouw is. Binnen de sector V & V en thuiszorg (en daarbinnen dan de sub-branche thuiszorg) ging het in 2015 naar schatting om ongeveer 98%. Van de werknemers die een MO-relevante functie binnen de GGZ vervullen is een relatief groot deel man, ongeveer een derde (36%). De gemiddelde leeftijd van de werknemers in een MO-relevante functie was in 2015, zoals eerder ook al bleek uit de EBB-data, ruim 40 jaar. Hierbij bestonden geen grote verschillen tussen de sectoren. Wat ook hier wel verschilt per sector is de verdeling naar opleidingsniveau. Van de werknemers die een MO-relevante functie binnen de GGZ vervullen heeft bijna 90% een opleiding op HBO- of WO-niveau. Van de werknemers in een MO-relevante functie binnen de sector V & V en thuiszorg is het grootste deel op MBO-niveau of een lager niveau opgeleid. Binnen de sector gehandicaptenzorg heeft naar schatting 60% van de werknemers een opleiding op HBO-niveau afgerond en bijna 30% op MBO-niveau. Binnen de sector WMD is het beeld divers: bijna 60% heeft een opleiding op HBO- of WO-niveau, maar een flinke groep is ook lager opgeleid. Binnen de Jeugdhulp gaat het vooral om werknemers op HBO-niveau (ruim 70%) en in mindere mate op WO- (15%) of MBO-niveau (12%). Uiteraard verschillen de werknemers in MO-relevante functies binnen de vijf sectoren ook naar de soort opleiding (categorie) die ze hebben afgerond. Al met al zijn er grote overeenkomsten met de data volgend uit de EBB-enquête en de WNE-enquête(zie de tabellen in Bijlage III).

2.4 Competenties

In de WNE-2015 van het Onderzoeksprogramma AZW was ook een aantal vragen opgenomen over de mate waarin respondenten vonden dat hun kennis, vaardigheden en competenties aansloten bij hetgeen zij voor de uitvoering van hun werk nodig hadden. Deze paragraaf is gebaseerd op hun (gewogen) antwoorden. We merken hier nogmaals op dat een aantal geschatte percentages, met name voor de sector GGZ, gebaseerd zijn op antwoorden van een kleine respondentengroep en dus voorzichtiger geïnterpreteerd dienen te worden.

Aansluiting kennis, vaardigheden en opleidingsniveau bij huidige werk

Tabel 2.3 geeft een indruk van de mate waarin werknemers werkzaam in een MO-relevante functie in 2015 vonden dat hun kennis, vaardigheden en opleidingsniveau aansloten bij de functie die zij vervulden. De (kleine groep) werknemers werkzaam in een MO-relevante functie in een MO-relevante sub-branche binnen de GGZ waren vrijwel allemaal van mening dat het niveau van hun functie aansloot bij hun opleidingsniveau.

Dat kan niet worden gezegd van de (grotere groepen) werknemers in een MO-relevante functie binnen de andere sectoren. Hoewel ook binnen deze andere sectoren circa twee derde tot driekwart van de werknemers in een MO-relevante functie van mening was dat hun functie goed aansloot op hun opleidingsniveau, was 20 tot 30% van mening dat hun functieniveau lager is dan hun opleidingsniveau. Een klein deel (4 tot 8%) was van mening dat hun functieniveau juist hoger is dan het niveau van de opleiding die ze hebben genoten.

Tabel 2.3: Ervaren aansluiting kennis, vaardigheden en opleidingsniveau bij huidige functie of werk (in percentages)

MO-relevante sector:	GGZ[1] N=49	V & V[2] en thuiszorg N=1427	Gehandicaptenzorg N=172	WMD[3] N=393	Jeugdhulp N=201
Het functieniveau is...					
• ...in overeenstemming met mijn opleidingsniveau	93,3	63,9	69,9	61,6	74,9
• ...lager dan mijn opleidingsniveau	2,4	27,8	26,0	30,5	19,7
• ...hoger dan mijn opleidingsniveau	4,3	8,3	4,1	7,9	5,4
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%
Mijn kennis en vaardigheden ...					
• ...zijn voor een ander vak dan het huidige werk (%)	6,5	25,9	11,9	14,7	12,8
• ...zijn verouderd doordat het werk anders is geworden (%)	8,3	15,7	5,5	13,4	10,7
• ...zijn niet voldoende praktijkgericht (%)	3,2	12,1	14,5	5,1	6,2

1= Geestelijke Gezondheidszorg, 2=Verpleging en Verzorging, 3=Welzijn en Maatschappelijke dienstverlening

Bron: NIVEL-bewerking WNE-2015

Kijken we naar de waardering van de kennis en vaardigheden van (tabel 2.3), dan valt op dat vooral de werknemers die een MO-relevante functie vervullen binnen de sector V & V en thuiszorg minder te spreken zijn over de aansluiting van hun kennis en vaardigheden op hun huidige werk. In 2015 gaf ruim een kwart van hen aan dat de kennis en vaardigheden die ze hebben niet aansluit bij hun huidige werk. Circa 16% vermeld dat hun kennis en vaardigheden verouderd zijn doordat het werk anders is geworden. Ook een relatief groot deel van de werknemers in een MO-relevante functie binnen de WMD sector was van mening dat hun kennis en vaardigheden verouderd zijn (13%) en niet meer passen bij hun huidige werk (15%). Van de werknemers in een MO-relevante functie binnen de gehandicaptenzorg was 15% van mening dat hun kennis en vaardigheden niet voldoende praktijkgericht zijn. Ook 12% van de werknemers in een MO-relevante functie binnen de thuiszorg vond dit het geval.

Voor een juiste interpretatie van deze gegevens is het belangrijk te weten dat het beeld dat we hierboven schetsen van de werknemers in een MO-relevante functie niet substantieel afwijkt van het totale beeld van de werknemers die in 2015 werkzaam waren binnen de zorg of het welzijn in Nederland (WNE 2015). Het beeld is dus niet specifiek voor de professionals werkzaam in de maatschappelijke ondersteuning en ook het beeld van 2015 is niet heel anders dan dat van 2013; het jaartal waarin de Hervorming langdurige zorg (Hlz) heeft plaatsgevonden.

Ervaren veranderingen binnen de zorg en het welzijn

Tabel 2.4 laat zien in hoeverre werknemers werkzaam in de maatschappelijke ondersteuning in 2015 aangaven zelf te maken te hebben gehad in hun werk met de veranderingen in de zorg en het welzijn. En zo ja, welke gevolgen dit dan voor hen had. Het is duidelijk zijn dat het overgrote deel van de werknemers in een MO-relevante functie (variërend tussen 78 en 94% per sector) te maken heeft gehad met de recente hervormingen. Een flink deel (32 tot 57%) van degenen die te maken kregen met veranderingen gaf aan dat ze andere kennis en vaardigheden nodig hebben vanwege die veranderingen. Ook andere gevolgen worden frequent genoemd (tabel 2.4).

Vergelijken we deze cijfers met de cijfers die Evers' et al.(2015) rapporteren over alle werknemers binnen de geselecteerde sectoren, dan zien we geen opmerkelijke verschillen. We concluderen hieruit dat de resultaten dus niet heel anders zijn voor werknemers in een MO-relevante functie dan voor andere werknemers binnen de geselecteerde sectoren. Van de werknemers die werkzaam waren in andere sectoren, zoals de ziekenhuiszorg, de huisartsenzorg of de kinderopvang, gaf wél een kleiner deel (variërend tussen 36% en 55%) aan in hun werk te maken te hebben gehad met de veranderingen in de zorg en het welzijn. Een derde tot de helft van deze werknemers uit deze sectoren rapporteerde andere kennis en vaardigheden nodig te hebben, hetgeen dus niet verschilt van onze resultaten.

Tabel 2.4: Mate waarin mensen werkzaam (als werknemer) in een MO-relevante functie binnen een MO-relevante sector en sub-branche in hun werk te maken hebben gehad met veranderingen in de zorg en welzijnssector; schattingen op basis van WNE-2015 (in percentages)

MO-relevante sector:	GGZ[1]	V & V[2] enthuiszorg	Gehandicaptenzorg	WMD[3]	Jeugdhulp
Kenmerk:	**N=49**	**N=1427**	**N=172**	**N=393**	**N=201**
Zegt te maken te hebben gehad met veranderingen (%)	94,4	79.2	85,8	78,4	92,6
Gevolgen van deze veranderingen (%)	N=46	N=1130	N=148	N=308	N=187
• Ik heb andere competenties (kennis en vaardigheden) nodig.	34,9	31,6	44,4	57,3	56,0
• Ik krijg een andere functie.	5,0	7,3	26,2	19,5	26,0
• Ik ga op een andere locatie werken.	19,7	12,2	35,6	25,6	36,3
• Ik ga voor een andere cliëntgroep werken.	32,1	10,0	32,0	30,7	28,2
• Ik ben boventallig verklaard.	5,2	4,9	4,1	3,1	9,6
• Het dienstverleningsaanbod van de organisatie is veranderd.	61,7	38,8	55,4	56,5	51,5
• Het werk is overgenomen door een andere werkgever.	12,0	8,8	5,7	11,2	9,7

1= Geestelijke Gezondheidszorg, 2=Verpleging en Verzorging, 3=Welzijn en Maatschappelijke dienstverlening

Bron: NIVEL-bewerking WNE-2015

Ervaren problemen en gepercipieerde oplossingen

Hoewel uit tabel 2.4 naar voren komt dat veel mensen te maken hebben (gehad) met de veranderingen in de maatschappelijke ondersteuning, en maar liefst 32% tot 57% van hen andere competenties denkt nodig te hebben, rapporteert slechts een klein deel dit als problematisch ervaren lacune in hun kennis of vaardigheden: 8% tot 16% (tabel 2.5). Als oplossing hiervoor wordt vooral gedacht aan extra scholing of cursussen. Relatief veel werknemers in de jeugdhulp denken daarnaast baat te hebben bij extra begeleiding op de werkplek en door zelf ervaring op te doen met een nieuwe manier van werken.

Tabel 2.5: Mate waarin mensen werkzaam (als werknemer) in een MO-relevante functie binnen een MO-relevante sector en sub-branche een lacune in hun kennis en vaardigheden ervaren bij het uitoefenen van hun huidige functie en de oplossingen die zij daarvoor zien; schattingen op basis van WNE-2015 (in percentages)

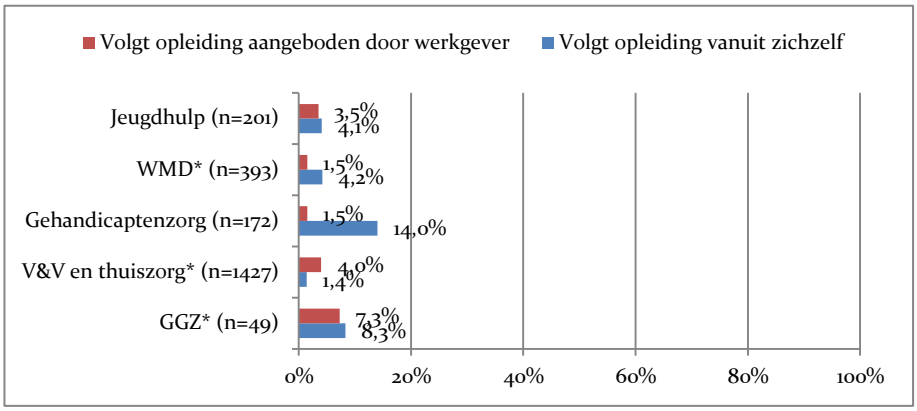
MO-relevante sector:	GGZ[1] N=49	V & V[2] en thuiszorg N=1.427	Gehandicaptenzorg N=172	WMD[3] N=393	Jeugdhulp N=201
Ervaart problemen bij de uitoefening van de huidige functie wat betreft kennis en vaardigheden (%)	15,1	10,2	7,5	16,3	10,4
Hoe kan de aansluiting worden verbeterd? (%)	N= 7	N=146	N=13	N=64	N=21
• Extra scholing of cursussen	-	58,9	-	47,5	75,7
• Door meer ervaring op te doen	-	26,5	-	24,6	54,7
• Extra begeleiding	-	2,6	-	36,0	60,9
• Door een andere functie binnen de instelling/het bedrijf	-	5,2	-	17,8	28,2
• Door een andere soort functie in een andere instelling/ander bedrijf	-	11,8	-	12,5	22,2
• Door eenzelfde soort functie in een andere instelling/ander bedrijf	-	3,5	-	2,9	22,1
• Anders	-	4,4	-	10,0	7,5
• Weet niet	-	10,0	-	23,8	6,7

1= Geestelijke Gezondheidszorg, 2=Verpleging en Verzorging, 3=Welzijn en Maatschappelijke dienstverlening

Bron: NIVEL-bewerking WNE-2015

Wanneer wordt gevraagd naar extra scholing of cursussen, geven echter relatief weinig werknemers in de MO-relevante sectoren aan (op het moment van enquêtering) ook daadwerkelijk een opleiding te volgen; zoals figuur 2.5 weergeeft.

Figuur 2.5: Percentage mensen werkzaam (als werknemer) in een MO-relevante functie binnen een MO-relevante sector en sub-branche dat momenteel (in 2015) in hun werk een opleiding volgt; schattingen op basis van WNE-2015



*GGZ= Geestelijke Gezondheidszorg, V&V =Verpleging en Verzorging, WMD =Welzijn en Maatschappelijke dienstverlening

Bron: NIVEL-bewerking WNE-2015

Wordt echter gevraagd naar het volgen van trainingen en cursussen, in het jaar vóór enquêtering, dan zijn de percentages significant hoger. Dit word getoond door tabel 2.6, waar vooral de medewerkers in de jeugdhulp eruit springen. Ook deze sector kwam naar voren in de tabel 2.4 waarin de ervaren kennis-lacunes ook voor de jeugdhulp-medewerkers het hoogst was.

Tabel 2.6: Percentage mensen werkzaam (als werknemer) in een MO-relevante functie binnen een MO-relevante sector en sub-branche dat in het afgelopen jaar (2014) in hun werk een training of cursus heeft gevolgd; schattingen op basis van WNE-2015

MO-relevante sector:	GGZ[1]	V & V[2] en thuiszorg	Gehandicaptenzorg	WMD[3]	Jeugdhulp
Heeft u in 2014 één van de volgende trainingen of cursussen gevolgd? (%)	N=49	N=1427	N=172	N=393	N=201
• Ja, een vakinhoudelijke training of cursus (toepasbaar in huidige functie)	54,5	41,1	51,8	44,1	73,2
• Ja, een training of cursus gericht op vaardigheden (bijvoorbeeld communicatieve, probleemoplossende of leidinggevende vaardigheden)	14,2	10,5	31,4	34,3	39,0
• Ja, een bedrijfsspecifieke training of cursus (met kans op andere functie binnen de organisatie)	1,1	2,5	4,0	2,6	7,2
• Ja, een training of cursus gericht op de overgang naar het sociale domein	4,7	4,1	16,7	12,3	8,1
• Ja, een andere op het werk gerichte training of cursus	11,5	11,0	14,0	10,3	9,7
• Nee, ik heb geen training of cursus gevolgd maar had daar wel behoefte aan	15,1	14,1	10,2	7,4	6,8
• Nee, ik heb geen training of cursus gevolgd en had daar geen behoefte aan	15,8	32,0	20,1	20,2	4,9

1= Geestelijke Gezondheidszorg, 2=Verpleging en Verzorging, 3=Welzijn en Maatschappelijke dienstverlening

Bron: NIVEL-bewerking WNE-2015

Desgevraagd naar de reden voor het volgen van training en cursussen geeft tabel 2.7 aan dat het verbeteren van de uitvoering van taken en werkzaamheden het belangrijkste motief is. Ook speelt persoonlijke interesse een grote rol, maar niet in alle sectoren even sterk. Werknemers in de sector welzijn en maatschappelijke dienstverlening scoren hier met 21% relatief laag en vallen op omdat zij veel meer dan werknemers in andere sectoren aangeven dat zij training en cursussen volgden om hun functie te behouden.

Tabel 2.7: Percentage mensen werkzaam (als werknemer) in een MO-relevante functie binnen een MO-relevante sector en sub-branche dat in het afgelopen jaar (2014) in hun werk een training of cursus heeft gevolgd naar de reden daarvoor; schattingen op basis van WNE-2015

MO-relevante sector:	GGZ[1]	V & V[2] en thuiszorg	Gehandicaptenzorg	WMD[3]	Jeugdhulp
	N=34	N=770	N=120	N=284	N=178
Wat was de reden om in 2014 deze training(en)/cursus(sen) te volgen? (%)					
Om de taken en werkzaamheden binnen mijn functie beter uit te kunnen voeren	59,6	75,2	76,6	78,2	80,8
Herhalingstraining of –cursus om registratie te behouden (bijvoorbeeld BIG-registratie)	29,5	28,3	21,5	11,9	30,3
Uit persoonlijke interesse	40,7	30,4	26,0	21,1	41,9
Om mijn eigen functie te kunnen behouden	10,8	10,4	4,1	20,3	8,7
Verhogen van kansen op een hogere functie bij huidige werkgever	1,9	3,9	8,5	14,8	4,0
Verhogen kansen op een andere functie op vergelijkbaar niveau bij huidige werkgever	0,0	2,9	5,2	1,0	4,2
Verhogen kansen op een functie bij een andere werkgever in dezelfde sector	2,2	1,2	5,0	1,1	7,9
Verhogen kansen op een functie in een andere sector	0,0	0,2	4,4	0,1	1,2
Ik was deze opleiding al begonnen voordat ik in deze functie ging werken	8,5	0,5	3,3	1,9	2,4
Anders	6,1	7,3	11,1	8,3	6,6

1= Geestelijke Gezondheidszorg, 2=Verpleging en Verzorging, 3=Welzijn en Maatschappelijke dienstverlening

Bron: NIVEL-bewerking WNE-2015

3 Ontwikkelingen die de vraag naar maatschappelijke ondersteuning beïnvloeden

In dit hoofdstuk worden ontwikkelingen uiteengezet die van invloed zijn op de vraag naar en het aanbod van maatschappelijke ondersteuning. Allereerst zullen de demografische ontwikkelingen en voorspellingen voor de toekomst aan bod komen, gevolgd door ontwikkelingen in de volksgezondheid, ontwikkelingen in het onderwijs en het beroepenveld van de maatschappelijke ondersteuning en tot slot ontwikkelingen op meso- en macroniveau.

Hoofdpunten in dit hoofdstuk:

- *Mensen leven langer in goede gezondheid zonder fysieke beperkingen. Voorlopig blijft echter de als goed ervaren gezondheid van mensen achter op de feitelijke stijging van de levensverwachting.*
- *Omdat meer mensen tot hoge leeftijd zelfstandig blijven wonen wordt er vaker beroep gedaan op MO.*
- *De samenleving wordt complexer en veeleisender en niet alle burgers kunnen hierin mee komen. Zij zullen meer ondersteuning vragen. Ook migratie vergroot het volume aan cliënten voor MO.*
- *Er is een toenemende aandacht voor profilering van de beroepen binnen de MO en het hierbij behorende onderwijs. In het kader hiervan zijn enkele profileringsinitiatieven opgestart*
- *Vanuit de beroepsgroep wordt gestreefd naar een meer generalistische insteek van maatschappelijke ondersteuning, waarbij toch de identiteit van de verschillende beroepsgroepen behouden wordt.*

3.1 Aanpak

In dit hoofdstuk worden enkele (verwachte) ontwikkelingen in Nederland beschreven, die van invloed kunnen zijn op de vraag naar maatschappelijke ondersteuning en/of het aanbod van professionals werkzaam binnen de maatschappelijke ondersteuning.

3.2 Demografische ontwikkelingen

Volgens de meest recente prognose van het CBS (2014a) zal de Nederlandse bevolking tussen 2017 en 2044 van 17,0 naar 18,0 miljoen inwoners groeien. De sterkste groei zal hierbij naar verwachting plaatsvinden in de komende 8 à 10 jaar.

Kijken we tot 2025 (tabel 3.1), dan zal de Nederlandse bevolking reeds in 2025 met bijna een half miljoen inwoners zijn toegenomen (tot 17,5 miljoen).

Tabel 3.1: Omvang van de Nederlandse bevolking, prognose 2017-2025

Jaar	Aantal inwoners	Aantal per leeftijdsgroep			Percentage per leeftijdsgroep		
		0 t/m 19 jaar	20 t/m 64 jaar	65 jaar en ouder	0 t/m 19 jaar	20 t/m 64 jaar	65 jaar en ouder
2017	17.045.154	3.810.723	10.06. 561	3.164.871	22,4	59,1	18,6
2018	17.118.414	3.804.947	10.067.039	3.246.427	22,2	58,8	19
2019	17.186.002	3.793.795	10.067.914	3.324.292	22,1	58,6	19,3
2020	17.248.834	3.781.970	10.064.814	3.402.050	21,9	58,4	19,7
2021	17.306.578	3.765.381	10.061.688	3.479.509	21,8	58,1	20,1
2022	17.363.350	3.753.462	10.050.653	3.559.235	21,6	57,9	20,5
2023	17.418.656	3.744.305	10.034.828	3.639.523	21,5	57,6	20,9
2024	17.472.464	3.736.822	10.014.475	3.721.167	21,4	57,3	21,3
2025	17.524.138	3.736.660	9.981.836	3.805.642	21,3	57	21,7

Bron: CBS-data 2014

Tabel 3.1 laat ook zien dat in 2025 21,7% van de bevolking 65 jaar of ouder is. Daarmee is deze leeftijdsgroep dan voor het eerst groter dan de groep van 0 t/m 19 jaar. De demografische druk[7] stijgt van 69,3 in 2017 naar 75,6 in 2025. De belangrijkste oorzaak van de verwachte groei is de internationale migratie. Vanaf 2017 wordt weliswaar voor het eerst in jaren een lichte daling van het migratiesaldo[8] verwacht (2017: 36.276), maar ook in 2025 zal het saldo nog circa 19.370 bedragen. Daarnaast draagt de verwachte stijging van de levensduur bij aan de groei van het aantal inwoners in Nederland. De levensduur bij geboorte neemt naar verwachting over de periode 2017-2025 toe, van 80,4 naar 81,8 jaar bij mannen en van 83,7 naar 84,6 bij vrouwen. Mannen die in 2017 65 jaar worden hebben dan naar verwachting nog 18,8 jaar te leven; vrouwen 21,3 jaar. Mannen die in 2025 65 jaar worden hebben dan nog een levensverwachting van 19,7 jaar; vrouwen van 21,9 jaar (CBS, 2014a).

[7] Dit is de som van het aantal mensen in de leeftijdsgroepen van 0 t/m 19 jaar en 65 jaar en ouder, gedeeld door het aantal mensen in de leeftijdsgroep van 20 t/m 64 jaar. Het geeft een indicatie van de verhouding tussen het niet-werkende deel van de bevolking ten opzichte van het werkende deel.

[8] Immigratie minus emigratie (inclusief saldo administratieve correcties).

Voor de maatschappelijke ondersteuning impliceren deze demografische ontwikkelingen een toenemende en veranderende zorgvraag (meer ouderen en meer mensen met een migratieachtergrond).

3.3 Ontwikkelingen in de volksgezondheid

Gebaseerd op tabel 3.1 kunnen we stellen dat mensen in Nederland de komende jaren langer leven, maar doen ze dat ook in goede gezondheid en als voorwaardig lid van de samenleving? Wat een goede gezondheid is, kan op verschillende manieren worden gedefinieerd. Klassiek is de definitie van de WHO uit 1948: *"Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken."* Ook in het concept 'positieve gezondheid' dat Huber in Nederland introduceerde wordt er vanuit gegaan dat gezondheid niet meer gezien kan worden als de af- of aanwezigheid van ziekte. Het gaat om 'het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren' (Huber et al., 2011). Het concept positieve gezondheid heeft juist na de transities in het sociale domein grote bekendheid gekregen en ook gemeenten geïnspireerd om van het aanbod aan zorgverlening een meer samenhangend geheel te maken en een integrale zorg- en welzijnsbeleid voor hun bewoners te ontwikkelen (Huber, van Vliet en Boers, 2016).

Wanneer we terugkijken in de tijd zien we dat in de periode 1981-2011 de levensverwachting zonder chronische ziekten van mensen in Nederland daalde, terwijl de feitelijke levensverwachting toenam. Hierdoor nam het aantal jaren dat mensen met chronische ziekten leven aanzienlijk toe; bij mannen van 18 naar 31 jaar en bij vrouwen van 25 naar 42 jaar (CBS, 2014b). Kijken we naar de levensverwachting zonder fysieke beperkingen, dan steeg deze juist over de periode 1981-2011: bij mannen van 65 tot 72 jaar en bij vrouwen van 64 tot 70 jaar. Gecombineerd met de stijgende levensverwachting, resulteerde dit in een daling van het aantal levensjaren met fysieke beperkingen; voor mannen met één en voor vrouwen met twee jaar. Tenslotte blijkt dat, hoewel de levensverwachting in als goed ervaren gezondheid over de periode 1981-2011 bij vrouwen ongeveer gelijk bleef (rond circa 62 jaar) en bij mannen steeg (van 60 naar 65 jaar), het aantal levensjaren in goede gezondheid iets afnam door de (grotere) stijging van de feitelijke levensverwachting (CBS, 2014b).

Uitgaande van de hiervoor geschetste trends en de aanname dat deze trends zich de komende jaren op dezelfde wijze zullen voortzetten, heeft het CBS berekend dat in 2030 de levensverwachting zonder fysieke beperkingen zal zijn gestegen. Voor mannen is deze dan bij geboorte 75,6 jaar en voor vrouwen 73,8 jaar. De kloof tussen de feitelijke levensverwachting en de levensverwachting zonder fysieke beperkingen wordt dus waarschijnlijk kleiner.

De stijging van de levensverwachting in als goed ervaren gezondheid blijft echter iets achter bij de stijging van de feitelijke levensverwachting.

Voor de maatschappelijke ondersteuning impliceren deze ontwikkelingen in de volksgezondheid vooralsnog geen afname van de vraag in zorg in de komende jaren, bijvoorbeeld tot 2025. Op de lange termijn zal voortzetting van de huidige trend betekenen dat meer mensen langer in goede gezondheid en zonder fysieke beperkingen leven. Voor de kortere termijn impliceren de ontwikkelingen echter toch vooral een toenemende vraag naar maatschappelijke ondersteuning, omdat meer mensen langer leven en de stijging van de levensverwachting in als goed ervaren gezondheid wat achterblijft op de feitelijke stijging van de levensverwachting.

3.4 Ontwikkelingen in de wensen/behoeften van cliënten

Behalve door demografische ontwikkelingen en ontwikkelingen op het gebied van de (volks)gezondheid, zal de vraag naar maatschappelijke ondersteuning de komende jaren ook beïnvloed worden door veranderingen in de kennis, opvattingen en vaardigheden van burgers. Zoals in paragraaf 1.1 reeds werd geschetst, is het uitgangpunt van het beleid achter de maatschappelijke ondersteuning die gemeenten organiseren de eigen kracht en verantwoordelijkheid van burgers, waarbij nadrukkelijk ook een beroep wordt gedaan op hun sociale netwerk. In deze paragraaf beschrijven we de huidige opvattingen, ervaringen en vaardigheden van burgers en gaan we na op welke manier deze de huidige en toekomstige vraag naar (professionals voor) maatschappelijke ondersteuning beïnvloeden.

Eigen rol en verantwoordelijkheid

De verschuiving van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving vraagt om actieve burgers die zelf de regie over hun eigen leven willen en kunnen voeren. Onderzoek van enkele jaren geleden laat zien dat veel mensen het zelf ook belangrijk vinden om de regie te voeren als het gaat om hun eigen zorg of ondersteuning. Over het algemeen wordt gezamenlijke besluitvorming binnen de zorg door de meeste patiënten belangrijk gevonden, maar mensen met een laag opleidingsniveau hechten hier iets minder waarde aan, evenals mannen. Patiënten van 45 jaar en ouder vinden het juist nog belangrijker dan jongere patiënten om actief betrokken te zijn in de besluitvorming over hun zorg (Rademakers et al., 2012). Dit beeld komt ook naar voren uit recent onderzoek onder mensen met lichamelijke chronische ziekten. Op de vraag “Ik vind het belangrijk om de regie over mijn zorg zoveel mogelijk in eigen hand te houden” is het gemiddelde belangcijfer 8,7, op een schaal van 1 tot 10 (Heijmans et al., 2017). Ook in dit onderzoek gaven laag opgeleide mensen en mannen een iets lager belangcijfer voor de eigen regierol dan hoog opgeleiden en vrouwen.

Ook zien we dat mensen jonger dan 40 jaar iets minder belang aan de regierol hechten. Uit dit laatste onderzoek komt tevens naar voren dat 75-plussers en mensen met een slechtere of complexere gezondheidstoestand het wat minder belangrijk vinden om de regie over hun zorg zoveel mogelijk in eigen hand te houden, maar ook bij deze groepen ligt het gemiddelde belangcijfer nog op een ruime 8.
Uit hetzelfde onderzoek van Heijmans en collega's (2017) komt ook naar voren dat mensen met lichamelijke chronische ziekten er over het algemeen ook in slagen om de eigen regie te voeren (gemiddelde ervaringscijfer 8,1, op een schaal van 1 tot 10). Mensen die laag zijn opgeleid lukt dat wat minder goed dan mensen die hoog zijn opgeleid. En ook mensen met ernstiger beperkingen of meer chronische zieken slagen hier wat minder goed in. Opvallend is wel dat veel mensen zich niet echt gestimuleerd voelen door hun zorgverleners om zelf de regie over hun zorg te nemen; met een gemiddeld cijfer van 6,1 is dit maar net een voldoende. Mensen die laag zijn opgeleid voelen zich nog minder gestimuleerd door hun zorgverleners om zelf de regie te nemen. Ook voelen laag opgeleiden zich minder door hun zorgverleners geholpen om zelf de regie te nemen.

Het ervaren van de regie over het eigen leven hangt samen met de mate waarin ouderen erin slagen om zelfstandig te blijven wonen. Uit onderzoek van het SCP in samenwerking met de VU en het VUmc komt naar voren dat van een groep 65-plussers die in 1998 weinig regie over het leven ervoeren, 14 jaar later 10 procent minder mensen zelfstandig woonden dan van degenen die destijds meer regie ervoeren (van Campen et al., 2017). De onderzoekers berekenden ook dat wanneer het aandeel 65-plussers dat regie over het eigen leven ervaart met 10 procentpunten toeneemt, dit waarschijnlijk tot gevolg zal hebben dat drie jaar later 10 procent minder 65-plussers (ca. 15.000 personen) in een verzorging- of verpleeghuis wonen. Het ervaren van regie over het eigen leven resulteert dus in meer ouderen die zelfstandig blijven wonen. Dit betekent waarschijnlijk wel dat deze mensen dan daarbij ondersteuning nodig zullen hebben, hetzij vanuit hun sociaal netwerk, hetzij van professionals. Dit kan betekenen dat de vraag naar maatschappelijke ondersteuning hierdoor toeneemt.

Kennis en gezondheidsvaardigheden

Behalve dat mensen een actieve rol moeten willen vervullen, moeten ze dat ook kunnen. Daarom is er de laatste jaren veel aandacht voor (laag-)geletterdheid, gezondheidsvaardigheden en digitale vaardigheden van burgers.

De Algemene Rekenkamer heeft berekend dat in 2012 in Nederland naar schatting 2,5 miljoen mensen van 16 jaar en ouder wonen die laaggeletterd (taalniveau 1F of lager) of laag gecijferd zijn. Deze mensen hebben grote moeite met lezen, schrijven en/of rekenen.

De Stichting Lezen en Schrijven vermeldt op haar website dat het gaat om ongeveer 1,3 miljoen mensen jonger dan 65 jaar en bijna 600.000 65-plussers, en dat deze mensen vaak ook beperkte digitale vaardigheden hebben (www.lezenenschrijven.nl). Vanuit het ondersteuningsprogramma Taal voor het Leven kunnen gemeenten ondersteuning krijgen om op lokaal niveau laaggeletterdheid aan te pakken. Dat begint bij het herkennen van laaggeletterdheid en het identificeren van laaggeletterden. In diverse gemeenten hebben sociale wijkteams daarin een sleutelrol gekregen. In samenwerking met Movisie kunnen wijkteamprofessionals een gratis online minicursus volgen in het herkennen en bespreekbaar maken van laaggeletterdheid (www.taalvoorhetleven.nl).

Gezondheidsvaardigheden hebben specifiek betrekking op het kunnen omgaan met informatie over gezondheid en zorg. Het begrip behelst meer dan het kunnen lezen van dergelijke informatie; het gaat om cognitieve en sociale vaardigheden om gezondheidsinformatie te verkrijgen, te begrijpen en te gebruiken in de eigen situatie (Sørensen et al., 2015). Bijna één op de drie Nederlanders geeft aan moeite te hebben met het verkrijgen, begrijpen, beoordelen en gebruiken van gezondheidsinformatie. Daarbij zijn enkele groepen in het bijzonder kwetsbaar: ouderen, mensen met beperkingen, mensen met een laag inkomen of een laag opleidingsniveau en mensen met een niet-westerse achtergrond. Dit zijn ook groepen burgers die waarschijnlijk vaker maatschappelijke ondersteuning nodig hebben.

De Nederlandse samenleving digitaliseert en dat geldt ook voor overheden, uitvoeringsorganen en aanbieders van zorg en ondersteuning. Maar het lukt niet iedereen om gelijke tred te houden met deze ontwikkelingen, waardoor een kloof aan het ontstaan is tussen mensen die wel en niet kunnen profiteren van digitale technologie. Het SCP waarschuwt in zijn toekomstvisie 'De toekomst tegemoet' dat de samenleving complexer en veeleisender wordt, waardoor de lat van zelfredzaamheid voor een groeiende groep mensen te hoog komt te liggen. Daarbij wordt vooral gedacht aan ouderen die minder goede digitale en sociale vaardigheden hebben (van den Broek et al., 2016).

Ondersteuning door vrijwilligers en mantelzorgers

In de meest brede definitie van het begrip gezondheidsvaardigheden wordt eveneens rekening gehouden met de sociale vaardigheden en het sociale vangnet van mensen. De gedachte is dat mensen die zelf bepaalde vaardigheden missen dat kunnen compenseren door de hulp van anderen in te schakelen. Voor de toekomst verwacht het SCP dat er in de Nederlandse samenleving steeds minder vaste sociale verbanden komen en mensen steeds meer zelf kiezen met wie zij omgaan, wat het risico met zich meebrengt dat bevolkingsgroepen elkaar minder ontmoeten (van den Broek et al., 2016).

Vooral ouderen zijn sociaal kwetsbaar, omdat hun sociaal netwerk kleiner wordt door ziekte en overlijden van leeftijdgenoten. Hierdoor neemt het risico op eenzaamheid toe. Tegelijkertijd zullen zij ook vaker voor praktische zaken een beroep op vrijwilligers of professionals moeten doen, omdat zij in mindere mate op de zogenaamde gebruikelijke zorg vanuit hun sociaal netwerk kunnen rekenen.

Het belang van het hebben van een groot sociaal netwerk voor ouderen komt naar voren uit het eerder genoemde onderzoek van het SCP in samenwerking met de VU en het VUmc. De onderzoekers vonden dat van de 65-plussers die in 1998 een groot sociaal netwerk hadden 14 jaar later twee derde nog zelfstandig woonde, terwijl dat voor minder dan de helft van de ouderen gold die destijds een klein sociaal netwerk hadden (van Campen et al., 2017). Zij becijferden ook dat tien procent meer informele en/of particuliere hulp naar verwachting drie jaar later zal resulteren in een geringe afname (-2%) van gebruikers van Wmo-gefinancierde huishoudelijke hulp (ca. 2500 personen) en eenzelfde afname van mensen die in een verzorgings- of verpleeghuis wonen (ca. 2500 personen).

De hierboven geschetste ontwikkelingen overziend, verwachten we dat de komende vijf à tien jaar de vraag naar maatschappelijke ondersteuning zal toenemen. Enerzijds omdat meer mensen tot op hoge leeftijd zelfstandig zullen blijven wonen, waardoor met name meer ouderen een beroep zullen doen op maatschappelijke ondersteuning (huishoudelijke hulp, vervoersvoorzieningen, etc.). Anderzijds omdat de samenleving complexer en veeleisender wordt en niet alle burgers hierin mee kunnen. Dit laatste geldt niet specifiek voor ouderen, maar voor alle burgers met een minder goede geletterdheid of met minder goede sociale en digitale vaardigheden. Voor deze mensen is het bijvoorbeeld moeilijker om een baan te vinden of toegang te hebben en adequaat gebruik te maken van digitale ondersteuning en voorzieningen, waardoor ze minder zelfredzaam zijn. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR, 2017) pleit daarom voor een realistisch perspectief bij het stimuleren en realiseren van redzaamheid onder burgers.

Cliëntenervaringen met de Wmo

Sinds een aantal jaar worden cliëntervaringsonderzoeken door (of: in opdracht van) gemeenten uitgevoerd die inzicht bieden in hoeverre de gemeente weet aan te sluiten bij de behoeften van inwoners en hoe tevredenheid zij over de MO zijn. In elk cliëntervaring-onderzoek worden verplicht tien vragen en stellingen voorgelegd zoals beschreven in box 3.1. Daarmee kunnen de ervaringen van inwoners met de geboden hulp en ondersteuning op een vergelijkbare manier gemeten worden, en doet het onderzoek dienst als instrument om de ontwikkelingen van de (W)mo te monitoren (VNG 2017).

Het cliëntervaringsonderzoek is zowel op nationaal als lokaal niveau een belangrijk instrument om inzicht te krijgen in hoe cliënten de ondersteuning vanuit de Wmo 2015 ervaren. De resultaten bieden input voor gemeentecolleges om het gevoerde beleid te evalueren en te verbeteren. Daarnaast zijn de resultaten van het cliëntervaringsonderzoek belangrijk voor het lokale debat omdat het de raad ondersteunt in het uitoefenen van haar horizontale verantwoording. Het landelijk verplichte deel van het cliëntervaringsonderzoek Wmo 2015 speelt ook daarin een rol. De jaarlijkse, landelijke rapportage is via www.waarstaatjegemeente.nl te raadplegen waarmee cliëntervaringen in de eigen gemeente vergeleken kunnen worden met de ervaringen van andere gemeenten, als basis voor continue kwaliteitsverbetering.

Box 3.1: De 10 verplichte CEO –Wmo vragen en stellingen (VNG, 2017)

1. Ik wist waar ik moest zijn met mijn hulpvraag.
2. Ik werd snel geholpen.
3. De medewerker nam mij serieus.
4. De medewerker en ik hebben in het gesprek samen naar oplossingen zocht.
5. Wist u dat u gebruik kon maken van een onafhankelijke cliëntondersteuner?
6. Ik vind de kwaliteit van de ondersteuning die ik krijg goed.
7. De ondersteuning die ik krijg past bij mijn hulpvraag.
8. Door de ondersteuning die ik krijg, kan ik beter de dingen doen die ik wil.
9. Door de ondersteuning die ik krijg kan ik mij beter redden.
10. Door de ondersteuning die ik krijg heb ik een betere kwaliteit van leven.

Uit de laatste publicatie op www.waarstaatjegemeente.nl blijkt onder meer dat wanneer we naar Nederland als geheel kijken, 70% van de inwoners positief is over het samen naar oplossingen zoeken met een Wmo-medewerker. 77% van de inwoners van Nederland was van mening dat de (Wmo)ondersteuning die hij/zij ontving paste bij de eigen hulpvraag en 74% vond dat door de ondersteuning die hij/zij kreeg ze beter de dingen konden doen die ze wilden doen (CEO Wmo, 2016).

3.5 Ontwikkelingen in het onderwijs en beroepenveld

De nieuwe behoeften en eisen die aan de deskundigheid van professionals worden gesteld om kwetsbare burgers in en met hun eigen omgeving te begeleiden en te ondersteunen worden door de opleidingen opgepakt door middel van verschillende professionaliseringsinitiatieven. Samen met beroeps- en brancheverenigingen wordt gestreefd naar een dynamische sociale sector waarin gedreven professionals op effectieve wijze maatschappelijke vraagstukken aanpakken.

Een belangrijk initiatief is het in 2012 gestarte het Landelijk Actieprogramma Professionalisering Welzijn & Maatschappelijke dienstverlening (Professionaliseren in welzijn, 2017; Jumelet & Luttik, 2012). Dit actieprogramma verbindt alle partners in de branche: Sociaal Werk Nederland (voorheen MO groep), vakbonden FNV Zorg en Welzijn en CNV Zorg & Welzijn, beroepsverenigingen 'Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk'(BPSW) en BV Jong, Vereniging Hogescholen, de MBO-raad en Movisie. Daarnaast zorgt het programma ervoor dat landelijke, regionale en lokale programma's op elkaar afgestemd worden. Het doel van het actieprogramma is om het vakmanschap, de autonomie en de beroepsidentiteit van sociaal werkers te versterken.
Dit is verwoord in drie prioriteiten:

1. *"Krachtig profileren van sociaal werk als één beroep met meerdere varianten, door het ontwerpen en inrichten van een Huis van de sociaal werker waarin generalisten en specialisten onderdak vinden.*
2. *Het vaststellen van een kwaliteitskader voor professioneel sociaal werk, gewaarborgd in een beroepsregister sociaal werk, waarbij wordt gestreefd naar samenhang met de registratie in de jeugdhulp.*
3. *Samen met wetenschap, beroepsonderwijs en kennisnetwerken ontwikkelen van een kennisfundament voor de opleiding en de uitoefening van het beroep van sociaal werker".*

In het kader van dit actieprogramma zijn verschillende producten ontwikkeld die allemaal bijdragen aan het verstevigen van de beroepsuitoefening van de sociaal werker in al zijn functies. Centraal hierin staan 'De competenties Maatschappelijke Ondersteuning'(Vlaar et al. 2012). Deze set is begin 2013 ontwikkeld en beschrijft de tien competenties waar in de uitvoering van de Wmo en Welzijn Nieuwe Stijl nadruk op ligt (zie box 3.2). De tien competenties zijn opgesteld als noodzakelijk voor organisaties en uitvoerende professionals in de welzijnsbranche; maar ook voor andere professionals die werken aan zelfregie, participatie en sociale samenhang. Het Actieprogramma presenteert de 10 competenties als aanscherping van de beroepenstructuur en de basishouding en kernkwaliteiten van 'eerstelijns beroepskrachten in een actueel kader'. De competenties bouwen voort op bestaande competentieprofielen, het beroepsprofiel, de beroepscode en de beroepsstandaarden van de BPSW.

Box 3.2: De 10 competenties Maatschappelijke Ondersteuning

- Versterkt eigen kracht en zelfregie.
- Stimuleert verantwoordelijk gedrag.
- Is zichtbaar en gaat op mensen af.
- Verheldert vragen en behoeften.
- Verbindt gezamenlijke en individuele aanpak.
- Stuurt aan op betrokkenheid en participatie.
- Werkt samen en versterkt netwerken.
- Beweegt zich in uiteenlopende systemen.
- Doorziet verhoudingen en anticipeert op veranderingen.
- Benut professionele ruimte en is ondernemend.

Deze tien competenties sluiten aan bij het levensbrede en integrale karakter van de Wmo, zoals toegelicht in de Memorie van toelichting[9]. Mensen die zich tot de gemeente wenden voor maatschappelijke ondersteuning, moeten er op kunnen rekenen dat er wordt gekeken naar de totale context waarin zij zich begeven, zoals het huishouden waarvan de betrokkene deel uitmaakt. Het aanbieden van het juiste zorgarrangement van ondersteuning vraagt dan dus een bredere blik. Het is van belang dat er in samenspraak met de betrokkene of diens vertegenwoordigers bezien wordt welke maatregelen en voorzieningen passend zijn als bijdrage om hem/haar in staat te stellen tot zelfredzaamheid en participatie. Naast betere dienstverlening biedt een meer integrale benadering gemeenten ook mogelijkheden om tot een meer efficiënte uitvoering te komen. Voorkomen kan worden dat professionals ieder uitsluitend vanuit de eigen invalshoek met een casus bezig zijn, zonder dat oog bestaat voor de problematiek als geheel.

Andere initiatieven zoals de Werkplaatsen Sociaal Domein, teamworkshops Wmo en informatieve websites, dragen verder bij aan de kennisontwikkeling van de beroepsgroep. Tot de beroepsgroep van sociaal werker behoren meerdere beroepen. Deze ontwikkeling valt ook terug te zien bij de beroepsvereniging: BPSW, voorheen bekend als 'Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMW)'. Sinds 2006 vindt hier namelijk een verbreding van vertegenwoordiging plaats. Waar voorheen de vertegenwoordiging alleen gericht was op de maatschappelijk werkers, vertegenwoordigt de beroepsvereniging tegenwoordig meer de generalistische professional in het sociale domein. Deze verschuiving is ook terug te lezen in de naamsverandering van de beroepsvereniging. Ook de rol van de professional zelf is over de jaren heen veranderd. Door controlerende partijen zoals verzekeraars en werkgevers, maar ook steeds beter geïnformeerde en mondigere cliënten, werken professionals niet langer autonoom. Bovendien veroudert kennis snel en lopen beroepen en functies door elkaar heen.

[9] Kamerstukken II 2013/2014, 33 841, nr.3: Memorie van Toelichting

Waar men vroeger in het veld sprak van de 'geleerde professional' wordt tegenwoordig eerder gesproken over de 'lerende professional' (BPSW voorheen NVMW, 2014).

Ook op het gebied van het onderwijs en de opleidingen is er veel veranderd over de jaren. De hiervoor genoemde set van 10 competenties wordt bijvoorbeeld gebruikt in de scholing van werkenden en voor aanpassingen in opleidingen. Het hoger sociaal agogisch onderwijs (hsao) nam het initiatief tot het maken van een eerste vergelijking van overeenkomsten en verschillen met de generieke competenties zoals vastgelegd in 'Vele takken, één stam'. Met name de rapportages 'Sociaal werk op solide basis' van de Gezondheidsraad en het advies van de verkenningscommissie hsao 'Meer van waarde', beide afkomstig uit 2014, geven invulling van de koers van de opleidingen zoals die sinds 2015 wordt ingezet. In deze rapportages wordt vooral gepleit voor sterkere profilering van de beroepsgroepen en worden vijf adviezen afgegeven:

1. versterk identiteit opleiding
2. leidt op tot reflectieve professional
3. overzichtelijke ordening in 3 basisprofielen
4. ontwikkelen en of versterken regionale samenwerkingsverbanden
5. versterken inbedding

Hogescholen hebben sindsdien gezamenlijk een koers ontwikkeld. De huidige vijf bacheloropleidingen (social work, culturele en maatschappelijke vorming, maatschappelijk werk en dienstverlening, sociaal pedagogische hulpverlening en pedagogiek) gaan samen in één nieuw, landelijk opleidingsprofiel 'Social work', met drie professionele profielen: 1. Welzijn en samenleving, 2. Zorg, en 3. Sociaal werk jeugd. (Vereniging Hogescholen, 2015). Het is de bedoeling dat de 18 hogescholen allemaal de brede opleiding 'Social work' (tussen nu en 2018) gaan aanbieden, waarbij het landelijke profiel als basis dient, maar dit wel regionaal kan worden ingekleurd. Vanaf 2019 zullen dan geen afzonderlijke HBO-opleidingen binnen de sector hss meer bestaan (uitgezonderd de particuliere opleidingen). Recent zijn er ontwikkelingen waarbij sub-sectoren binnen de maatschappelijke ondersteuning branche-overstijgend gaan kijken naar een nieuwe, zorg- en welzijn-brede beroepenordening, waarbij expliciet vanuit de cliënt wordt gedacht. Dit traject staat nog aan het begin. Ook binnen het mbo-onderwijs hebben wijzigingen plaats gevonden met betrekking tot de profilering en duiding van opleidingen (MBO2025, 2017).

Ondertussen heeft er ook een wetenschappelijke groei in het werkveld plaatsgevonden. Er zijn verschillende lectoraten, twee leerstoelen (vervuld door Margo Trappenburg en René Schalk) en academische werkplaatsen Sociaal Domein ingesteld, die verbonden zijn aan de Nederlandse universiteiten (Dam et al., 2015).

Tenslotte mag niet onvermeld blijven dat in de CAO Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening 2016-2017 specifieke afspraken zijn gemaakt over loopbaanbudgetten, individuele keuzebudgetten, professionalisering en registratie, en ethiek, kwaliteit en professionaliteit. Het (voorlopige) CAO-akkoord voor 2017-2018 bouwt hierop verder[10]. Tevens is sinds mei 2016 het beroepenregister voor sociaal werkers opgesteld voor hen die zich bij 'Registerplein' (voorheen BAMW) aanmelden (Registerplein, 2017). Het beroepsregister wordt beschouwd als instrument om de 'kwaliteit en vakmanschap te stimuleren en te borgen'. Hierin zijn kern-facetten van de beroepsontwikkeling vastgelegd: de basiskennis die nodig is over diverse leefgebieden en inzicht in de complexe systeemwereld, de competentie om eigen regie van het huishouden te bevorderen, en het spelen van een rol in het opschalen en afschalen van ondersteuning en zorg (Voortgangsrapportage WMO, 2016). Het register is niet verplicht, het is bestemd voor alle sociaal werkers op zowel HBO als MBO-niveau, en heeft inmiddels 'betekenisvolle (her)registratie-eisen'. Er is reeds een wettelijk beroepsregister voor jeugdhulp bij het Stichting Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ). Ook heeft Sociaal werk Nederland voor de branche het 'Kwaliteitslabel Sociaal Werk' ontwikkeld voor goed vakmanschap, een inspirerende leercultuur, goede bedrijfsvoering en goed bestuur[11].

3.6 Ontwikkelingen op meso- en macroniveau

Naast maatschappelijke, bestuurlijke en institutionele ontwikkelingen, zijn het de uitvoerende organisaties die uiteindelijk bepalen hoe aan de behoefte van burgers aan MO tegemoet wordt gekomen. Werkgevers in het maatschappelijke domein zijn over het algemeen sterk afhankelijk van jaarlijkse gemeentelijke financiering. Uit onderzoek is onder meer gebleken dat de huidige procedures van aanbestedingen bij tweederde van de organisaties in de welzijnssector invloed hebben gehad op het personeelsbestand. Dit zou in eerste instantie bij 15% van hen geleid hebben tot krimp (AZW brancherapport 2016). Ook is er sprake van onzekerheid en vergaande veranderingen (TSD, 2016; FCB, 2015). Zo verwachten de werkgevers grote bezuinigingen (WGE 2016), en heeft de markt te maken met uitdagingen zoals ingeperkte budgetten, resultaatverantwoordelijkheid en ondernemerschap van organisaties en medewerkers (AZW brancherapport 2016). Bij werkgevers spelen tevens de prikkels maar ook wel de barrières om gebruik te maken toenemende rol van technologie.

---

[10] Bij het schrijven van dit rapport hebben de drie CAO-partijen het zgn. onderhandelaarsakkoord formeel voorgelegd aan hun achterbannen en zal de rest van 'CAO-tafel' naar verwachting in augustus 2017 volgen. Zie o.a.: https://www.fcb.nl/sites/default/files/cao_akkoord_cao_sociaalwerk_wmd20172019definitief.pdf.

[11] Zie: https://www.sociaalwerknederland.nl/?file=13968&m=1484575180&action=file.download

Dat geldt voor de algemene digitalisering van hun informatiesystemen, maar ook voor het grote aanbod aan technische middelen die ook binnen het MO-domein ingezet kan worden voor in- en externe communicatie, zoals sociale media tools en de veelheid aan mobiele hard- en softwaretoepassingen in de vorm van apps en games (WGE 2016).

Werkgeverorganisaties en professionals worden op hun beurt door de politiek en de 'beleidsgeest' beïnvloed. Dit bepaalt in belangrijke mate hoe een sociaal werker zijn/haar werk kan uitvoeren en welke organisatievormen binnen de MO (zijn) ontstaan. Over de jaren heen zijn de verhoudingen tussen overheid, burgers en sociaal werkers flink aan verandering onderhevig geweest. Waar tussen 1945 en 1980 sociaal werkers dichtbij de burger stonden, was later de beleidsgeest dat meer afstand tot de burger bewaard moest worden. Hierdoor ontstond een meer zakelijke rol tussen burgers en sociaal werk. Omdat dit tot gevolg had dat veel mensen die echt hulp nodig hebben niet bereikt werden, is er sinds het einde van de twintigste eeuw weer een beweging om probleemgevallen actief te benaderen. Zo keert het 'Welzijn Nieuwe Stijl' vandaag de dag als het ware terug naar 'hulp achter de voordeur', middels onder meer het afleggen van huisbezoeken. (Van Dam et al. 2016). Dit sluit aan bij de beleidsvisie op een participatiemaatschappij, waarbij het blijft zoeken naar balansen. Tussen enerzijds het 'laten' van de zorg zoals de opvang van kinderen en de vrijetijdsbesteding binnen het gezin, bij familieleden of bij buren, en anderzijds het actief ondersteunen van de informele setting door wet- en regelgeving en professionele organisaties (Van Dam et al. 2016).

Werkgeverorganisaties en professionals worden op hun beurt door de politiek en de 'beleidsgeest' beïnvloed. Dit bepaalt in belangrijke mate hoe een sociaal werker zijn/haar werk kan uitvoeren en welke organisatievormen binnen de MO (zijn) ontstaan. Over de jaren heen zijn de verhoudingen tussen overheid, burgers en sociaal werkers flink aan verandering onderhevig geweest. Waar tussen 1945 en 1980 sociaal werkers dichtbij de burger stonden, was later de beleidsgeest dat meer afstand tot de burger bewaard moest worden. Hierdoor ontstond een meer zakelijke rol tussen burgers en sociaal werk. Omdat dit tot gevolg had dat veel mensen die echt hulp nodig hebben niet bereikt werden, is er sinds het einde van de twintigste eeuw weer een beweging om probleemgevallen actief te benaderen. Zo keert het 'Welzijn Nieuwe Stijl' vandaag de dag als het ware terug naar 'hulp achter de voordeur', middels onder meer het afleggen van huisbezoeken. (Van Dam et al. 2016). Dit sluit aan bij de beleidsvisie op een participatiemaatschappij, waarbij het blijft zoeken naar balansen. Tussen enerzijds het 'laten' van de zorg zoals de opvang van kinderen en de vrijetijdsbesteding binnen het gezin, bij familieleden of bij buren, en anderzijds het actief ondersteunen van de informele setting door wet- en regelgeving en professionele organisaties (Van Dam et al. 2016).

4 De vraag naar maatschappelijke ondersteuning vanuit de gemeente

In dit hoofdstuk wordt het beleid van gemeenten besproken ten aanzien van hun visie op de maatschappelijke ondersteuning en de competenties van professionals die zij daarvoor nodig achten.

Hoofdpunten in dit hoofdstuk:

- *De beleidsdocumenten van verschillende gemeenten geven informatie over hun visie op de maatschappelijke ondersteuning van haar inwoners. In veel documenten wordt gesproken over het bieden van passende ondersteuning, een integrale aanpak en een inclusieve samenleving. Daarnaast wordt er gesproken over de financiële verantwoording en beheersing en innovatie van de MO.*
- *Uit de document-analyse blijkt dat gemeenten weinig expliciete criteria rondom de skill-mix en benodigde/gewenste competenties van MO-professionals formuleren. Alleen in algemene termen wordt gesproken over het type MO-professional dat ingezet zou moeten worden in de maatschappelijke ondersteuning. Sommige gemeenten geven wel aan hoe de verhouding zou moeten zijn tussen generalistisch en specialistische MO-professionals.*
- *Gemeenten nemen initiatieven om met elkaar samen te werken. Zo is in 2016 de 'City Deal Inclusieve Stad' ondertekend door vijf gemeenten (en de ministeries van BZK, VWS en SZW) om een gelijksoortige kijk te ontwikkelen op de inzet van maatschappelijke ondersteuning en de competenties van de mensen die binnen de MO werkzaam zijn. Professionalisering wordt daarbij gecombineerd met kostenbeheersing en een integrale aanpak.*

4.1 Aanpak

Voor de maatschappelijke ondersteuning is sinds enige jaren één partij de centrale contractant en afnemer van aanbieders van MO voor haar inwoners: de gemeente. In dit hoofdstuk wordt getracht een antwoord te geven op de vraag hoe gemeenten invulling geven aan hun taken op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, en wat dit betekent voor de vereiste competenties van hen die in de sector werkzaam(zullen) zijn.

Om deze vraag te beantwoorden is voor deze kennissynthese een apart deelonderzoek ingezet. Vooralsnog lijkt er, naast de hiervoor genoemde platforms als waarstaatjegemeente.nl, nog weinig tot geen vergelijkende (of: representatieve) informatie te zijn over het beleid van gemeenten ten aanzien van de maatschappelijke ondersteuning.

Specifiek is de vraag hoe gemeenten nu de personele invulling zien van de MO voor hun burgers en welke opleidings-, competentie- en organisatie-eisen zij daarbij stellen.

Dit deelonderzoek heeft plaats gevonden door het doorzoeken van websites op documenten van gemeenten die iets vermelden over de wijze waarop gemeenten hun taak 'het bieden van maatschappelijke ondersteuning aan hun burgers' hebben georganiseerd. Op basis van een willekeurige steekproef van 36 gemeenten die variëren naar omvang (aantal inwoners) en landsdeel (noord, oost, west, zuid; zie ook tabel 4.1 hierna) is via verschillende bronnen naar beleidsdocumenten gezocht. Op basis van een ruime set van zoekcriteria is explorerend naar documenten gezocht die inhoudelijk iets zeggen over hoe gemeenten hun taak inhoudelijk willen invullen en wat dat betekent voor de eisen of wensen die ze hebben ten aanzien van de zorgverleners die ze daarvoor willen contracteren.

Criteria die voor deze zoektocht zijn gehanteerd zijn:
- Het document heeft betrekking op een gemeente in de steekproef;
- Het document is gepubliceerd in 2015 of 2016;
- Het document betreft de maatschappelijke ondersteuning of een onderdeel daarvan en substantiële informatie over een van de volgende onderwerpen: maatschappelijke ondersteuning, sociaal domein, welzijn, opvang, Jeugdwet, Participatiewet, wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), crisisopvang, beschermd wonen, zelfredzaamheid, (maatschappelijke of sociale) participatie.

Binnen het document is vervolgens gezocht naar inhoudelijke informatie over:
- Visie van de gemeente op uitgangswaarden bij het verlenen van maatschappelijke ondersteuning (of onderdelen daarvan) of informatie waaruit die visie naar voren komt, bijvoorbeeld: 'zo lang mogelijk zelfstandig wonen' en/of 'minder dak- en thuislozen'.
- Eisen die de gemeente hanteert bij de aanbesteding van de maatschappelijke ondersteuning of onderdelen daarvan. Bijvoorbeeld, eisen die men stelt over:
    - het opleidingsniveau of het type opleiding dat de zorgverleners moeten hebben;
    - competenties van de zorgverleners;
    - organisatie van de maatschappelijke ondersteuning;
    - werkwijze rond cliënten.

Tabel 4.1: Gemeenten waarvan documentatie beschikbaar was of verkregen is voor nadere analyse, naar landsdeel en inwoneraantal

	Aantal gemeenten				
Inwoneraantal	noord	oost	west	zuid	totaal
Minder dan 35.000	2	1			3
Tussen de 35.000 en 100.000	1	1		1	3
Meer dan 100.000	2		2	1	5
Totaal	5	2	2	2	11

De opbrengst van deze dataverzameling is kwalitatief en ook via kwalitatieve methoden explorerend en inductief geanalyseerd. Verschillende onderzoekers hebben alle gemeentelijke beleidsdocumenten zonder vooraf vastgelegd codeerschema doorgenomen. Per gemeentelijk document is '*bottum up*' en in vrij formaat gecodeerd welke woorden, termen, zinnen of stellingen men centraal stelt als het gaat om (1) de visie of strategie van de gemeenten ten aanzien van maatschappelijke ondersteuning, en (2) de eisen die daarbij aan aanbieders en/of professionals worden gesteld. Vervolgens zijn deze woorden en termen verkort en gecategoriseerd. Hieronder worden de resultaten van de document-analyse nader beschreven.

4.2 De visie van gemeenten op maatschappelijke ondersteuning

Uit de documenten kan samengevat worden dat gemeenten maatschappelijke ondersteuning willen bieden waarbij mensen worden betrokken en er sprake is van kwalitatief hoge diensten op maat. Dit betrekken van de burgers zelf wordt vaak verwoord als het streven naar een inclusieve samenleving waarin iedereen meedoet. Daarnaast is het streven klantgerichtheid en maatwerk. Dat betekent dat er standaard hulp of begeleiding als vangnet beschikbaar is, maar het uitgangspunt is: mensen zelf in staat stellen problemen op te lossen en voor elkaar te zorgen. Maatwerk betekent ook de cliënt in zijn of haar context bekijken ("niet de zorgbehoevende, maar het gezin c.q. de sociale omgeving is het vertrekpunt"). Dat betekent voor de benodigde MO-professional dat deze 'doet wat nodig is' en alleen gespecialiseerde zorg biedt indien nodig. Een voorbeeld van een dergelijk visie is wat ook wel het zogenaamde 'Leeuwarder model' wordt genoemd. In de drie 'sporen' die daarin worden onderscheiden komt de fasering en differentiatie terug om tot het gewenste maatwerk te komen:

- Spoor 1: zelf- en samenredzaamheid (individuele burgers en samenwerking burgers op wijkniveau);
- Spoor 2: basisondersteuning (sociale wijkteams centraal met generalistische sociaal werkers die zich richten op alle leefgebieden; taken: signalering, facilitering, activering en waar nodig ondersteuning met als doel bevorderen zelfredzaamheid en sociale cohesie);

- Spoor 3: aanvullende ondersteuning, waar nodig, zo nodig vanuit oogpunt effectiviteit en een bovenwijkse aanpak.

Op een vergelijkbare manier maken andere gemeenten ook het onderscheid tussen basisondersteuning door sociaal wijkteams en aanvullende ondersteuning. In het eerste segment gaat het om signalering, facilitering en activering, lichte vormen van generalistische ondersteuning op agogisch en sociaal gebied. In het tweede om aanvullende wijkondersteuning zoals maatwerkvoorzieningen die als arrangementen bij zorgaanbieders worden ingekocht die wijkgericht zijn georganiseerd.
Ook wordt hieronder aanvullende ondersteuning op stedelijk, regionaal of landelijk niveau geschaard zoals o.a. psychologische of psychiatrische behandeling, intensieve bemoeizorg en beschermd wonen.

Naast deze visies en ambities wordt ook de financiële kant van de MO in veel strategische documenten van de gemeenten benoemd. Duidelijk is dat met de transities en de majeure herinrichtingsoperaties de kosten van het sociale domein sterk bepalend, zo niet sturend zijn geworden. In haar rol als centrale inkooporganisatie van MO-diensten voor haar burger wordt veel gerefereerd aan sturing op "outcome", "efficiency" en "effectiviteit" en wordt uitgegaan van "taakstellende budgetten" en ook van "ontschotting van budgetten". Doelmatigheid en betaalbaarheid zijn beleidscriteria die gemeenten meer dan ooit in het vizier hebben, ook waar het maatschappelijke ondersteuning betreft.
Bijna alle gemeenten geven in dit verband aan dat zij bezig zijn met verandering, transformatie, transitie en innovatie van de maatschappelijke ondersteuning. Enkele termen die hierbij werden teruggevonden voor de documentanalyse waren: het "omvormen van voorzieningen", "beheerste innovatie" en "integraal en domein overstijgend werken". Deze integrale, levensbrede aanpak van maatschappelijke ondersteuning ligt op één lijn met het doel van de Wmo, zoals in het eerste hoofdstuk van deze kennissynthese is verwoord (Memorie van toelichting Wmo). Verandering vereist zowel cultuurwijziging als structuurwijziging, waarbij gemeenten ook meer extern gericht dienen te zijn. Toch lijken gemeenten in 2016 ook een pas op de plaats te willen houden wanneer het om verandering gaat. Men spreekt in de documenten van 2016 over "zorgcontinuïteit", en "rust en ruimte creëren voor innovatie".

4.3 De visie van gemeenten op de personele kwalificaties voor maatschappelijke ondersteuning

Uit de documentanalyses blijkt dat op hoofdlijnen de visie van gemeenten raakvlakken heeft met de visies die we in het vorige hoofdstuk op een rij hebben gezet. Net als gemeenten benadrukken professionals en werkgevers in de MO het belang van maatwerk, zelfredzaamheid en integratie van ondersteuning door samenwerking.

Als we op zoek gaan naar wat dit betekent voor de competenties, opleidingseisen en voorwaarden die gemeenten zouden kunnen stellen aan de personele invulling van de MO die zij inkopen, dan levert de documentenanalyse meestal generieke informatie op.

In veel gemeentedocumenten is geen expliciete visie of aandacht terug te vinden met betrekking tot de benodigde en gewenste personele kwalificaties voor de MO of het sociaal domein. Wel wordt rond sociale wijkteams in algemene termen gesproken over bijvoorbeeld "stevige professionals" of het "het aantrekken van uitblinkers". In lijn met de hiervoor genoemde visie op maatwerk, geven gemeenten aan dat sociaal werkers die bepaalde kennis en ervaring missen om de cliënt te ondersteunen specialisten 'taakgericht invliegen', waarbij het wijkteam samen met de cliënt de regie houdt. Benadrukt wordt dat specialisten werken vanuit de "moederorganisatie", maar "volledig ter beschikking zijn van het wijkteam". Een aantal gemeenten ziet specialisten als "schil om de wijkteams" die zich conformeren aan de plan van aanpak van de sociaal werker. Eén gemeente geeft ook specifiek aan welke samenstelling ('*skill-mix*') een wijkteam zou moeten hebben. Volgens deze gemeente bestaat dit in elk geval uit een teamleider, team-assistent en 10-12 fte sociaal werkers en ervaringsdeskundigen/vrijwilligers.

Wat betreft opleidings- en trainingseisen vonden we deze vaak alleen in algemene termen terug. Zo wordt bijvoorbeeld aangegeven dat "de professional zorg draagt voor de kwaliteit", en de specifieke werkwijzen van het wijkteam gericht zijn op "generalistisch werken", "uitgaan van eigen kracht" en/of "basiskennis van de verschillende doelgroepen en vakgebieden". Wat aansluit bij het voorgaande, is het volgende citaat uit één van de gemeentelijke documenten: "*Alle ruimte voor de professional voor maatwerk en recht doen aan uitgangspunt van eigen regie, maar mag niet leiden tot willekeur. Gemeente verwacht een evenwicht tussen enerzijds de professionele inschatting en het maatwerk van de afzonderlijke werkers en anderzijds collectieve opvattingen van teams m.b.t. kwaliteitsnormen en intercollegiale richtlijnen*". Dit linkt sterk aan de competenties die in het Landelijke Actieprogramma Professionalisering zijn verwoord, zoals besproken in het vorige hoofdstuk. Ook daar gaat het om aansturen op betrokkenheid en participatie, ondernemen te werk gaan, samenwerken en het benutten van de professionele ruimte.

Kijken we naar de gemeente-documenten ten aanzien van de 'sub-branches' van het sociaal domein, dan zijn soms de personele eisen ten aanzien van opleiding, kwaliteiten, competenties wat meer gespecificeerd. Zo wordt voor 'ondersteuning met noodzakelijk verblijf' (transformatie van beschermd wonen/ 24 uurs maatschappelijke opvang en vrouwenopvang) bijvoorbeeld vereist dat deze geleverd wordt door "een team van MBO- en HBO-gediplomeerd personeel die aantoonbaar getraind zijn op de ZRM-methodiek".

Ook is in de documenten terug te vinden dat aanbieders met betrekking tot hun werknemers moeten beschikken over c.q. zorg voor:

- een kwaliteitsmanagementsysteem keurmerk of certificaat;
- een passend ondersteuningsplan;
- afstemming tussen diverse hulptrajecten;
- aantoonbaar zorg voor deskundigheidsbevordering;
- een verantwoorde werktoedeling;
- een goede werksfeer;
- de aanwezigheid van een ziekteverzuimbeleid en ontwikkelgesprekken.

4.4 De City Deal Gemeenten

In 2016 is de 'City Deal Inclusive Stad' ondertekend door de gemeenten Eindhoven, Enschede, Leeuwarden, Utrecht en Zaanstad, en door de ministeries van BZK, VWS en SZW. De ondertekenaars committeerden zich daarmee aan "*samenwerking aan vergaande innovatieve aanpakken in het sociaal domein*". In de City deal komt een doel terug dat we ook eerder als ambitie tegenkwamen, namelijk het organiseren van meer mogelijkheden voor maatwerk en flexibiliteit. Dat geldt op het niveau van de gemeentelijke organisatie, maar ook voor de landelijke kaders en de uitvoerende instanties die op de verschillende terreinen actief zijn. Competentie-specifiek is de inzet "*dat sociaal werkers kunnen doen wat nodig is en de stad niet uiteenvalt in een groep met wie het goed gaat en een groep die niet mee kan*" (City Deal Inclusieve Stad, 2016).
De City Deal wordt wel beschouwd als de visie van "voorlopende" gemeenten maar zoals aangegeven komen hierin veel termen terug zoals die ook door de overige gemeenten werden beschreven in relevante beleidsdocumenten. De City Deal gemeenten spreken ook over onder meer "*snellere hulp bij participatie in de samenleving- en zorg*", "*ondersteuning dicht bij huis*", "*samenhangend aanbod*" en "*meedoen naar vermogen*".
Daarnaast spreken de City Deal Gemeenten over: "*Het adagium 'één huishouden, één plan en één hulpverlener/regisseur' komt bij velen tot uiting in speciale teams die in het leven zijn geroepen: de sociale wijkteams. Hoewel de vorm en samenstelling van deze wijkteams wisselt per gemeente, is het algemene beeld in onze gemeenten dat ze bemenst worden door generalistisch werkende professionals. Zij hebben de taak om op een laagdrempelige en toegankelijke wijze zorg en ondersteuning te bieden aan (kwetsbare) inwoners.*"

Ook ten aanzien van de vereiste competenties van professionals is dus overlap te zien met eerder genoemde ontwikkelingen binnen de maatschappelijke ondersteuning. De generalistische professional en een integrale aanpak vormen belangrijke agendapunten van de City Deal.

Het impliceert dat gemeenten aanbevelingen dienen te formuleren ten aanzien van de rol van professionals, en dat er ruimte nodig is voor sociaal werkers om te bewerkstelligen wat nodig is voor ‘ maatwerkarrangementen’. Aangegeven wordt dat de noodzakelijke competenties van sociaal werkers daarin versterkt moeten worden. Daaronder hoort ook het kostenbewustzijn bij sociaal werkers (City Deal Inclusieve Stad, 2016).

5 Competenties voor maatschappelijke ondersteuning in de toekomst

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal welke professionals en welke competenties nodig zijn om aan de huidige en de toekomstige vraag naar maatschappelijke ondersteuning te voldoen. Hiervoor zijn twee focus-groepen georganiseerd waarbij aan 18 betrokken personen een specifieke casus is voorgelegd. Hierdoor is inzicht verkregen in de opvattingen van het veld en is een discussie gevoerd over de invulling van maatschappelijke ondersteuning in de toekomst.

Hoofdpunten uit dit hoofdstuk:

- *Uit de bespreking van een fictieve casus blijkt dat het niet op voorhand duidelijk is wanneer welke maatschappelijke (professionele) ondersteuning nodig is. Dit geeft aan dat de praktijk complex en context-gevoelig is en verschillende visies mogelijk zijn die in de praktijk verschillend kunnen uitpakken.*
- *De experts in de focusgroepen zijn van mening dat nu en in de toekomst brede/generieke competenties nodig zijn in de maatschappelijke ondersteuning. Dit sluit aan bij integraal werken en integrale dienstverlening en pleit voor één brede opleiding sociaal werk.*
- *Een groot aantal kerncompetenties wordt door de focusgroep-deelnemers genoemd als essentieel voor de toekomstige MO-professional. Breed gedeeld zijn competenties als activeringsvermogen, inlevingsvermogen, cliëntvriendelijkheid, zelfstandig maar ook kunnen samenwerken, ondersteunen, signaleren en zelfreflectie. De genoemde competenties komen goed overeen met de 10 competenties Maatschappelijke Ondersteuning van het Actieprogramma W&MD.*
- *Volgens focusgroep-deelnemers bezitten de huidige professionals, ook zij die nog in opleiding zijn, (nog) niet in voldoende mate de juiste competenties.*
- *De focusgroep-deelnemers betwijfelen of sociale wijkteams het dominante 'beroepsmodel' voor de maatschappelijke ondersteuning in de nabije toekomst zou moeten dan wel kunnen zijn. Men denkt eerder in termen van juiste basiscompetenties die verschillend en op maat kunnen worden ingezet.*

5.1 Aanpak

In januari en februari 2017 zijn twee focusgroepen georganiseerd bij het NIVEL waarvoor professionals en bestuurders uit het veld van de maatschappelijke ondersteuning zijn uitgenodigd. De benaderde personen zijn werkzaam voor instellingen die maatschappelijke ondersteuning uitvoeren, opleidingen en beroeps- en brancheverenigingen op het terrein van de maatschappelijke ondersteuning, en organisaties die maatschappelijke ondersteuning contracteren of hiervoor beleidsmatig verantwoordelijk zijn. In totaal namen 18 personen afkomstig uit 17 verschillende organisaties deel aan beide focusgroepen. De lijst van deelnemers en hun organisaties, alsook de verstuurde uitnodigings-teksten, zijn opgenomen in Bijlage 1.

Beide focusgroepen kenden dezelfde agenda en opbouw:

- Na een voorstelronde werden eerst de doelstelling en aanpak van dit onderzoek in een PowerPointpresentatie toegelicht, waarna er een vragen- en discussieronde met de deelnemers plaats vond.
- Vervolgens werd men uitgenodigd een korte fictieve casus te lezen die door ons als relevant werd beschouwd voor het inzetten van maatschappelijke ondersteuning.
- Deelnemers werden na de leespauze vervolgens gevraagd achter een laptop plaats te nemen om in een Google Forms applicatie 2 gesloten en 5 open vragen met betrekking tot de casus met korte stellingen of steekwoorden te beantwoorden.
- Nadat iedereen klaar was werden de resultaten (geanonimiseerd en in volgorde van invoer) op een centraal scherm getoond en de vragen één voor één afgelopen en groepsgewijs bediscussieerd.
- De focusgroepbijeenkomst werd afgesloten met een algemene discussie over de vraag 'Welke professionals, met welke competenties, in welke team of skill-mix samenstelling zijn nodig om aan de vraag naar maatschappelijke ondersteuning over 5 à 10 jaar te kunnen voldoen?'.
- Na afloop werden de deelnemers bedankt voor hun deelname en werd beloofd dat zij de kennissynthese zullen ontvangen.

5.2 De casus

Aan de deelnemers van de twee focusgroepen werd de volgende casus voorgelegd:

Het gezin De Vries

Mevrouw De Vries (33 jaar) woont sinds haar scheiding in 2010 met haar drie zoons (9, 11 en 15 jaar) in een sociale huurwoning in de gemeente G. Zij ontvangt sinds haar scheiding een bijstandsuitkering en vanwege de leeftijd van haar (jongste) kinderen kreeg zij de afgelopen jaren ontheffing van sollicitatieplicht. Nu de maximale termijn daarvoor verstreken is, moet ze gaan solliciteren. Ze heeft een MAVO-diploma, maar vrijwel geen werkervaring. Wel heeft ze vorig jaar een cursus voor administratief medewerker gevolgd en ze heeft sollicitatietraining gehad.

In 2015 kreeg mevrouw De Vries een relatie met de heer Pieterse (31 jaar); in mei 2016 trok hij bij haar in. De heer Pieterse werkt af en toe in de horeca, maar heeft momenteel geen werk en inkomen. Hij vindt het lastig om "voor een baas" te werken (hij had regelmatig onenigheid met zijn vorige werkgevers) en zou liever zelf een café beginnen. Omdat hij hiertoe geen kansen ziet, zit hij veel thuis en bemoeit zich nadrukkelijk met de opvoeding van de kinderen. De oudste zoon van mevrouw De Vries heeft echter veel moeite met zijn aanwezigheid; jarenlang heeft hij zijn moeder geholpen, maar nu voelt hij zich als een klein kind behandeld. Hij heeft veel ruzie met de heer Pieterse en is deze maand twee keer 's nachts niet thuis gekomen. Zijn school heeft melding gemaakt van frequent verzuim. In december werd hij door de politie opgepakt vanwege vernielingen in het winkelcentrum. De politie heeft hem doorgestuurd naar bureau Halt. Halt heeft een gesprek met mevrouw De Vries gehad en haar zoon een leeropdracht gegeven, die hij echter niet volgens afspraak heeft afgerond.

Nadat de deelnemers de mogelijkheid hadden gekregen om de bovenstaande casus aandachtig te bestuderen zijn hen zeven vragen gesteld (zie box 5.1):

Box 5.1: De vragen over de casus aan de focusgroep-deelnemers

Vraag 1: Herkent u deze casus?
Vraag 2: In hoeverre is dit volgens u een casus voor maatschappelijke ondersteuning?
Vraag 3: Welke vormen van maatschappelijke ondersteuning zijn volgens u voor deze casus essentieel?
Vraag 4: Welke personen zouden volgens u voor deze casus het best onbetaalde ondersteuning kunnen bieden?
Vraag 5: Welke professionals zouden volgens u voor deze casus het best basisondersteuning kunnen bieden?
Vraag 6: Welke professionals zouden volgens u voor deze casus het best gespecialiseerde ondersteuning kunnen bieden?
Vraag 7: Welke competenties van professionals zijn volgens u voor deze casus essentieel?

Resultaten en reacties op casus

Het lezen van deze casus leverde geen onduidelijkheden of vragen op die het beantwoorden van de open vragen in de Google Forms applicatie in de weg stonden. Hieronder presenteren we, geanonimiseerd en geaggregeerd over alle deelnemers, de reacties op de 7 vragen.

Vraag 1: Herkent u deze casus?

Voor deze vraag werden 5 antwoordenopties voorgelegd, die met de volgende frequentie werden aangekruist:

Tabel 5.1: Antwoorden van de focusgroep-deelnemers op de vraag hoe herkenbaar de casus 'Het gezin De Vries' voor hen is

	N	%
Zeer herkenbaar	7	39
Redelijk herkenbaar	9	50
Matig herkenbaar	2	11
Niet herkenbaar	0	0
Weet niet / geen mening	0	0
Totaal	**18**	**100**

Bron: Focusgroepen

Vrijwel alle deelnemers vinden de casus redelijk tot zeer herkenbaar. Wel wordt opgemerkt dat de casus focust op dat wat er mis gaat (de problemen van het gezin) en geen informatie bevat over wat er goed gaat bij dit gezin (mogelijkheden en kracht).

Vraag 2: In hoeverre is dit volgens u een casus voor maatschappelijke ondersteuning?

Was de casus voor de meeste deelnemers herkenbaar, niet iedereen vindt 'het gezin De Vries' een duidelijke casus voor maatschappelijke ondersteuning. Zoals blijkt uit tabel 5.2 vindt een derde van de deelnemers dit beperkt het geval, één persoon vindt het zelfs twijfelachtig of bij dit gezin maatschappelijke ondersteuning zou moeten worden ingezet. Anderen vonden dat er wel degelijk sprake is van een hulpvraag en dat het juist een taak is om dergelijke gevallen te signaleren en daar proactief of preventief op in te spelen. Dit eenvoudige casus voorbeeld tekent hoe complex het is om de definitie en reikwijdte van wat 'maatschappelijke ondersteuning' is te bepalen.

Tabel 5.2: Antwoorden van de focusgroep-deelnemers op de vraag hoe in hoeverre 'Het gezin De Vries' een casus voor maatschappelijke ondersteuning is

	N	%
Helemaal	5	28
Grotendeels	7	39
Beperkt	5	28
Twijfelachtig	1	1
Weet niet / geen mening	0	0
Totaal	18	100

Bron: Focusgroepen

Onderscheidend lijkt hier de mate te zijn waarin het gezin zelf de problemen kan oplossen, versus de mate van (professionele) ondersteuning die daarvoor nodig is. Deelnemers gaven aan dat het feit dat de oudste zoon zijn Halt-leeropdracht niet heeft afgemaakt grond is voor de inzet van maatschappelijke ondersteuning. Ook werd benoemd dat het bepalend kan zijn of er in dit geval een hulpvraag is vanuit het gezin. Dit zou leidend zijn voor de noodzaak en haalbaarheid van bijvoorbeeld sociale wijkteams om "achter de voordeur" te komen.

Wel lijkt er wat meer consensus te bestaan over het gegeven dat signalering in deze casus een belangrijke taak is. Dat betekent niet per sé dat dit door een professional moet gebeuren, want de 'basisondersteuning' kan ook vanuit de school of de wijk geboden worden. Daarmee kwam een belangrijke 'omslag van het denken' in de discussie naar voren. Namelijk die van individuele ondersteuning naar structurele basisondersteuning en bevordering van samenredzaamheid.

Vraag 3: Welke vormen van maatschappelijke ondersteuning zijn volgens u voor deze casus essentieel?

De antwoorden op vraag drie volgend uit de focusgroepbijeenkomst zijn te onderscheiden in vier clusters van maatschappelijke ondersteuning. De eerste twee richten zich op de problemen rond de zoon in de casus, de derde op de relatie moeder-zoon en de vierde op problemen rond de moeder in de casus. Per cluster wordt aangegeven welke vormen van maatschappelijke ondersteuning essentieel bevonden worden:

1. Het eerste cluster van antwoorden heeft het schoolmaatschappelijk werk waarbij de volgende diensten of actoren werden genoemd:
   - leerplichtambtenaar jeugdhulp;
   - SWT Jeugd, mentor school;
   - school opvoeding/gezin;
   - activering begeleiding op school.
2. Het tweede cluster gaat breder over de jeugdhulp, waarbij wordt genoemd:
   - jongerenwerk;
   - maatschappelijke dienstverlening jeugdhulp;
   - Jeugdhulp Sociaal werk maatschappelijke ondersteuning.
3. Een derde cluster antwoorden betreft de opvoedingsondersteuning:
   - pubercursus, activering opvoedondersteuning;
   - opvoedingsondersteuning begeleiding naar werk jeugdhulp;
   - sociaal werkers in wijkcentra, maatschappelijk werk empowerment.
4. Een vierde cluster heeft betrekking op de moeder in de casus:
   - begeleiding naar werk;
   - maatschappelijk werkende evt. ouder en kind team;
   - Sociaal werkbedrijf - participatiewet;
   - sociaal / maatschappelijk werk jeugdhulp sociaal werk / arbeid en inkomen.

Vraag 4, 5 en 6: Welke personen zouden volgens u voor deze casus het beste maatschappelijke ondersteuning kunnen bieden?

Deze vraag is in drie varianten aan de deelnemers voorgelegd. Ten eerste is hen gevraagd welke personen maatschappelijke ondersteuning kunnen bieden vanuit het netwerk rond de personen in de casus als onbetaalde 'niet-professionals'. Ten tweede is gevraagd welke personen als professionele 'basisondersteuning' zouden kunnen bieden en welke 'gespecialiseerde ondersteuning'. We presenteren in het onderstaande schema de antwoorden van de deelnemers op deze drie deelvragen naast elkaar, om zo te beschrijven welke 'skills mix' van personen in dit geval naar voren komt.

Tabel 5.3: Antwoorden van de focusgroep-deelnemers op de vraag welke personen 'Het gezin De Vries' maatschappelijke ondersteuning kunnen bieden naar categorie

Niet-professionals vanuit het netwerk	Professionals basisondersteuning	Professionals gespecialiseerde ondersteuning
Familie	Maatschappelijk werker	Jeugdhulpprofessional arbeid/scholing
Buren	Opbouwwerker	Professional met expertise in sociaal werk - welzijn en samenleving
Vrienden	Jongerenwerker	Professional met expertise in sociaal werk- jeugd
Jongerenbuddy	Sociaal werker	Veiligheidshuis
Trainer op sportclub, clubs waarbij zoon aangesloten is	Wijkteamprofessional	Jeugdhulp
De wijk	Welzijn/sportcoach	Consultant bij UWV jongerenwerk
Vrijwilligers bij dagbesteding	Jeugdhulpverlener	Gezinsondersteuning
Maatjes	Ouder- en kind adviseur	Jobcoach
Iemand met voorbeeld functie uit eigen omgeving	Klantmanager	Jeugdpsycholoog
Mentor	Opvoedingsondersteuner	GGZ-psycholoog
Vanuit school / het onderwijs	Wmo consulent	Preventief jongerenwerk
	Wijkteam	
	Begeleider bij het sociaal werkbedrijf	Schoolmaatschappelijk werk

Bron: Focusgroepen

Deelnemers noemden een groot aantal personen (of soms organisaties of 'domeinen') die professionele en informele cliëntondersteuning zouden kunnen bieden, met een grote variëteit aan functie/beroepsbenamingen. Over het algemeen werden meer personen genoemd bij de informele en basisondersteuning dan bij de gespecialiseerde ondersteuning.

Bij alle drie de vragen gaven veel deelnemers aan dat het niet zo zeer over ondersteunen door professionals moet gaan, maar meer over activeren en faciliteren van het gezin en de eventuele niet-betaalde hulp. Dat betekent dat eerst goed worden onderzocht hoe de omgeving van het gezin eruit ziet en wat de context is van deze casus. Dat kan door middel van een sociaal wijkteam, of bestaan uit basisondersteuning c.q. basiswelzijnswerk (naast sociale wijkteams) ter activering of ondersteuning van onbetaalde krachten. Het is hierbij noodzakelijk om te bepalen welke rol door welke persoon vervuld zou kunnen worden. Ook is genoemd dat vraag- en probleemverheldering essentieel is. De casus is te beperkt om een goed oordeel over de gewenste skills mix te kunnen bepalen, zo werd over het algemeen beaamd. Desalniettemin vonden de deelnemers het een interessante vraag óf er professionals nodig zijn, welke dat dan zouden moeten zijn, en welke criteria daar nu op van toepassing zouden moeten zijn.

In de groepsdiscussie kwam verder aan bod dat criteria over “of en wanneer er moet worden opgeschaald”, verschillen per gemeente. Niet alle gemeenten gebruiken volgens de deelnemers het ‘trapmodel’ (trap 1: inzet brede sociale basis/basisinfrastructuur, trap 2: inzet sociaal wijkteam/basisondersteuning, trap 3: inzet gespecialiseerde ondersteuning). Basis- en gespecialiseerde ondersteuning kunnen namelijk ook tegelijkertijd en naast elkaar worden ingezet. In de praktijk blijkt er dus sprake te zijn van een dynamisch model, waarbij elke keer opnieuw moet worden gekeken welke (combinatie van) ondersteuning, op welk niveau, nodig is.

Vraag 7: Welke competenties van professionals zijn volgens u voor deze casus essentieel?

De laatste vraag die in het kader van de casus aan de deelnemers was gesteld leverde eveneens een groot scala aan antwoorden op. Kerncompetenties die de deelnemers in hun eigen woorden noemden, onafhankelijk van domein of doelgroep, waren (in alfabetische volgorde):

Tabel 5.4 Kerncompetenties voor professionals in de maatschappelijke ondersteuning, zoals benoemd in de focusgroepen

• Aansluiten bij vermogens tot eigen regie	• Naast het gezin staan werken aan voor het gezin werkbare oplossingen
• Activeren, activeringsvermogen	• Niet te snel hulpverlening van te maken en het groter te maken
• Affiniteit doelgroep	• Ondersteunen
• Analyse van de gehele situatie	• Onderzoekend vermogen
• Begeleiden	• Open houding brede vraagverheldering
• Begrenzen	• Oplossingsgericht communiceren Organiseren van de goede support
• Doorvragen	• Out-of-the-box kunnen denken
• Empathie	• Perspectief om komende jaren/decennia doorgaand met elkaar aan te kunnen bouwen
• Faciliteren	• Relatiebemiddeling kunnen geven
• Inlevingsvermogen	• Samenwerken in de keten van dienstverleners
• Innemen van verschillende perspectieven	• Samenwerken werken op verschillende borden
• Integrale aanpak	• Signaleren
• Inzicht hebben in samenhang problematiek	• Stimuleren
• Inzicht in wisselwerking materiele en immateriële welzijn	• Systeemgericht werken
• Kennis sociale kaart	• Talenten vinden
• Kennis van formele en informele zorg in de buurt/wijk	• Verbinden
• Kunnen opschalen en afschalen	• Wat is hier de vraag achter de vraag
• Lange termijn visie	• Wegwijzen
• Luisteren	• Zelfreflectie
• Motiveren	

Bron: Focusgroepen

De deelnemers schetsen dat in de maatschappelijke ondersteuning een goede risico-inschatting door professionals van cruciaal belang is. Hiervoor dient een goede analyse gemaakt te worden van wat er aan de hand is. Professionals in de maatschappelijke ondersteuning moeten daarvoor overzicht hebben. De uitkomsten van deze analyse, bepalen vervolgens of er wel al dan niet gespecialiseerde ondersteuning met worden ingezet.

De competenties zoals benoemd in de focusgroepen verhouden zich goed tot de competenties die in het vorige hoofdstuk beschreven zijn. Ook vanuit het onderwijs, het beroepenveld en de gemeenten worden deze als essentieel beschouwd voor een effectieve en 'toekomstbestendige' maatschappelijke ondersteuning. Dit kan nader geïllustreerd worden door de competenties zoals genoemd in de focusgroepen naast de eerder omschreven 10 MO-competentie te leggen (zie tabel 5.4).

Tabel 5.5: De 10 Wmo competenties vergeleken met competenties zoals genoemd in de focusgroepen

10 Wmo competenties	Competenties volgend uit focusgroepen
Versterkt eigen kracht en zelfregie	Aansluiten bij vermogens tot eigen regie Ondersteunen
Stimuleert verantwoordelijk gedrag	Activeren, activeringsvermogen Stimuleren
Is zichtbaar en gaat op mensen af	Open houding brede vraagverheldering Signaleren
Verheldert vragen en behoeften	Open houding brede vraagverheldering Wegwijzen
Verbindt gezamenlijke en individuele aanpak	Faciliteren Verbinden
Stuurt aan op betrokkenheid en participatie	Activeren, activeringsvermogen Motiveren
Werkt samen en versterkt netwerken	Samenwerken in de keten van dienstverleners Samenwerken werken op verschillende borden
Beweegt zich in uiteenlopende systemen	Integrale aanpak Kennis van formele en informele zorg in de buurt/wijk Inzicht hebben in samenhang problematiek
Doorziet verhoudingen en anticipeert op veranderingen	Analyse van de gehele situatie Perspectief om komende jaren/decennia doorgaand met elkaar aan te kunnen bouwen
Benut professionele ruimte en is ondernemend	Onderzoekend vermogen Systeemgericht werken

De benodigde brede/generieke competenties (kunnen signaleren, integraal kunnen werken en kunnen samenwerken) die nodig zijn, zijn de reden om ook één brede opleiding sociaal werk te vormen, zo kwam uit beide focusgroep-bijeenkomsten naar voren. Dit komt overeen met de ontwikkelingen in het onderwijs en werkveld, zoals beschreven in paragraaf 3.5. Ook hier blijkt langzamerhand meer animo te komen voor een generieke invulling van beroepen in de maatschappelijke ondersteuning.

5.3 De groepsdiscussie

Vanuit de voorgaande laatste vraag, over de benodigde competenties van de professionals die betrokken zouden kunnen zijn bij de casus van het 'Gezin de Vries', werd in de focusgroepen de overstap gemaakt naar de slotvraag, namelijk: *Welke professionals, met welke competenties, in welke team- of skills-mix samenstelling, zijn nodig om naar de vraag naar maatschappelijke ondersteuning over 5 à 10 jaar te kunnen voldoen?* Ter aanvulling en precisering van deze vraag werden ook nog een aantal vervolgvragen voorgelegd:

- *Spreken we over 10 jaar alleen nog maar over competenties en niet meer over professionals, laat staan beroepen in de maatschappelijke ondersteuning?*
- *Is het onderscheid basis - specialistische professionals over 10 jaar nog wel relevant? Of is dit dan juist belangrijker dan ooit?*
- *Hoe ziet, over 10 jaar, volgens u de optimale aansluiting tussen 'skills-mixes' en 'case-mixes' er in de maatschappelijke ondersteuning uit?*
- *Wat staat momenteel deze optimale aansluiting het meest in de weg?*
- *Wie heeft welke taak of rol in het opheffen van deze barrières?*

Ondanks dat de deelnemers een ruime lijst van competenties benoemden werd ook genoemd dat degenen die nu afstuderen deze competenties niet altijd in voldoende mate bezitten. De integrale aanpak die de maatschappelijke ondersteuning nodig heeft vraagt om een specifiek beroepsbeeld. Het gaat steeds minder om één-op-één hulpverlening en steeds meer om samenwerking/teamwerk; waarbij de nadruk ligt op een integrale aanpak binnen de sociale context van een cliënt.

In de afsluitende groepsdiscussie herhaalden de deelnemers de vakinhoudelijke competenties die professionals werkzaam in de maatschappelijke ondersteuning nodig hebben, als volgt:

- *Kunnen samenwerken;*
- *Cliëntvriendelijkheid en 'samen optrekken' met de cliënt (naast iemand staan);*
- *Zelfstandig kunnen werken, maar ook kunnen samenwerken;*
- *Kunnen reflecteren op wanneer je het gezin/ de persoon zelf iets moet laten doen in zijn sociale context;*
- *Basisvaardigheden en daarnaast een eigen specialisatie; hetgeen vraagt om brede opleidingen.*

Met betrekking tot het context- en organisatieniveau kwam nadrukkelijk naar voren dat professionals werkzaam in de maatschappelijke ondersteuning:

- Sensitiviteit hebben dat gemeenten verwachten dat zorgaanbieders samenwerken, ook al zijn deze tegelijkertijd soms ook elkaars concurrenten (wat is nu jouw professie en hoe verhoudt dat zich met jouw organisatie?);
- Ondernemerschap tonen omdat 'het welzijn niet zonder andere financieringsbronnen kan';

- Diversiteit herkennen;
- Technische vaardigheden hebben: leren werken met bijvoorbeeld domotica, cliëntvolgsystemen, maar ook het gebruik van sociale media;
- Moreel-ethisch in staat zijn tot oordeelsvorming, risico's kunnen inschatten en hiermee kunnen omgaan.

Opvallend in de groepsdiscussie, en ook in de antwoorden op de casus, is dat sociale wijkteams nauwelijks worden genoemd. Wanneer wordt gevraagd of sociale wijkteams het dominante 'beroepsmodel' voor de maatschappelijke ondersteuning in de nabije toekomst zou kunnen zijn, geven de deelnemers geven aan deze vraag niet te kunnen beantwoorden. Het is namelijk nog niet duidelijk of de sociale wijkteams de meest effectieve en doelmatige oplossing zijn. Daarbij werd gesteld dat er veel geld nodig is voor de regiefunctie die de sociale wijkteams (moeten gaan) vervullen. Sommige deelnemers spreken de vrees uit dat dit ten koste zal gaan van het budget voor het uitvoerende werk.

Wel is het volgens de deelnemers duidelijk dat de 'professionals actief in de wijk' steeds generalistischer zullen moeten kunnen werken. Voor een integrale aanpak van maatschappelijke ondersteuning met een focus op sociale contexten/groepen zijn volgens de deelnemers aan de focusgroepen andere competenties nodig dan die waarover de huidige groepen professionals en pas afgestudeerden beschikken. Er is voor de nabije toekomst vooral veel behoefte aan generalisten, ondernemende, onderzoekende en samenwerkende professionals. Het is de vraag of deze in voldoende mate worden opgeleid. Terwijl er vooral meer 'generalisten' nodig zijn zouden studenten juist vaak voor een specialistische opleiding te kiezen. Aandachtspunt is dus dat er een nieuw beroepsbeeld moet worden gecommuniceerd, er een grotere waardering nodig is voor de generalistische rol en competenties van maatschappelijke ondersteuning en dat professionals vooral de ruimte moeten krijgen zich te ontwikkelen – gegeven alle grote transities die ook doorwerken in hun aansturing en beloning.

6 Samenvatting en conclusies

In deze kennissynthese staat de personele invulling van de maatschappelijke ondersteuning, nu en in de toekomst, centraal. In kaart is gebracht wat de gevolgen zijn van de grote veranderingen in het sociale domein zijn (of: zullen zijn) voor de eisen die aan beroepen en professionals worden gesteld. Door nieuwe wetgeving zijn maatschappelijke verantwoordelijkheden herverdeeld. Met de transitie van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in 2007 zijn gemeenten verantwoordelijk voor de maatschappelijke ondersteuning van hun burgers. Dit betekent dat zij nu eisen stellen aan professionals die werkzaam zijn in de maatschappelijke ondersteuning. Tegelijkertijd verandert de vraag en behoefte van burgers, en daarmee de taken, rollen en competenties van professionals die werkzaam zijn in de maatschappelijke ondersteuning.

In de inleiding werden de drie deelvragen die leidend voorzijn voor deze kennissynthese gesteld. Deze vragen zullen hieronder worden herhaald en beantwoord.

De eerste vraag luidt:
Welke professionals zijn op dit moment werkzaam in de maatschappelijke ondersteuning in Nederland? Welke beroepen betreft het, hoe zijn ze opgeleid, wat is de omvang van deze beroepsgroepen en welke kenmerken hebben ze?

Op basis van verschillende databronnen schatten we dat anno 2016 ruim 750.000 mensen als professional te beschouwen zijn die werkzaamheden verrichten die bijdragen aan de maatschappelijke ondersteuning (MO) in Nederland. Hierbij gaat het om mensen die werkzaam zijn in MO-relevante beroepen die in ieder geval voor een deel onder de gemeentelijke budgetten voor Wmo, Jeugdhulp of Participatiewet werkzaamheden verrichten; of relevant zijn vanwege samenwerking en afstemming met de activiteiten binnen deze financieringsstelsels. In de meest gezaghebbende nationale arbeidsmarkt-vragenlijsten die we raadpleegden, de Enquête Beroepsbevolking en de Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn, konden de MO-relevante beroepen alleen in grove categorieën worden ingedeeld. Enkele beroepsgroepen zijn daarbij goed herkenbaar als 'volledig en/of specifiek' werkzaam in de maatschappelijke ondersteuning. Daarnaast is een aantal beroepsgroepen MO-relevant omdat zij hun werkzaamheden uitvoeren in sectoren of organisaties die (deels) door de Wmo, sociale participatiewet en langdurige zorg bekostigd worden. Ook de MO-relevante sectoren kunnen op basis van de nationale vragenlijstdata alleen grof worden ingedeeld. Sommige sectoren zijn daarbij duidelijk MO-specifiek, zoals de welzijn, maatschappelijke dienstverlening (W&MD) en jeugdhulp.

Andere sectoren zijn alleen deels als MO-relevant te beschouwen, zoals de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), verpleging en verzorging en thuiszorg (VVT) en gehandicaptenzorg.

Professionals die werkzaam zijn in de maatschappelijke ondersteuning zijn voornamelijk vrouw. Hun opleidingsniveau is zeer verschillend naar sector. Binnen de GGZ is 90% van de professionals HBO of WO-opgeleid, binnen de VVT-sector is het grootste deel MBO-opgeleid. Een eerste indicatie dat de eisen die aan MO-professionals worden gesteld zijn veranderd (en nog steeds veranderen) is dat zij zelf in enquêtes aangeven niet tevreden te zijn over de aansluiting van kennis en vaardigheden met het huidige werk. Een kwart geeft aan dat deze aansluiting onvoldoende is. Dit percentage is hoger in de VVT-sector. Zij geven ook aan dat extra scholing of cursussen nu en in de toekomst nodig zijn om nieuwe competenties te verwerven en aan de veranderende eisen te voldoen. Dat daarvoor de gelegenheid echter ontbreekt blijkt uit het feit dat relatief weinig MO-professionals aangeven op dit moment een opleiding volgen.

Als vervolg is de tweede vraag van deze synthese:
Welke (huidige en toekomstige) ontwikkelingen zijn van invloed op de vraag naar en het aanbod van professionele maatschappelijke ondersteuning?

Kijken we eerst naar de demografische en sociaal-culturele trends in de Nederlandse samenleving, dan wordt duidelijk dat burgers en daarmee de (potentiële) gebruikers van MO steeds ouder worden. Meer mensen zullen tot hoge leeftijd zelfstandig blijven wonen, waardoor met name meer ouderen een beroep zullen doen op maatschappelijke ondersteuning. Ook de toename van migratie en migranten vergroot het volume van de vraag naar maatschappelijk ondersteuning. Daarnaast neemt de intensiteit van de benodigde ondersteuning per burger/cliënt toe. Mensen leven langer in goede gezondheid zonder fysieke beperkingen, maar toch blijft de als goed ervaren gezondheid van mensen achter. De samenleving wordt complexer en veeleisender en niet alle burgers kunnen hierin mee komen. Zij zullen meer en complexere vormen van ondersteuning vragen.

De toenemende vraag en het afnemend aanbod zorgt voor grote druk op de arbeidsmarkt voor MO-professionals. De toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg en dienstverlening kan in het geding komen als de aansluiting tussen vraag en aanbod verder verslechtert. Vanuit de beroepsgroep en de opleidingen in het sociale (MO-)domein wordt hierop al geruime tijd actie ondernomen. Zo is er veel aandacht voor profilering van de MO-beroepen binnen het onderwijs, de nationale arbeidsmarkt en onder jongeren. Binnen het Landelijk Actieprogramma Professionalisering Welzijn & Maatschappelijke dienstverlening hebben verschillende organisaties de handen ineen geslagen.

Het programma stemt landelijke, regionale en lokale programma's op elkaar af die beogen het vakmanschap, de autonomie en de beroepsidentiteit van sociaal werkers te versterken. Ook zijn binnen het Actieprogramma 10 'Competenties van Maatschappelijke Ondersteuning' gedefinieerd als leidraad of kader voor beroeps- en onderwijsontwikkeling binnen het sociaal domein. Eén van de uitdagingen daarbij is het voldoen aan de toenemende behoefte aan een meer generalistische insteek van maatschappelijke ondersteuning, waarbij toch de identiteit van de verschillende beroepsgroepen behouden wordt.

De transities in het sociale domein hebben (zoals hiervoor al aangegeven) de gemeenten in een centrale rol geplaatst als opdrachtgever, financierder en bestuurlijk/inhoudelijk verantwoordelijke voor de maatschappelijke ondersteuning op lokaal niveau. Gemeenten pakken deze rol verschillend op, maar hebben toch ook veel overeenkomsten als we afgaan op de visie- en strategiedocumenten die zij voor de werving, selectie en contractering van MO-diensten openbaar publiceren. Zo is bij veel gemeenten de visie terug te vinden dat maatschappelijke ondersteuning gericht moet zijn op het bieden van passende ondersteuning. Ook activeringsvermogen die ingezet wordt in een vertrouwde omgeving door sociale wijkteams wordt vaak genoemd. Gemeenten lijken echter minder expliciete criteria te formuleren rondom de benodigde competenties van MO-professionals. Ook de gewenste of benodigde 'skill-mix' van MO-professionals krijgt weinig aandacht in de strategiedocumenten. Wel werken gemeenten samen, zoals in de 'City Deal Inclusieve Stad'. Vijf gemeenten ontwikkelden hiervoor een gezamenlijke visie, juist ten aanzien van de personele inzet voor maatschappelijke en de competenties van de mensen die binnen de MO nodig zouden moeten hebben. Deze visie benadrukt net als het Actieprogramma het belang van generieke competenties van professionals welke gericht zijn op samenwerken, domein-overstijgend werken en ontwikkeling tot een 'lerende' professional die de behoefte van mensen als uitgangspunt neemt. Specialistische kennis blijft nodig maar dient in teamverband aangeboden te worden.

De derde en laatste vraag is:
Welke professionals (met welke competenties) zijn nodig om aan de veranderende vraag naar maatschappelijke ondersteuning nu en in 2025 te kunnen voldoen?

In twee focusgroepen zijn vertegenwoordigers van 18 organisaties uitgenodigd hun visie te geven op de gewenste/benodigde competenties van MO-professionals voor nu en in de toekomt – met 2025 als fictief 'richtjaar'. Daarmee is niet een eenduidig en representatief beeld verkregen van wat de werkgevers-, werknemers- en onderwijsorganisaties in het MO-veld vinden, verwachten en wensen. Toch gaven de focusgroepen wel inzicht in de discussies rond de MO-competenties van de toekomst. En ook was er op een aantal punten sprake van consensus.

Zo blijkt uit de bespreking van een fictieve casus dat er flinke verschillen van mening en interpretatie kunnen bestaan wanneer welke maatschappelijke (professionele) ondersteuning nodig is. De fictieve casus gaf ruimte voor deze verschillen, maar uit de discussie onder de deelnemers kwamen ook vrij fundamentele verschillen naar voren over hoe (pro-)actief, preventief dan wel afwachtend en ondersteunend 'een' MO-professional in dit geval zou moeten optreden. De praktijk van de MO is dus divers, complex en context-gevoelig.

Meer consensus werd bereikt ten aanzien van de brede en generieke competenties die in de toekomst, meer dan ooit, nodig zullen zijn om maatschappelijke ondersteuning op maat te verzorgen. Basis competenties die meer dan eens genoemd werden zijn activeringsvermogen, inlevingsvermogen, cliëntvriendelijkheid, zelfstandig maar ook kunnen samenwerken, ondersteunen, signaleren en zelfreflectie. Zonder dat de 10 Competenties Maatschappelijke Ondersteuning van het Actieprogramma aan hen zijn voorgelegd, kwamen de focusgroep-deelnemers tamelijk eensgezind tot een lijst met competenties die hiermee overeen komen. We kunnen deze overeenkomst dan ook beschouwen als een kernantwoord op de hoofdvraag van dit onderzoek, namelijk, dat van MO-professionals in de toekomst de volgende competenties worden verwacht, op twee manieren geformuleerd:

De 10 Wmo competenties volgens het Actieprogramma Professionalisering Welzijn & Maatschappelijke dienstverlening	Competenties zoals afgeleid uit de twee focusgroepen
Versterkt eigen kracht en zelfregie	Aansluiten bij vermogens tot eigen regie Ondersteunen
Stimuleert verantwoordelijk gedrag	Activeren, activeringsvermogen Stimuleren
Is zichtbaar en gaat op mensen af	Open houding brede vraagverheldering Signaleren
Verheldert vragen en behoeften	Open houding brede vraagverheldering Wegwijzen
Verbindt gezamenlijke en individuele aanpak	Faciliteren Verbinden
Stuurt aan op betrokkenheid en participatie	Activeren, activeringsvermogen Motiveren
Werkt samen en versterkt netwerken	Samenwerken in de keten van dienstverleners Samenwerken werken op verschillende borden
Beweegt zich in uiteenlopende systemen	Integrale aanpak Kennis van formele en informele zorg in de buurt/wijk Inzicht hebben in samenhang problematiek
Doorziet verhoudingen en anticipeert op veranderingen	Analyse van de gehele situatie Perspectief om komende jaren/decennia doorgaand met elkaar aan te kunnen bouwen
Benut professionele ruimte en is ondernemend	Onderzoekend vermogen Systeemgericht werken

Een belangrijke andere conclusie uit de focusgroep-bijeenkomsten was dat de huidige professionals, ook zij die nog in opleiding zijn, nog niet in voldoende mate over deze competenties beschikken. Dit komt overeen met de lacunes die MO-professionals aangaven in de enquêtes die we voor de kwantitatieve beschrijving van de beroepsgroep(en) gebruiken (zie vraag 1).

Tenslotte maakten de focusgroepen duidelijk dat een nieuw beroepsmodel voor de maatschappelijke ondersteuning of de MO-professional nog niet in beeld is. Het is tevens de vraag is of de ontwikkeling van zo'n model wenselijk is. Duidelijk is dat het ontwikkelen van de juiste competenties het primaat heeft. In welke beroeps- of organisatiemodellen MO-professionals hun vak uitoefenen is volgens sommigen ondergeschikt. Zo was de discussie of sociale wijkteams het dominante 'beroepsmodel' voor de maatschappelijke ondersteuning in de nabije toekomst zou moeten zijn. Terwijl een groot aantal gemeenten sociale wijkteams wel noemen als basis voor de MO, waren niet alle deelnemers overtuigd van de toekomstbestendigheid of universele toepasbaarheid van dit organisatiemodel. Diversiteit blijft dus ook in dit opzicht kenmerkend voor de organisatie van de maatschappelijke ondersteuning in Nederland.

Referenties

AZW (2016). Brancherapport Welzijn. AZW, februari 2017.

Broek, A. van den, van Campen, C., de Haan, J., Roeters, A., Turkenburg, M. & L.Vermeij (red.) (2016). De toekomst tegemoet. Leren, werken, zorgen, samenleven en consumeren in het Nederland van later. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

BPSW voorheen NVMW (2014). Op naar een beroepsvereniging van sociaal werkers! Uitwerking van de Koers 2014-2019. Utrecht: BPSW.

Campen, C. van, Iedema, J., Broese van Groenou, M. & D. Deeg (2017). Langer zelfstandig. Ouder worden met hulpbronnen, ondersteuning en zorg. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

CAO Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening 2016-2017 (2016). Geraadpleegd via: https://www.fcb.nl/sites/default/files/caowmd1617_definitief210716gecorrigeerd.pdf

Dirven, H.J. & B. Janssen (2012). De Nederlandse beroepsbevolking: twee afbakeningen. Sociaaleconomische trends, 1ste kwartaal 2012: 80-89. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.

CBS (2014a). Bevolkingsprognose 2014-2060: groei door migratie. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd via: http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=82683ned&D1=0-7,14-15,17-18,21&D2=0&D3=0-11&HDR=T&STB=G1,G2&VW=T

CBS (2014b). Bevolkingstrends 2014. Projecties van de gezonde levensverwachting tot 2030. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.

CBS (2014). Methoden en definities Enquête Beroepsbevolking 2014. Geraadpleegd via: https://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/1BB3C645-47CC-4F58-9031-89F490AEE981/0/methodenendefinitiesebb2014.pdf

City Deal Inclusieve Stad (2016). Doen wat nodig is: Experimenten die maatwerk mogelijk maken. Rotterdam: PlatformP. Geraadpleegd via: http://agendastad.nl/wp-content/uploads/2016/10/Publicatie-Doen-wat-nodig-is.pdf

Dam, C. van, Kluft, M., Vlaar, P. & M. van der Meij (2015). Het huis van de sociaal werker. Bouwstenen voor de ontwikkeling en profilering van Sociaal Werk. Actieprogramma Professionalisering. Utrecht: Movisie.

Dam, C. van, Kluft, M. & A. Scheffelaar (2016). Leren van het verleden. Utrecht: Movisie. Geraadpleegd via: https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Leren-van-het-verleden%20%5bMOV-9165719-1.0%5d.pdf

FCB (2015). Gevolgen transities voor Welzijn en Jeugdzorg. Utrecht: FCB. Geraadpleegd via: https://www.fcb.nl/onderzoek-trends/gevolgen-transities-voor-welzijn-en-jeugdzorg.

Gezondheidsraad (2014). Sociaal werk op solide basis. Den Haag: Gezondheidsraad.

Heijmans, M., Inhulsen, M.B., Waverijn, G. & P. Spreeuwenberg (2017). Chronisch zieken in de zorg. Belangrijke trends en ontwikkelingen. Utrecht: NIVEL.

Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A.R., Kromhout, D. et al (2011). How should we define health? BMJ343: d4163.

Huber, M., van Vliet, M. & I. Boers (2016). Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. Ned Tijdschr Geneeskd160: A7720.

Jumelet, H. & F. Luttik (2012). Actieprogramma Professionalisering Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening. s.l.: Abvakabo FNV, CNV Publieke Zaak, MOgroep, NVMW, Code 2.0, BVJong, HBO-raad en MBO-raad.

MBO2025 (2017). Herprofilering en nieuwe naamgeving opleidingsniveaus. Geraadpleegd via: http://www.mbo2025.nl/herprofilering-en-nieuwe-naamgeving-opleidingsniveaus

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2013). Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst. Brief aan de Tweede Kamer d.d. 25 april 2013. Kenmerk 114352-103091-LZ.

Professionaliseren in welzijn (2017). Landelijk Actieprogramma Professionalisering Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening. Geraadpleegd via: http://www.professionalisereninwelzijn.nl/content/actieprogramma-professionalisering-wmd

Rademakers, J., Delnoij, D., Nijman, J. & D. de Boer (2012). Educational inequalities in patient-centred care: patients' perferences and experiences. BMC Health Services Research 12: 261.

Registerplein (2017). Aanmelden Sociaal Werkers vanaf vandaag. Geraadpleegd via: http://www.registerplein.nl/Nieuwsberichten/vooraanmelden-register-sociaal-werk-gaat-van-start/

Sørensen, K., Pelikan, J.M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z. et al. (2015). HLS-EU Consortium. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). European Journal of Public Health 2015; 25(6):1053-1058.

Transitiecommissie Sociaal Domein (TSD) (2016). De decentralisaties in het Sociaal Domein: wie houdt er niet van kakelbont? Geraadpleegd via: https://www.transitiecommissiesociaaldomein.nl/documenten/persberichten/2016/03/18/vierde-voortgangsrapportage-tsd-een-sociaal-domein

Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) (2017). Cliëntervaring (Wmo/Jeugd). Den Haag: VNG.
Geraadpleegd via: https://vng.nl/onderwerpenindex/jeugd/jeugdhulp/clientervaring-jeugdwmo

Vereniging Hogescholen (2015). Koers voor de hogere sociale studies (voorheen hsao). Geraadpleegd via:
http://www.vereniginghogescholen.nl/system/knowledge_base/attachments/files/000/000/502/original/Koers_hogere_sociale_studies_%282015%29.pdf?1453392411

Verkenningscommissie hoger sociaal agogisch onderwijs (hsao) (2014). Meer van waarde. Kwaliteitsimpuls en ontwikkeling voor het hoger sociaal agogisch onderwijs. Den Haag: Vereniging Hogescholen.

Vlaar, P., Kluft, M. & S. Liefhebber (2012). Wmo-competenties in de branche Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening. Utrecht: Movisie Effectiviteit en Vakmanschap.

Voortgangsrapportage WMO (2016). Den Haag: Ministerie van VWS. Geraadpleegd via: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/11/03/kamerbrief-over-voortgangsrapportage-wmo-2e-helft-2016

Werknemersenquête (WNE) Zorg en WJK (2015). Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. Den Haag: CAOP & Kiwa Carity.

Werkgeversenquête (WGE) Zorg en WJK(2016). Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. Den Haag: CAOP & Kiwa Carity

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2017). Weten is nog geen doen: Een realistisch perspectief op redzaamheid. Den Haag: WRR.

Overige geraadpleegde websites

https://www.movisie.nl/feiten-en-cijfers/feiten-cijfers-professionalisering
https://www.werkplaatsensociaaldomein.nl/
https://www.s-bb.nl/samenwerking/sectorkamers/sectorkamer-zorg-welzijn-en-sport
https://www.sociaalwerknederland.nl/wie-zijn-we/onze-medewerkers
https://www.mijnvakbond.nl/SGB-Beroepsinhoud-Zorg
https://www.fnv.nl/sector-en-cao/alle-sectoren/zorg-en-welzijn/sectorbestuur-fnv-zorg-en-welzijn/
https://www.zorginstituutnederland.nl/organisatie/interne+structuur/commissies
https://www.wmowerkplaatsen.nl/partners
http://www.canonsociaalwerk.eu/
http://www.sociaalwerkindewijk.nl/
https://www.kwadraad.nl/onze-mensen/
http://www.divers.nl/uploaded/docs/Over_Divers/LR_DIV5332_Jaarverslag_V4.pdf
http://loc.nl/
http://www.beroepeninbeeld.nl/
https://kansop.s-bb.nl/SearchWerk.aspx?field=chances
http://waarstaatjegemeente.nl

Bijlage A Methoden en bronnen

De organisaties waartoe de 12 deelnemers van de eerste focusgroep behoren:

1. NOVA College
2. Gemeente Amsterdam
3. Movisie
4. CAOP, afdeling Zorg
5. Koepel ASD, sociaal domein
6. ROC Midden-Nederland
7. Welzijn Divers
8. Netwerk Directeuren Sociaal Domein (NDSD)
9. Kwadraad
10. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
11. Gezondheidscentra Amsterdam Zuidoost
12. Rijn IJssel

De organisaties waartoe de 6 deelnemers van de tweede focusgroep behoren:

1. BPSW
2. Hogeschool van Amsterdam
3. Movisie
4. Sector hogere sociale studies (hss), Vereniging Hogescholen
5. LOC-Zeggenschap in zorg
6. VWS

Tekst verstuurd ter werving van de focusgroep-bijeenkomsten anno december 2016

Geachte ...,

In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) onderzoekt het NIVEL beroepsmodellen voor de maatschappelijke ondersteuning in Nederland. Onder beroepsmodellen verstaan we: het netwerk van beroepen (of breder, professionals) die bijdragen aan de verschillende vormen van maatschappelijke ondersteuning die in de praktijk aan burgers worden geleverd. Aanleiding van het onderzoek is de vraag hoe nu, na de transities binnen de langdurige zorg en in het sociale domein, de maatschappelijke ondersteuning qua personele invulling het beste vorm kan worden gegeven.

In het kader van dit onderzoek nodigen wij u, mede namens VWS, uit voor een focusgroepsgesprek over de huidige en toekomstige beroepsmodellen voor de maatschappelijke ondersteuning. Tijdens deze bijeenkomst presenteren we een eerste overzicht van de huidige situatie: welke beroepen en opleidingen zien we momenteel binnen de maatschappelijke ondersteuning? Hoe organiseren gemeenten de maatschappelijke ondersteuning en welke variatie zien we daarbij? Graag gaan wij vervolgens met u en de andere deelnemers in gesprek over mogelijke toekomstige beroepsmodellen voor de maatschappelijke ondersteuning, rekening houdend met verschillen tussen doelgroepen en contexten waar gemeenten en professionals mee te hebben of kunnen krijgen. Het doel is om tot een typologie van beroepsmodellen te komen en een aantal scenario's voor de nabije toekomst op te stellen.
Gezien de complexiteit van het vraagstuk, realiseren we ons dat dit een flinke uitdaging is. Niettemin hopen we samen met u en de andere deelnemers tot inzichten en ideeën te komen die ons in staat stellen om een aantal aanbevelingen voor verdere beleidsontwikkeling en onderzoek te formuleren.

Wij hopen daarom van harte dat u aan een focusgroepsgesprek wilt deelnemen. We organiseren twee focusgroepsbijeenkomsten, met een zelfde opzet, bij het NIVEL in Utrecht: op woensdag 25 januari (15.00-17.00 uur) en op dinsdag 31 januari (15.00-17.00 uur). We hopen dat één van deze data u schikt. Indien u niet kunt deelnemen, wilt u dan een collega hiervoor benaderen?

U kunt zich aanmelden door deze email te beantwoorden. Graag daarin dan de hieronder gevraagde informatie invullen. Bij voorbaat hartelijk dank!

Tekst verstuurd ter toelichting van de focusgroep-bijeenkomsten anno december 2016

Geachte heer, mevrouw,

Fijn dat u op 25 januari aanstaande wilt deelnemen aan de focusgroep over de huidige en toekomstige beroepsmodellen voor de maatschappelijke ondersteuning.

Hieronder volgt enige praktische informatie.

De bijeenkomst vindt plaats van 15.00 tot 17.00 uur, ten kantore van het NIVEL (Otterstraat 118-124 in Utrecht). Een routebeschrijving voor de reis met zowel de auto als met het openbaar vervoer is als bijlage bijgevoegd.
De receptie schrijft u in als bezoeker, waarna u doorverwezen wordt naar de vergaderzaal waar koffie en thee klaar staan.

Na een voorstelronde zullen de onderzoekers kort enkele resultaten presenteren van het voorbereidende bureauonderzoek. Daarna vinden twee discussieronden plaats rond een casus. Daarbij zal de vraag aan u zijn welke typen maatschappelijk ondersteuning volgens u bij de betreffende casus het meest passend zijn, hoe deze idealiter door wie zouden moeten worden geboden, en wat er qua organisatie en scholing nodig is om dit op grote schaal te realiseren. Het laatste gedeelte van de bijeenkomst vragen we u mee te denken over de toekomst: wat zijn mogelijke toekomstige beroepsmodellen voor de maatschappelijke ondersteuning, rekening houdend met verschillen tussen doelgroepen en contexten waar gemeenten en professionals mee te hebben of kunnen krijgen?

Tekst verstuurd ter toelichting van de inventarisatie onder gemeenten anno december 2016

Geachte heer/mevrouw,

In opdracht van het Ministerie van VWS onderzoekt het NIVEL hoe nu, na de transities binnen de langdurige zorg en in het sociale domein, de maatschappelijke ondersteuning qua personele invulling vorm kan worden gegeven. Eén van de vragen die daarbij speelt is hoe gemeenten de maatschappelijke ondersteuning organiseren met betrekking tot de keuze voor zorgaanbieders en eisen aan opleidingen en competenties van hun personeel. Zo willen we nagaan welke variatie er bestaat tussen gemeenten in hun personele visie op de maatschappelijke ondersteuning in relatie tot de kenmerken en behoeften van burgers.

In dat kader hebben we een steekproef van 30 willekeurige gemeenten getrokken, waarbij ook uw gemeente is geselecteerd. We zijn nu op zoek naar openbare aanbestedingsdocumenten van uw gemeente of daarmee samenhangende documentatie: wat zijn of waren (in 2015 of 2016) voor uw gemeente de criteria bij de selectie van aanbieders van verschillende vormen van maatschappelijke ondersteuning? We zijn daarbij geïnteresseerd in de aanbesteding van alle vormen van maatschappelijke ondersteuning die door uw gemeente gefinancierd worden op grond van de Wmo2015, Jeugdwet of Participatiewet en/of die de ondersteuning van burgers op het gebied van werk en inkomen betreffen.

Omdat we van reeds afgeronde aanbestedingstrajecten geen documenten meer kunnen vinden op de website van uw gemeente of relevante portals (zoals TenderNed), wil ik u vragen om de documentatie van uw gemeente over deze aanbestedingstrajecten in 2015 of 2016 naar het NIVEL te sturen. Het gaat ons dus om de informatie die destijds openbaar beschikbaar was voor geïnteresseerde intekenaars. U kunt dat doen door deze e-mail te beantwoorden en de relevante documenten bij te voegen.

Voor de goede orde, we zullen niet rapporteren over uw gemeente of de criteria die specifieke gemeenten hanteren. Het gaat ons erom dat we een indruk krijgen van welke eisen gemeenten in het algemeen stellen aan het profiel van zorgaanbieders en de opleidingen en competenties van hun personeel bij de aanbesteding van verschillende vormen van maatschappelijke ondersteuning. In de rapportage over het onderzoek zullen we gemeenten dus niet bij naam noemen.

Ik hoop van harte dat u ons kunt helpen. Mocht u vragen hierover hebben, dan kunt u met mij contact opnemen.

Bijlage B Aantallen werknemers per sub-branche

Schattingen van werknemers werkzaam in MO-relevante functies per sector en sub-branche op basis van de WNE-2015.

Tabel II.1: Aantal mensen werkzaam (als werknemer) in een functie in de maatschappelijke ondersteuning binnen de sector Geestelijke gezondheidszorg, schatting op basis van de WNE-2015

Sub-branche: / MO-relevante functie:	MO-relevante sub-branche: Kind & jeugd	Andere relevante sub-branche		
		Basis-GGZ	Gespecialiseerde GGZ	Langdurige zorg
Leerling verpleegkundig personeel		200 – 1200	400 – 1.600	
Leerling verzorgend personeel				0 - 600
Leerling agogisch personeel			0 – 600	0 – 700
Zorghulp	0 - 400		0 – 600	0 - 400
Afdelingsassistent/verzorgingsassistent/zorgassistent			0 – 600	0 – 600
Helpende functie	0 - 600	0 - 400	0 – 600	0 - 600
Verzorgende functie	0 – 400	200 – 1.200	200 – 1.200	100 – 1.000
Eerst Verantwoordelijke Verzorgende (EVV)		0 – 600	100 – 900	100 – 900
Begeleidende / agogische functie	600 – 2.000	700 – 2.200	1.600 – 3.700	2.000 – 3.900
HBO-verpleegkundige	100 – 1.000	400 – 1.600	7.000 – 10.500	600 – 2.000
MBO-verpleegkundige		600 – 2.000	2.700 – 5.100	200 – 1.200
Teamleider	0 – 600	0 – 600	200 – 1.300	0 – 700
Psychosociale behandel- en begeleidingsfunctie (bijv. activiteitenbegeleider, arbeidstherapeut, bewegingsagoog, creatief therapeut)	1.200 – 2.800	500 – 1.800	5.200 – 8.300	300 – 1.400
Sociaal-wetenschappelijke functie (bijv. psycholoog, psychotherapeut, pedagoog)	600 – 2.000	400 – 1.700	4.400 – 7.300	0 – 400
Leerling verpleegkundig, verzorgend en agogisch personeel		0 – 600	0 – 700	0 - 400
Verpleegkundig, verzorgende en agogisch personeel	0 – 700	200 – 1.300	500 – 1.900	300 – 1.400
Overige patiënt- en bewonersgebonden functies	0 – 400	0 - 600	400 – 1.600	0 – 600
Totaal in MO-relevante functie:	4.200 –6.000	6.500 – 8.400	30.000 – 34.000	6.700 – 8.200
% van totaal in sub-branche:	61,2%	72,0%	69,8%	84,9%
Gerelateerde functie:				
Medische functie (bijv. arts, arts-assistent, medisch specialist)	100 - 1000		800 – 2.400	
Totaal in gerelateerde functie:	100 - 1000		800 – 2.400	
% van totaal in sub-branche:	5,0%		3,2%	
Totaal in sub-branche:	6.700 – 10.300	8.600 – 12.500	43.100 – 48.700	7.200 – 10.900

Tabel II.2: Aantal mensen werkzaam (als werknemer) in een functie in de maatschappelijke ondersteuning binnen de sector Verpleging en Verzorging en Thuiszorg, schatting op basis van de WNE-2015 van het Onderzoeksprogramma AZW

MO-relevante sub-branche:	MO-relevante sub-branche Thuiszorg	Andere relevante sub-branche Jeugdgezondheidszorg
MO-relevante functie:		
Thuishulp A	46.700 – 54.800	
Verzorgingshulp B	6.900 – 10.800	
Verzorgende C	16.200 – 21.800	
Verzorgende D	5.900 – 9.700	
Gespecialiseerd verzorgende E	1.000 – 2.900	
Wijkziekenverzorgende	19.200 – 25.200	
Wijkverpleegkundige	8.000 – 12.200	
Verpleegkundige in de wijk	9.600 – 14.100	
Gespecialiseerde verpleegkundige functie	1.400 – 3.600	
Leidinggevende (bijv. teamleider, zorgteammanager, thuiszorgmanager)	600 – 2.100	
Zorgcoördinator/casemanager	400 – 1.800	
Ondersteunende functie (bijv. stafarts, planner, zorglijn-medewerker)	100 – 1.200	
Verpleegkundige / verzorgende functie (bijv. jeugdverpleegkundige)	500 – 2.000	
Overige uitvoerende functie (bijv. medewerkers activiteitenbegeleider, weeghulp, consultatiebureau-arts)	0 - 800	
Leidinggevende ouder- en kindzorg / dieetadvisering / collectieve preventie	0 – 800	
Ondersteunende functie (bijv. stafarts, planner, coördinator, intaker)	500 – 2.000	
Algemene thuiszorg	10.100 – 14.700	
Leerling verpleegkundig personeel		0 – 400
Afdelingsassistent/verzorgingsassistent/zorgassistent		0 – 400
Verzorgende functie		0 – 400
Eerst Verantwoordelijke Verzorgende (EVV)	11.800 – 16.700	
Begeleidende / agogische functie		0 – 400
HBO-verpleegkundige		1.500 – 2.800
Teamleider		0 – 400
Psychosociale behandel- en begeleidingsfunctie (bijv. activiteitenbegeleider, arbeidstherapeut, bewegingsagoog, creatief therapeut)		0 – 800
Leerling verpleegkundig, verzorgend en agogisch personeel		0 – 400
Verpleegkundig, verzorgende en agogisch personeel		0 – 600
Overige patiënt- en bewonersgebonden functies		0 – 600
Totaal in MO-relevante functie:	162.600 – 167.100	2.000 – 3.300
% van totaal in sub-branche:	93,3%	66,7%
Gerelateerde functie:		
Medische functie (bijv. arts, arts-assistent, medisch specialist)		100 – 1.100
Totaal in gerelateerde functie:		100 - 1100
% van totaal in sub-branche:		11,2%
Totaal in sub-branche:	170.100 – 183.800	2.900 – 5.700

Tabel II.3: Aantal mensen werkzaam (als werknemer) in een functie in de maatschappelijke ondersteuning binnen de sector Gehandicaptenzorg, schatting op basis van de WNE-2015 van het Onderzoeksprogramma AZW

MO-relevante sub-branche:	MO-relevante sub-branche: Instellingen met zorgtaken in het sociaal domein (Wmo, Jeugdhulp, Participatiewet)
MO-relevante functie:	
Leerling agogisch personeel	0 – 700
Zorghulp	200 – 1.400
Helpende functie	100 – 1.100
Verzorgende functie	200 – 1.400
Eerst Verantwoordelijke Verzorgende (EVV)	0 – 900
Begeleidende / agogische functie	9.200 – 12.900
Teamleider	100 – 1.100
Psychosociale behandel- en begeleidingsfunctie (bijv. activiteitenbegeleider, arbeidstherapeut, bewegingsagoog, creatief therapeut)	4.000 – 7.000
Sociaalwetenschappelijke functie (bijv. psycholoog, psychotherapeut, pedagoog)	300 – 1.600
Verpleegkundig, verzorgende en agogisch personeel	500 – 2.100
Overige patiënt- en bewonersgebonden functies	200 – 1.400
Totaal in MO-relevante functie:	19.400 – 22.500
% van totaal in sub-branche	77,5%
Totaal in sub-branche:	24.000 – 30.600

Tabel II.4a: Aantal mensen werkzaam (als werknemer) in een functie in de maatschappelijke ondersteuning binnen de sector Welzijn en Maatschappelijke dienstverlening (WMD), schatting op basis van de WNE-2015 van het Onderzoeksprogramma AZW

MO-relevante sub-branche:	Sociaal cultureel werk	Wel-zijns-werk jeugd	Wel-zijns-werk oude-ren	Jongeren-werk	Welzijns-werk minder-heden, vluchte-lingen en asielzoe-kers	Alge-meen maat-schap-pelijk werk	Bureaus Sociaal raads-lieden	Telefo-nische hulp-dien-sten	Bureau slacht-offer-hulp
MO-relevante functie:									
Maatschappelijk werker		0 – 600	100 – 700	0 – 500	0 – 400	2.300 – 3.600		0-100	
Sociaal werker	400 – 1500	0 – 400	100 – 700		0 – 300	0 – 600	0 – 200		
Sociaal raadslid							100 – 300		
Sociaal cultureel werker	300 – 1300	0 – 400	0 – 500	0 – 500	0 – 400				
Activiteitenbegeleider	0 – 500	0 – 300	400 – 1400	100 – 600		0 – 500			
Woonbegeleider				0 - 400	0 – 400	0 – 500			
Persoonlijk begeleider	0 – 500	0 – 600	300 – 1200						
Begeleider vrijwilligers	0 – 500				0 – 400	0 - 600			
Bewindvoerder									
Budgetconsulent									
Buurtwerker en/of opbouwwerker	100 – 800	0 – 300	0 – 500						
Pedagogisch medewerker	0 – 300	0 - 400	0 – 300			0 - 600			
Ambulant hulpverlener		0 – 400	0 – 300	0 – 400		0 - 300			
Jeugdbeschermer/gezins-voogd						0 – 300			
Jeugd- en jongerenwerker (inclusief kinderwerk)		0 – 400		0 – 500					
Coördinator	100 – 700	0 – 600	200 – 1100	0 – 500	0 – 500	0 – 500			
Manager (van functies) primair proces	100 – 700	0 – 300	0 – 600		0 – 400	0 – 600			0 – 100
Overige functies primair proces					0 – 300				
Primair proces (cliëntgerelateerde functie)	0 - 300		2.500 – 4.200			0 – 300			0 – 200
Totaal in MO-relevante functie:	2.100 – 3.300	800 – 1.400	5.700 – 6.800	800 – 1.200	300 – 900	3.300 – 4.300	100 – 300	0-200	0 – 200
% van totaal in sub-branche	60,8%	86,7%	87,8%	92,8%	53,9%	81,8%	75,2%	0%	50,0%
Totaal in sub-branche:	3.400 – .5800	800 – 2.200	5.800 – 8.800	700 – 2.000	600 – 1.900	3.600 – 6.100	100 – 700	0 – 600	0 – 600

Tabel II.4b: Aantal mensen werkzaam (als werknemer) in een functie in de maatschappelijke ondersteuning binnen de sector Welzijn en Maatschappelijke dienstverlening (WMD), schatting op basis van de WNE-2015 van het Onderzoeksprogramma AZW

MO-relevante sub-branche:	Schuldhulp-verlening	Opvang-centra	Bege-leid wonen	Maat-schap-pelijke opvang	Vrouwen-opvang	Arbeids-parti-cipatie	Vorming, training en advies	Ander soort organi-satie in WMD	Herstellings-oorden
MO-relevante functie:									
Maatschappelijk werker	0 – 200	0 - 400	100 – 1.000	200 – 1.000	0 – 400		0 – 200	1.000 – 2.500	
Sociaal werker			0 – 600	0 – 3.000				100 – 1.000	
Sociaal raadslid									
Sociaal cultureel werker		0 - 300						0 – 300	
Activiteitenbegeleider			100 – 700	0 – 500		0 – 600		0 – 500	
Woonbegeleider		0 - 400	1.800 – 3.300	200 – 1.000				0 – 600	
Persoonlijk begeleider		200 - 700	900 – 2.200	100 – 800				100 – 900	
Begeleider vrijwilligers				0 – 300		0 – 300		100 – 700	
Bewindvoerder			0 – 300						
Budgetconsulent	0 – 100		0 – 500						
Buurtwerker en/of opbouwwerker								0 – 600	
Pedagogisch medewerker		0 - 300	0 – 600	0 – 500	0 - 500			100 – 700	
Ambulant hulpverlener			100 – 700	0 - 500	0 – 400			500 – 1.700	
Jeugdbeschermer/gezins-voogd									
Jeugd- en jongerenwerker (inclusief kinderwerk)									
Coördinator		0 - 400	100 – 800	0 – 600	100 – 700	0 – 300		800 – 2.100	
Manager (van functies) primair proces				100 – 800	0 – 300	0 – 300	0 – 300	200 – 1.100	
Overige functies primair proces	0 – 100		0 – 500	0 – 300		0 – 400	0 – 300	100 – 900	
Primair proces (cliëntgerelateerde functie)			0 - 600	0 – 500		800 – 1700		0 – 600	
Totaal in MO-relevante functie:	0 – 200	300 – 800	5.000 – 6.300	1.700 – 2.800	400 – 900	1200 – 1900	0 – 400	5.700 – 7.500	0 - 100
% van totaal in sub-branche	66,9%	63,7%	79,8%	64,3%	66,7%	76,0%	40,0%	67,9%	0%
Totaal in sub-branche:	0 – 600	500 – 1.700	5.800 – 8.800	2.600 – 4.800	500 – 1.800	1.400 – 3.100	100 – 1.000	8.200 – 11.500	0 – 600

Tabel II.5: Aantal mensen werkzaam (als werknemer) in een functie in de maatschappelijke ondersteuning binnen de sector Jeugdhulp, schatting op basis van de WNE-2015 van het Onderzoeksprogramma AZW

MO-relevante sub-branche:	MO-relevante sub-branche			
	Gecertificeerde instellingen voor Jeugdhulp	Organisatie voor Jeugd en Opvoed-hulpzorg	Justitiële Jeugd-organisatie	Ander soort organisatie in de Jeugdhulp
MO-relevante functie:				
Maatschappelijk werker	500 – 2.000	300 – 1.500	0 – 400	0 – 600
Sociaal werker	0 – 700	0 – 800		0 - 400
Sociaal raadslid				0 – 400
Sociaal cultureel werker	0 – 400	0 – 400	0 – 400	
Woonbegeleider	0 – 900	0 – 800	0 – 400	0 - 600
Persoonlijk begeleider	0 – 900	0 - 400	0 – 500	
Begeleider vrijwilligers	0 – 400			0 - 400
Pedagogisch medewerker	4.800 – 7.700	1.200 – 3.100	200 – 800	0 - 600
Ambulant hulpverlener	1.800 – 4.000	1.200 – 2.900		0 – 700
Gedragswetenschapper	100 – 1.200	300 – 1.500	0 – 400	
Jeugdbeschermer/gezinsvoogd	1.300 – 3.300	0 – 700	0 – 400	
Jeugdreclasseerder	0 – 1.000	0 - 700	0 – 500	
Jeugd- en jongerenwerker (inclusief kinderwerk)	0 – 700		0 – 500	
Pedagogisch medewerker kinderdagverblijf	0 – 700	0 – 700		
Coördinator	0 - 900	0 – 700		0 – 600
Manager (van functies) primair proces	100 – 1.200	100 – 1.000	0 – 400	0 – 400
Overige functies primair proces	100 – 1.200	0 - 400	0 – 400	0 - 600
Primair proces (cliënt gerelateerde functie)	0 - 700	0 – 800		0 – 600
Totaal in MO-relevante functie:	14.000 – 16.600	6.100 – 7.900	500 – 1.000	400 – 1.400
% van totaal in sub-branche	80,5%	79,7	87,7%	41,2%
Totaal in sub-branche:	17.200 – 21.000	7.200 – 10.800	400 – 1.800	1.200 – 3.200

Bijlage C Kenmerken van professionals werkzaam in de maatschappelijke ondersteuning

Tabel III.1: Persoonskenmerken, opleidingsniveau en arbeidsrelatie van professionals met een MO-relevant beroep binnen de sectoren Verpleging, Verzorging en Maatschappelijke dienstverlening en Gezondheidszorg in 2016; aantallen zijn schattingen op basis van EBB-2016

	Verpleging, Verzorging en Maatschappelijke Dienstverlening		gezondheidszorg	
Kenmerk	Aantal 2016 (*1000)	% van totaal in MO-relevant beroep in sector	Aantal 2016 (*1000)	% van totaal in MO-relevant beroep in sector
Geslacht				
Man	43,9	12,6	60,6	26,4
Vrouw	305,4	87,4	168,7	73,6
Leeftijd (in jaren): gemiddelde (standaarddeviatie)		42,7 (12,7)		41,7 (12,4)
Opleidingsniveau (hoogst behaald)*				
Lager beroepsonderwijs (LBO, VBO,	16,6	5,0	1,0	0,4
VMBO	6,4	1,9	0,8	0,3
MAVO, ULO, MULO	10,5	3,1	1,2	0,5
HAVO, MMS	5,9	1,7	4,0	1,8
VWO, Gymnasium, Atheneum, HBS	2,3	0,7	1,7	0,8
Middelbaar beroepsonderwijs (MBO, 3L)	143,8	43,1	43,6	19,6
Hoger beroepsonderwijs	105,2	31,5	70,4	31,7
Wetenschappelijk onderwijs	28,0	8,4	95,1	42,8
Andere (bedrijfs)opleiding of cursus	15,5	4,7	4,5	2,0
Arbeidsrelatie (eerste werkkring)*				
• Werknemer	336,5	96,3	192,8	84,1
• in vaste dienst	273,5		155,0	
• deels in vaste dienst	3,7		1,2	
• niet in vaste dienst	54,4		31,8	
• waarvan oproepkracht	20,8		3,8	
• n.v.t., geen van deze	3,3		3,9	
Zelfstandige, eigen bedrijf, personeel in dienst, directeur NV/BV of grootaandeelhouder	4,4	1,3	10,4	4,5
Zelfstandige, eigen bedrijf, personeel in dienst, overig	7,8	2,2	24,6	10,7
Globaal aantal jaren werkzaam in eerste werkkring*: gemiddelde		12,7		11,9

- tabel III.1 wordt vervolgd -

- vervolg van tabel III.1 -

Kenmerk	Verpleging, Verzorging en Maatschappelijke Dienstverlening		Gezondheidszorg	
	Aantal 2016 (*1000)	% van totaal in MO-relevant beroep in sector	Aantal 2016 (*1000)	% van totaal in MO-relevant beroep in sector
Omvang van de werkweek (eerste werkkring)*: gemiddelde in uren (standaarddeviatie)	23,8 (9,2)	31,0 (10,0)		
Omvang van de werkweek (totaal over alle werkkringen)*				
• Minder dan 12 uur	31,4	9,0	7,3	3,2
• 12 uur of meer	318,0	91,0	222,1	96,8
Totaal aantal werkuren betaald*: gemiddelde (standaarddeviatie)		24,8 (9,6)		32,1 (10,4)
Totaal in MO-relevant beroep in deze sector	349,4		229,3	

* Categorieën die gebaseerd zijn op tien of minder cases in de steekproef zijn niet in de tabel opgenomen. Hierdoor zullen de geschatte aantallen per categorie niet altijd optellen tot het (geschatte) totale aantal professionals in een MO-relevant beroep in de sector en de percentages zullen daardoor ook niet altijd optellen tot 100%. Daarnaast zijn afwijking mogelijk door afronding van de aantallen en percentages.

Bron: NIVEL-bewerking EBB-2016

Tabel III.2: Persoonskenmerken, opleidingsniveau en arbeidsrelatie van professionals met een MO-relevant beroep binnen de sector Verpleging, Verzorging en Maatschappelijke dienstverlening in 2016, schatting op basis van EBB-2016

Beroepscode (zie toelichting onder tabel)	% van totaal in MO-relevant beroep** in sector						
Kenmerk:	Sp/coö Verpl	Psych	MW/ Soc. helper	Verpl.	Soc. Werk/ begl.	Verz.	Schoon
Geslacht*							
• Man	9,8	4,7	21,8	7,1	19,1	3,4	-
• Vrouw	90,2	95,3	78,2	92,9	80,9	96,6	98,7
Leeftijd (in jaren): gemiddelde	42,1	37,0	42,2	41,9	40,3	45,2	48,0
Opleidingsniveau (hoogst behaald)*							
• Lager beroepsonderwijs (LBO, VBO, VSO)	-	-	-	-	1,0	10,2	29,8
• VMBO	-	-	-	2,8	2,1	3,5	-
• MAVO, ULO, MULO	-	-	-	5,5	1,7	4,7	10,0
• HAVO, MMS	-	-	-	3,1	1,7	1,8	2,8
• VWO, Gymnasium, Atheneum, HBS	-	-	-	-	-	1,4	-
• Middelbaar beroepsonderwijs (MBO, BOL, BBL)	23,1	-	11,1	70,3	49,0	59,4	34,0
• Hoger beroepsonderwijs	65,2	14,2	67,2	10,3	37,4	7,4	4,8
• Wetenschappelijk onderwijs	5,9	77,3	17,6	-	3,7	2,9	-
• Andere (bedrijfs)opleiding of cursus	2,3	-	-	4,8	2,8	8,8	13,4
Arbeidsrelatie (eerste werkkring)*							
• Werknemer	96,8	95,2	93,9	96,5	96,8	96,7	96,7
• in vaste dienst (van totaal werknemers)	89,1	82,8	81,7	83,2	82,2	78,8	72,2
• deels in vaste dienst (van totaal werknemers)	-	-	-	-	1,4	1,2	-
• niet in vaste dienst (van totaal werknemers)	9,7	15,5	18,1	13,3	15,3	18,9	24,2
• oproepkracht of invalkracht (van totaal werknemers)	-	-	-	6,6	5,6	9,4	11,7
• uitzendkracht (van totaal werknemers)	-	-	-	-	1,4	1,5	3,0
• n.v.t., geen van deze	-	-	-	-	1,0	-	-
• Zelfstandige, eigen bedrijf, personeel in dienst, directeur NV/BV of grootaandeelhouder	-	-	-	-	1,3	-	-
• Zelfstandige, eigen bedrijf, personeel in dienst, overig	2,9	-	3,4	-	1,6	2,5	-
Globaal aantal jaren werkzaam in eerste werkkring*: gemiddelde	10,1	8,3	10,1	11,8	10,7	16,2	21,4
Omvang van de werkweek (eerste werkkring)*: gemiddelde in uren	24,7	27,4	28,2	23,9	25,5	19,8	14,5
Omvang van de werkweek (totaal over alle werkkringen)*							
• Minder dan 12 uur	3,9	-	3,4	8,5	5,3	13,4	32,9
• 12 uur of meer	96,1	98,5	96,6	91,5	94,7	86,6	67,1

- tabel III.2 wordt vervolgd -

- vervolg van tabel III.2 -

	% van totaal in MO-relevant beroep** in sector						
Kenmerk	Sp/coö Verpl	Psych	MW/ Soc. helper	Verpl	Soc. Werk/ begl	Verz	Schoon
Totaal aantal werkuren betaald*: gemiddelde	26,3	28,5	29,3	24,7	26,6	20,6	15,2
Totaal aantal in MO-relevant beroep in deze sector (*1000)	31,5	9,9	34,6	34,9	124,1	70,7	30,0

* Categorieën die gebaseerd zijn op tien of minder cases in de steekproef zijn niet in de tabel opgenomen. Hierdoor zullen de geschatte aantallen per categorie niet altijd optellen tot het (geschatte) totale aantal professionals in een MO-relevant beroep in de sector en de percentages zullen daardoor ook niet altijd optellen tot 100%. Daarnaast zijn afwijking mogelijk door afronding van de aantallen en percentages.

** Sp/coö Verpl =Gespecialiseerd verpleegkundigen en verpleegkundig coördinatoren; Psych=Psychologen; MW/Soc. helper =Maatschappelijk werkers en specialistische sociale hulpverleners; Verpleegkundigen (geen coördinerende of specialistische taken); Soc. Werk/begl.); =Sociaal werkers, groeps- en woonbegeleiders; Verz.=Verzorgenden thuiszorg; Schoon =Schoonmakers in huishoudens

Bron: NIVEL-bewerking EBB-2016

Tabel III.3: Persoonskenmerken, opleidingsniveau en arbeidsrelatie van professionals met een MO-relevant beroep binnen de sector Gezondheidszorg in 2016, schatting op basis van EBB-2016

Beroepscode (zie toelichting onder tabel)	% van totaal in MO-relevant beroep** in sector						
Kenmerk:	Gezondheidszorg	HA & ANIOS	Med. Specialist	Sp/ coö Verpl.	Psych	MW/ helper	Soc. Verpl.
Geslacht							
• Man	44,7	45,6	45,1	16,4	14,0	24,7	11,1
• Vrouw	55,3	54,4	54,9	83,6	86,0	75,3	88,9
Leeftijd (in jaren): gemiddelde	47,6	42,4	40,0	42,2	43,3	42,0	39,3
Opleidingsniveau (hoogst behaald)*							
• Lager beroepsonderwijs (LBO, VBO, VSO)	-	-	-	-	-	-	-
• VMBO	-	-	-	-	-	-	-
• MAVO, ULO, MULO	-	-	-	-	-	-	-
• HAVO, MMS	-	-	-	3,3	-	-	6,2
• VWO, Gymnasium, Atheneum, HBS	-	-	-	0,7	-	-	-
• Middelbaar beroepsonderwijs (MBO, BOL, BBL)	-	-	3,3	18,1	-	-	75,3
• Hoger beroepsonderwijs	59,1	-	6,4	64,4	13,2	70,0	5,2
• Wetenschappelijk onderwijs	27,7	94,9	86,5	9,6	86,5	23,3	-
• Andere (bedrijfs)opleiding of cursus	-	-	-	2,9	-	-	6,5
Arbeidsrelatie (eerste werkkring)*							
• Werknemer	87,7	42,5	81,3	98,5	62,5	96,2	100,0
• in vaste dienst (van totaal werknemers)	88,9	58,2	66,1	91,0	72,3	80,5	86,9
• deels in vaste dienst (van totaal werknemers)	-	-	-	-	-	-	-
• niet in vaste dienst (van totaal werknemers)	-	-	-	7,5	23,4	18,2	10,9
• n.v.t., geen van deze	-	-	-	-	-	-	-
• Zelfstandige, eigen bedrijf, personeel in dienst, directeur NV/BV of grootaandeelhouder	-	16,6	6,3	-	7,2	-	0,0
• Zelfstandige, eigen bedrijf, personeel in dienst, overig	-	39,0	11,0	-	30,0	-	0,0

- tabel III.3 wordt vervolgd -

- vervolg van tabel III.3 -

Beroepscode (zie toelichting onder tabel)	% van totaal in MO-relevant beroep** in sector						
Kenmerk:	Gezondheidszorg	HA & ANIOS	Med. Specialist	Sp/ coö Verpl.	Psych	MW/ Soc. helper	Verpl.
Globaal aantal jaren werkzaam in eerste werkkring*: gemiddelde	12,9	10,2	8,1	14,5	14,6	9,8	14,1
Omvang van de werkweek (eerste werkkring)*: gemiddelde in uren	34,0	37,9	37,9	29,2	26,3	30,3	26,9
Omvang van de werkweek (totaal over alle werkkringen)*							
• Minder dan 12 uur	-	-	-	1,0	12,9	-	3,9
• 12 uur of meer	97,6	99,7	98,0	99,0	87,1	98,3	96,1
Totaal aantal werkuren betaald*: gemiddelde	35,5	39,2	39,9	29,6	27,6	30,7	27,7
Totaal aantal in MO-relevant beroep in deze sector (*1000)	9,6	25,2	40,0	65,1	30,2	9,6	24,9

* Categorieën die gebaseerd zijn op tien of minder cases in de steekproef zijn niet in de tabel opgenomen. Hierdoor zullen de geschatte aantallen per categorie niet altijd optellen tot het (geschatte) totale aantal professionals in een MO-relevant beroep in de sector en de percentages zullen daardoor ook niet altijd optellen tot 100%. Daarnaast zijn afwijking mogelijk door afronding van de aantallen en percentages.

** Mngt =Managers gezondheidszorg; HA & ANIOS=Huisartsen en basisartsen (niet in opleiding tot specialist); Med. Specialist =Medische specialisten; sp/coö Verpl =Gespecialiseerd verpleegkundigen en verpleegkundig coördinatoren; Psych=Psychologen; MW/Soc. helper=Maatschappelijk werkers en specialistische sociale hulpverleners; Verpl.=Verpleegkundigen (geen coördinerende of specialistische taken)

Bron: NIVEL-bewerking EBB-2016

Tabel III.4: Persoonskenmerken en opleidingsniveau en –categorie van mensen werkzaam (als werknemer) in een MO-relevante functie binnen een MO-relevante sector en sub-branche; schatting op basis van WNE-2015

MO-relevante sector:	GGZ[1]	V & V[2] en thuiszorg	Gehandicaptenzorg	WMD[3]	Jeugdhulp
Kenmerk:	N=49	N=1427	N=172	N=393	N=201
Geslacht: % vrouw	63,9	98,1	85,6	82,1	75,1
Leeftijd (in jaren): gemiddelde	40,1	45,8	42,1	42,2	41,3
(standaarddeviatie)	(10,4)	(10,8)	(11,0)	(12,0)	(10,0)
Opleidingsniveau (hoogst voltooide opleiding): %					
• Geen	0,0	1,3	0,0	3,8	0,1
• Basisonderwijs	0,0	1,9	0,0	1,3	0,0
• VMBO, VBO of MAVO	2,3	21,8	3,5	12,3	0,3
• HAVO, VWO	1,2	3,5	1,7	3,9	1,4
• MBO	8,4	60,2	28,5	18,3	12,4
• HBO	58,7	10,5	60,3	51,6	70,9
• WO	29,4	0,8	6,0	8,8	14,9
Opleidingscategorie (diploma behaald): %					
• Medisch wetenschappelijke opleiding (bijv. arts)	1,9	0,0	0,0	0,5	0,2
• Gedragswetenschappelijke opleiding (bijv. psychologie, pedagogiek)	32,8	0,2	18,8	4,0	15,9
• Paramedische opleiding (bijv. fysiotherapie, logopedie)	0,0	0,6	1,9	0,8	0,4
• Medisch-assisterende of ondersteunende opleiding (bijv. analist, doktersassistent, praktijkondersteuner)	2,1	4,9	0,0	1,6	0,7
• Basisverpleegkundige opleiding	18,2	16,6	11,0	4,8	2,1
• Verzorgende of helpende opleiding	1,5	51,3	7,6	16,6	0,5
• Agogische opleiding (welzijnsopleiding)	45,3	4,0	58,0	53,2	73,8
• Geen van bovengenoemde opleidingen	7,9	27,9	9,1	25,2	11,1

1 = Geestelijke Gezondheidszorg, 2 =Verpleging en Verzorging, 3 =Welzijn en Maatschappelijke dienstverlening

Bron: NIVEL-bewerking WNE-2015