



Sociaal en Cultureel Planbureau

Een lokaal sociaal contract

Voorwaarden voor een
inclusieve samenleving

Kim Putters

Een lokaal sociaal contract

Een lokaal sociaal contract

Voorwaarden voor een inclusieve samenleving

Kim Puffers

Sociaal en Cultureel Planbureau
Den Haag, maart 2018

Het Sociaal en Cultureel Planbureau is een interdepartementaal, wetenschappelijk instituut, dat – gevraagd en ongevraagd – sociaal-wetenschappelijk onderzoek verricht. Het scp rapporteert aan de regering, de Eerste en Tweede Kamer, de ministeries en maatschappelijke en overheidsorganisaties. Het scp valt formeel onder de verantwoordelijkheid van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het scp is opgericht bij Koninklijk Besluit op 30 maart 1973. Het Koninklijk Besluit is per 1 april 2012 vervangen door de ‘Regeling van de minister-president, Minister van Algemene Zaken, houdende de vaststelling van de Aanwijzingen voor de Planbureaus’.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2018

scp-publicatie 2018-6

Bewerking en eindredactie: Marc van Bijsterveldt, Baarn

Omslag en binnenwerk: Textcetera, Den Haag

Figuren: Textcetera, Den Haag

ISBN 978 90 377 0861 5

NUR 740

Copyright

U mag citeren uit scp-rapporten, mits u de bron vermeldt.

U mag scp-bestanden op een server plaatsen mits:

- 1 het digitale bestand (rapport) intact blijft;
- 2 u de bron vermeldt;
- 3 u de meest actuele versie van het bestand beschikbaar stelt, bijvoorbeeld na verwerking van een erratum.

Data

scp-databestanden, gebruikt in onze rapporten, zijn in principe beschikbaar voor gebruik door derden via [dans www.dans.knaw.nl](http://www.dans.knaw.nl).

Contact

Sociaal en Cultureel Planbureau

Postbus 16164

2500 BD Den Haag

www.scp.nl

info@scp.nl

Via onze website kunt u zich kosteloos abonneren op een elektronische attendering bij het verschijnen van nieuwe uitgaven.

Verantwoording

Dit essay is mede gebaseerd op de oratie ‘Was getekend. Op weg naar een vernieuwd sociaal contract in de zorg’, op 15 september 2017 uitgesproken bij de aanvaarding van de bijzondere leerstoel ‘Beleid en Sturing van de Zorg in de veranderende Verzorgingsstaat’ aan Erasmus School of Health Policy & Management van de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR), aangevuld met materiaal uit de scp-rapporten *De sociale staat van Nederland 2017* (Bijl et al. 2017), *Voor elkaar? Stand van de informele hulp in 2016* (De Klerk et al. 2017) en *Overall rapportage sociaal domein 2016. Burgers (de)centraal* (Pommer en Boelhouwer 2017).

Inhoud

Voorwoord	7
1 Inleiding: uitdagingen in het sociaal domein	11
2 Het sociaal contract in de zorg	15
3 Een korte geschiedenis van het sociaal contract: van zorg naar sociaal domein	17
4 Verwachtingen en onbehagen rond het sociaal contract	19
5 Waar staan we in Nederland en wat weten we eigenlijk?	21
6 Vindplaatsen van het sociaal contract	31
7 Het vernieuwde sociaal contract in het sociaal domein	35
8 Andere sturing en betere kennis voor het vernieuwde sociaal contract	41
9 Het vernieuwd sociaal contract als voorwaarde voor een inclusieve samenleving	47
Literatuur	53
Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau	55

Voorwoord

Een integrale aanpak, het doorbreken van verkokering en meer ruimte voor professionals om mensen op maat te ondersteunen. Er is vast geen gemeente in Nederland die deze ambities *niet* koestert bij het vernieuwen van het sociaal domein. Mooie initiatieven brengen burgers, professionals en de gemeente al dichter bij elkaar om samen te werken aan innovatief integraal beleid dat het welzijn en de gezondheid van burgers bevordert. Stappen zetten in het vernieuwen van het sociaal domein vraagt om innovaties in denken en doen. Dat betekent: experimenteren, evalueren en van elkaar leren. En slim gebruikmaken van kennis.

In mijn oratie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, ‘Was getekend. Op weg naar een vernieuwd sociaal contract in de zorg’, die ik op 15 september 2017 uitsprak, formuleerde ik een denkraam om over de ontwikkelingen en oplossingen in het sociaal domein na te denken. Dit essay is een bewerking van die publicatie, waarbij de verbinding is gelegd met een aantal relevante en recente publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) over de ontwikkelingen in het sociaal domein, zoals de *Overall rapportage sociaal domein 2016*, het rapport *Voor elkaar? Stand van de informele hulp in 2016* en *De sociale staat van Nederland 2017*. Het doel dat ik hierbij voor ogen heb, is te komen tot het breed delen van de kennis over het sociaal domein en daarmee bij te dragen aan de maatschappelijke, beleidsmatige en onderzoeksagenda.

De ambitie van de overheid in het sociaal domein is duidelijk: alle burgers moeten naar vermogen kunnen deelnemen aan de samenleving, met zoveel mogelijk behoud van zelfstandigheid, zelfredzaamheid en eigen regie. Ook als zij een beperking of een aandoening hebben. Met de decentralisaties is ruim drie jaar geleden een *transitie* ingezet van de diverse beleidsverantwoordelijkheden in het sociaal domein. Inmiddels worden

de eerste stappen gezet op weg naar de *transformatie*: de inhoudelijke en procesmatige vernieuwing van de zorg en ondersteuning.¹ Het gaat daarbij om een meer integrale wijze van werken, het bieden van maatwerk, het inzetten van het eigen netwerk waar dat mogelijk is, meer preventieve activiteiten, het stimuleren van zelfredzaamheid en het sturen op effectieve en efficiënte oplossingen. Gemeentelijke samenwerking en overleg met alle betrokken partijen moeten dit mede mogelijk maken.

Om deze doelstellingen te realiseren – en burgers beter te kunnen ondersteunen – is een vernieuwd sociaal contract nodig: een eigentijds samenspel tussen de overheid, maatschappelijke organisaties en burgers in de veranderende verzorgingsstaat. En het vormgeven van dat ‘contract’ vergt weer kennis. Gemeenten willen weten wat de belangrijkste problemen zijn en welke wensen en behoeften burgers hebben. En ze moeten kiezen voor welke doelgroep(en) ze het beleid vooral willen inzetten.

Maar weten we nu welke benaderingen professionals het best kunnen inzetten? Steken gemeenten voldoende op van ervaringen elders? En is eigenlijk wel voldoende bekend wat er werkt om de problemen aan te pakken, op een manier die past bij specifieke wensen en behoeften? Recente geluiden geven aanleiding voor enige vrees dat het antwoord ‘nee’ moet luiden. Of misschien – met wat meer ruimte voor optimisme – ‘nog onvoldoende’. Zoals Arno Visser van de Algemene Rekenkamer het op 3 december 2017 in het tv-programma *Buitenhof* zei, weten we op uiteenlopende beleidsterreinen – ook in het sociaal domein – eigenlijk niet goed waar we mee bezig zijn. Dus ook niet of belastinggeld wel doelmatig en effectief wordt besteed. En als er al kennis beschikbaar is, zo constateerde het Rathenau Instituut kort daarvoor in het rapport *Gezond verstand: publieke kennisorganisaties in de gezondheidszorg* (Faasse en Koens 2017), dan is die lang niet altijd direct bruikbaar voor het beantwoorden van gemeentelijke kennisvragen.

1 Dit essay gaat over transitie en transformatie, maar gebruikt die termen maar beperkt. Deze beleidstermen creëren al snel meer afstand tót, dan verbinding mét burgers. We proberen dicht bij de ervaren praktijk te blijven.

Nu gemeenten de stap maken van ‘transitie naar transformatie’ is het extra van belang te weten wat goed ‘rendeert’ in het sociaal domein. Om samen uit te zoeken wat wel en niet werkt en op een gedegen manier te gaan experimenteren met aanpakken die burgers effectief en op een passende manier kunnen activeren. We zullen bestaande kennis moeten vertalen, maar ook de mogelijkheid bieden om specifieke (lokale) kennisvragen te achterhalen en deze gezamenlijk te beantwoorden.

Dit essay bevat een pleidooi voor een intensivering van het samenspel in het sociaal domein en de versterking van een kennisinfrastructuur die echte vernieuwing daarin mogelijk maakt. We zien een noodzaak om de randvoorwaarden voor vernieuwing verder uit te werken. De gemeenten zijn *in the lead* als het gaat om de lokale vormgeving van hun relatie met de burgers op dit terrein. Maar er is wel degelijk ook een duidelijke opdracht voor de landelijke overheid en de landelijke kennisorganisaties. Hoe deze eruitziet, beschrijf ik in dit essay.

Prof. dr. Kim Putters
Directeur Sociaal en Cultureel Planbureau

1 Inleiding:

uitdagingen in het sociaal domein

Op 4 december 2017 presenteerde het SCP met als ondertitel *Burgers (de)centraal* de zogeheten *Overall rapportage sociaal domein 2016* (Pommer en Boelhouwer 2017). Deze schetst de ontwikkelingen rond de decentralisaties. Hoe vinden de transitie en transformatie plaats? Het rapport bevestigt dat lokale beleidskeuzes nog lang niet altijd goed zijn onderbouwd en noemt het ‘een gezamenlijke verantwoordelijkheid van het rijk en de gemeenten’ om de komende tijd meer aandacht te schenken aan een adequate informatievoorziening. Voor het rapport heeft KPMG Plexus ook een enquête gehouden onder griffiers van gemeenten. Daaruit blijkt onder meer dat er onder gemeenten een breed gedeelde behoefte is om verantwoording vorm te geven in een combinatie van cijfermatige ontwikkelingen enerzijds en de invulling of kleuring daarvan op kwalitatieve wijze anderzijds.

Op de terechte behoefte aan kwantitatieve gegevens voor vernieuwend lokaal beleid ga ik in hoofdstuk 5 in. Maar eerst ga ik terug naar de bedoeling van de beoogde vernieuwing in het sociaal domein. En sta ik kort stil bij de dilemma’s waar de (lokale) samenleving voor komt te staan bij het vormgeven van een samenspel dat aan deze bedoeling beantwoordt.

Wat waren ook alweer de doelen van de decentralisaties? Puntsgewijs hebben we het over het volgende:

- meer integraal werken (één gezin, één plan, één regisseur);
- zorg op maat (met meer ruimte voor de professional);
- laagdrempelige voorzieningen (licht waar mogelijk, zwaar waar nodig);
- meer actieve burgers (dus zelfredzaamheid bevorderen);
- meer innovatieve en onorthodoxe werkwijzen (lerend experimenteren);
- meer inzet van preventie en van algemene voorzieningen;
- meer samenwerking (gemeenten, zorgaanbieders en andere betrokkenen).

Het realiseren van al deze doelen vraagt om grote stappen van alle stakeholders. En om de bereidheid ‘oude’ zekerheden los te laten en nieuwe onzekerheden juist tegemoet te willen treden. De wil daartoe is er zeker, maar er zijn ook duidelijke dilemma’s die de betrokkenen in het beoogde samenspel onder ogen moeten zien.

Dilemma 1: kwaliteit van leven is iets anders dan kwaliteit van zorg

Het gaat bij kwaliteit van leven over welbevinden, geluk, je kinderen zien, naar de kapper gaan, een wandeling maken en aandacht krijgen. Dit maakt duidelijk dat het medisch model ontoereikend is; ook het sociaal model van zorg is van belang. Dat impliceert dat zorgprofessionals ook niet voor alles verantwoordelijk kunnen zijn. Er is een rol voor familie, vrienden – maar wat als die er niet zijn? Dit wordt een groeiend probleem, zoals we verderop zullen zien, maar de zorg kan dat ook niet allemaal opvangen. In dit essay gaat het over de rol van de zorg en zorgvoorzieningen voor de kwaliteit van leven, maar vaker over het bredere sociaal domein. Het is vooral de bedoeling om de relatie tussen beide te problematiseren en op de agenda te zetten, omdat het sociaal contract zich in die richting beweegt. Zorg is belangrijk, maar niet altijd de weg naar meer kwaliteit van leven.

Dilemma 2: professionalisering versus deprofessionalisering

Artsen, verplegend en verzorgend personeel en andere hulpverleners zullen veel vaker de aangeleerde protocollen moeten verlaten. Het is een vereiste dat ze goede afspraken met mantelzorgers kunnen maken, informatie delen, mensen ondersteunen. Dat kan voelen als deprofessionalisering, maar het betekent juist ook een specialisatie richting de ingewikkelde stapeling van aandoeningen waarmee steeds meer mensen te maken krijgen. Hoe het ook zij, een en ander heeft grote gevolgen voor de opleidingen van zorgprofessionals. Tegelijk is mantelzorg niet vrijblijvend: vrijwilligers en mantelzorgers moeten op hun beurt goede afspraken maken met professionals, anders valt de oudere – of andere

hulpvrager – alsnog tussen wal en schip. Dat vraagt dus toch om een andere professionele houding.

Dilemma 3: eigen verantwoordelijkheid versus solidariteit

We kunnen steeds meer zelf, willen ook steeds meer zelf. Ook als we gezondheidsproblemen krijgen willen we vaak een zo autonoom mogelijk leven leiden. Hier is het van belang te kijken naar de band die we hebben met onze naasten. Die werkt als een soort ‘miniverzekering’: in geval van nood kun je bij familie en vrienden aankloppen voor steun. Maar wie zijn de mensen die hierin niet kunnen meekomen, geen netwerk hebben, dus slecht verzekerd zijn? Wie komt alsnog in de knel? Zijn er voor deze groep dan nog voorzieningen? Die vraag komt heel massief op onze samenleving af, vooral nu duidelijk is dat demografisch gezien het potentieel aan informele hulp in de komende decennia gestaag afneemt. Welke solidariteit willen we? In het verkiezingsjaar 2018 – en ook de jaren daarna – is dat een duidelijke politieke vraag.

2 *Het sociaal contract in de zorg*

Met name het derde dilemma van eigen verantwoordelijkheid versus solidariteit raakt aan de noodzaak om bij de vernieuwing in het sociaal domein te zoeken naar nieuwe manieren om het samenspel op lokaal niveau vorm te geven. In mijn oratie 'Was getekend' (Putters 2017) doe ik voorstellen voor een filosofisch én politiek debat over een vernieuwd sociaal contract in de zorg. De centrale kwestie is de werking van het samenspel tussen de overheid, maatschappelijke organisaties en burgers in de veranderende verzorgingsstaat. De term 'contract' is ontleend aan filosofen als Locke, Rousseau en Rawls. Zij spreken over burgers die in ruil voor bescherming macht afstaan aan een absoluut vorst of aan de gemeenschap.

Ook in een sociaal contract in de zorg vindt een 'uitruil' plaats van rechten, plichten en verantwoordelijkheden, om daarmee welbevinden en gezondheid zo goed mogelijk veilig te stellen. Dat contract heeft van oudsher zes kenmerken:

- een samenstel van afspraken over de toegankelijkheid, doelmatigheid en kwaliteit van de zorg en ondersteuning;
- dat met geschreven en ongeschreven regels wordt afgesloten tussen de centrale overheid, maatschappelijke en professionele organisaties en burgers;
- uitgaande van solidariteit tussen diegenen met veel en minder inkomen of gezondheid;
- met bereidheid om sociale risico's en verantwoordelijkheden te delen;
- met relatieve autonomie in de uitvoering voor zorginstellingen en beroepsbeoefenaren;
- maar ook met bereidheid om de uitkomsten ervan te accepteren.

Het sociaal contract in de zorg leunt tot nu toe op een centraal aangestuurd systeem dat op de sociale bescherming van burgers gericht was, met een duidelijke rol voor het private veld, dat via een hiërarchie (namelijk veelal via koepelorganisaties) met de overheid in gesprek bleef. Enerzijds is

dat een 'hard' contract over de inrichting van centrale instituties en spelregels, maar anderzijds zijn er continue onderhandelingen over bijvoorbeeld de zorginkoop en -uitvoering.

Het is de vraag of deze uitwerking van het sociaal contract nog past bij de ambities en vereisten in het sociaal domein anno nu. Er is behoefte aan een meer hedendaags sociaal contract in de zorg. De geschiedenis leert namelijk dat het samenspel niet altijd effectief en snel verloopt. Dit valt te accepteren als het leidt tot goede zorg voor alle burgers. Als de verschillen in de toegang tot en kwaliteit van zorgvoorzieningen echter groter worden – bijvoorbeeld omdat je vanwege inkomen of afkomst betere zorg kunt krijgen, of als mensen het systeem niet meer kunnen volgen – dan staat juist dat ter discussie. De vraag is: werkt het sociaal contract nog na de decentralisaties? Wachtlijsten voor dementerende ouderen, onbegrijpelijke bureaucratie en de druk op de huisartsenzorg domineren het politieke en publieke debat. Is er nog draagvlak onder burgers voor het steeds grotere beroep op de eigen verantwoordelijkheid? En wat betekent het grotere beroep op burgers voor hun bereidheid om sociale risico's te delen?

3 Een korte geschiedenis van het sociaal contract: van zorg naar sociaal domein

Op dit punt is het verhelderend om met een korte historische en beleidsmatige terugblik de gegroeide betrokkenheid van de overheid bij de volksgezondheid en zorg te duiden en aan te geven waar het delen van verantwoordelijkheden vandaan komt.

Stapsgewijs zijn volksgezondheidskwesties sinds halverwege de 19e eeuw steeds meer een collectieve verantwoordelijkheid geworden. Meest recent formuleert de Wet publieke gezondheid een belangrijke verantwoordelijkheid voor gemeenten voor ‘een stabiele en goed samenwerkende openbare gezondheidszorg’, waarbij mensen overigens ook meer op de eigen verantwoordelijkheid voor gezond gedrag worden aangesproken (Bijl et al. 2015). In de langdurige zorg – waar de verantwoordelijkheid vanaf pakweg de jaren zeventig lange tijd deels is overgenomen van de familie – richt de overheid zich inmiddels meer op de zorg voor de meest kwetsbare mensen. Er kwamen strengere criteria voor indicatiestelling en meer eigen bijdragen. En langer thuis wonen is een expliciete beleidsdoelstelling geworden van de nu verantwoordelijke gemeenten. De verantwoordelijkheden verschuiven terug naar de familie en burgers (waar ze ook vóór de jaren zeventig lagen); naar gemeenten die zorg dichtbij moeten organiseren en naar de markt waar via aanbesteding efficiëntie nagestreefd wordt (Van der Veen 2011).

De verzorgingsstaat transformeert intussen in een *enabling state* die investeert in hulpbronnen waardoor mensen mee kunnen doen. Het geeft de overgang aan van een beschermende verzorgingsstaat met rechten op zorg, naar een activerende investeringsstaat, die mensen aanspreekt op hun eigen mogelijkheden en die van hun sociale omgeving. Pas als dat geen soelaas biedt is er – vooral tijdelijke – ondersteuning vanuit de collectiviteit mogelijk. Zorggebruik wordt zoveel mogelijk afgeremd en preventie gestimuleerd. Tegelijkertijd blijven er sociale grondrechten en

verplichtingen voor gemeenten, zorginstellingen en zorgverzekeraars om adequate zorg te bieden.

Het lijkt oppervlakkig gezien misschien dat de overheid zich weer ‘terugtrekt’. Maar welbeschouwd is het tegenwoordig eerder ‘meer van alles tegelijk’. Meer overheidsregels bij toezicht en kostenbeheersing, meer contracteren tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars rond prijs en kwaliteit op de markt, meer *shared decision making* met artsen over het zorgproces en meer zorgzaamheid naar de sociale omgeving via informele hulp in de gemeenschap. De beweging gaat van publiek naar privaat en van bescherming naar activering. Het debat over de ‘participatiesamenleving’ dat sinds de Troonrede van 2013 flink losbarstte, past in die trend. Burgers moeten minder afhankelijk worden van uitkeringen en andere voorzieningen, bijdragen aan leefbaarheid in de buurt en meer mantelzorg verlenen. Er zit een specifieke burgervisie achter: niet per se minder overheidsinvloed, maar wel minder overheidsinzet en meer verantwoordelijke burgers.

Impliciet gaat de overheid uit van ‘goede’ burgers die vaardigheden hebben om naar het idee van de overheid te handelen, waarbij de lokale overheid steeds meer de randvoorwaarden schept: meer centrale controle en decentrale verantwoordelijkheid. Deels past dat bij een maatschappelijke ontwikkeling waarin we door het hogere opleidingsniveau en de welvaartsgroei ons leven zelfstandiger inrichten en dat ook vaker als norm stellen. Deze ontwikkeling geeft velen meer regie, maar het verhoogt ook de stress, omdat er onvermijdelijk ook teleurstellingen optreden. Die ene pil tegen dementie of voor het levenseinde is er (nog) niet, terwijl we steeds meer perfectie eisen. Sommigen zijn bovendien minder in staat om alle beschikbare informatie tot zich te nemen of denken onterecht dat wel te kunnen. Tegelijk worden sociale en culturele scheidslijnen scherper in levensverwachting en zorgconsumptie, maar ook in ervaringen en onbehagen over de werking van het sociaal contract. In de praktijk blijft intussen sprake van een combinatie van centrale en decentrale sturing en controle, zowel rond de zorg en ondersteuning, als rond voorzieningen in het bredere sociaal domein die ook vaardigheden van mensen aanspreken.

4 Verwachtingen en onbehagen rond het sociaal contract

De historische ontwikkelingen weerspiegelen zich ook in de verwachtingen die mensen van het sociaal contract hebben, namelijk sociale bescherming ontvangen in ruil voor het delen van risico's en zeggenschap. De decentralisaties van de afgelopen jaren gingen vaak over wat de overheid van burgers verwacht, maar minder over wat burgers van de overheid mogen verwachten. Bij de overheid bestaat een niet door wetenschappelijke kennis gestaafde optimistische kijk op de sociale, fysieke en psychologische mogelijkheden van burgers om zelf de regie te voeren en om elkaar bij te staan. Intussen houdt een meerderheid van de bevolking de rijksoverheid juist verantwoordelijk voor de zorg, wat onder meer tot uiting komt in felle reacties op falende ouderenzorg. Sommige burgers stellen zich daarbij ook vaker op als klanten die hun individuele keuzevrijheid en rechten opeisen, daartoe mede gestimuleerd door overheidsbeleid. Tegelijkertijd weten veel mensen hun weg niet te vinden in de zorg, omdat zij door de bomen het bos niet meer zien.² Dit alles levert risico's op. Zowel het overvragen als het uitblijven van noodzakelijke zorg ondergraven immers het draagvlak voor het sociaal contract.

Gemeenten dragen inmiddels belangrijke gedecentraliseerde verantwoordelijkheden om dit te voorkomen, maar zij kunnen zelf ook niet automatisch op draagvlak rekenen. Veel Nederlanders maken zich zorgen. In 2016 ziet bijna de helft meer nadelen dan voordelen van de decentralisaties. Een meerderheid is van mening dat ze vooral bedoeld zijn om te bezuinigen. Ook mensen die voordelen zoals maatwerk inzien, vrezen

2 Zie de verschillende deelpublicaties uit het lopende scp-onderzoek 'Evaluatie Hervorming Langdurige Zorg', waarvan voor de zomer van 2018 een eindevaluatie verschijnt (zie ook https://www.scp.nl/Onderzoek/Lopend_onderzoek/A_Z_alle_lopende_onderzoeken/Evaluatie_Hervorming_Langdurige_Zorg_HLZ).

verschraling. En hoewel zorgontvangers vaak tevreden zijn over de ondersteuning, vindt een groeiend aantal mensen dat gemeenten onvoldoende expertise hebben voor zorgtaken. Met de stelling dat gemeenten in staat zijn om maatwerk te leveren, zijn steeds meer mensen het oneens.

Nu is enige onvrede inherent aan sterke wederzijdse afhankelijkheden – het benadrukt het belang van de erkenning van elkaars positie in het sociaal contract. Iedereen levert iets in, maar de recente hervormingen lopen niet altijd parallel met de onderliggende opvattingen en historisch opgebouwde verwachtingen. Als het beroep op de eigen verantwoordelijkheid gaat voelen als een bezuinigingsopdracht van de overheid, ontstaat er schuring met de zorgtaak die velen de overheid toedichten. De centrale overheidsbemoeyenis is bovendien niet minder geworden, de overheidsinzet van het rijk echter wel. Dit is vooral merkbaar in toezicht en monitoring, maar ook aan de poort bij scherpe indicatiestelling, wat door velen als bureaucratisch ervaren wordt. Onduidelijkheden over de vele verwachtingen die de overheid van burgers heeft, maar ook wat zij van de overheid kunnen verwachten, leiden tot onbehagen. Vooral als de sociale en gezondheidsverschillen toenemen tussen een bovenlaag en een groep achterblijvers.

Kortom, de transformatie van bescherming naar activering van burgers, en richting meer particuliere en lokale verantwoordelijkheid, verloopt niet zonder problemen. Centrale controle en kostenbeheersing – en de bijbehorende regelgeving – zorgen in een netwerksamenleving met meer eigen verantwoordelijkheid voor steeds meer wantrouwen. Ook de bereidheid om sociale risico's te delen en bij te dragen aan elkaars zorg en ondersteuning is niet vanzelfsprekend, bijvoorbeeld wanneer burgers vooral hun eigen recht willen halen. Ook al streeft de overheid bovendien naar minder zorggebruik, er zijn zo'n 2,1 miljoen mensen van hulp en ondersteuning in het sociaal domein afhankelijk, waaronder ook professionele zorg.

5 Waar staan we in Nederland en wat weten we eigenlijk?

Dat brengt ons bij de cijfers. In de eerdergenoemde *Overall rapportage sociaal domein 2016* van het SCP (Pommer en Boelhouwer 2017) staan veel actuele gegevens over gezondheid, welzijn, redzaamheid, gebruik van voorzieningen en (on)tevredenheid daarover. Ik haal hier er een paar naar voren om een beeld te schetsen.

Kwetsbaarheid bepaalt kwaliteit van leven

In 2015 maakten 1,6 miljoen mensen uit 1,4 miljoen huishoudens gebruik van een maatwerkvoorziening, die sinds 2015 onder het sociaal domein valt. Dit betreft 10% van de bevolking en 18% van de huishoudens. Ongeveer 50% gebruikt een participatievoorziening, 40% maatschappelijke ondersteuning en 21% jeugdzorg. De meeste huishoudens gebruiken maatwerkvoorzieningen uit slechts één sector: 11% van de 1,4 miljoen gebruikende huishoudens combineert voorzieningen uit verschillende sectoren.

Belangrijk is dat de kwaliteit van leven minder sterk samenhangt met de maatwerkvoorzieningen die mensen gebruiken dan met de mate van kwetsbaarheid die dan ontstaat, door bijvoorbeeld een opeenstapeling van een laag inkomen, lage opleiding, geen werk hebben en/of gezondheidsbeperkingen. Wel is er een sterke samenhang van kwaliteit van leven met de mate waarin problemen tegelijk voorkomen en de mate van redzaamheid.

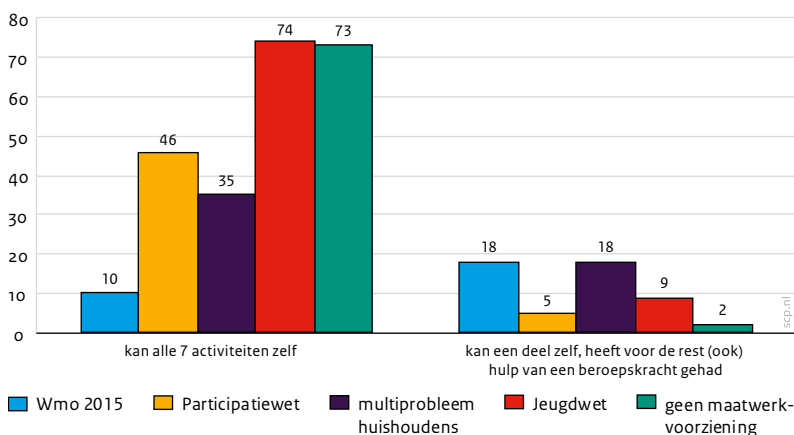
Een ander belangrijk gegeven is dat tussen 2015 en 2016 een afname te zien is in de hulp die mensen in de Wmo 2015 krijgen van een beroepskracht, die niet wordt opgevangen in het eigen netwerk. Onduidelijk is of en hoe mensen dit opgelost hebben. Er zijn ook grenzen aan de inzet van

het eigen netwerk. Soms is het eigen netwerk te beperkt, niet in de buurt woonachtig of al overbelast of zijn burgers niet in staat het netwerk in te schakelen vanwege ziekte of stress.

Redzaamheid vaak beperkt

Dit laatste raakt aan het thema van de redzaamheid van burgers. Redzaamheid verwijst naar de mate waarin mensen activiteiten zelf kunnen ondernemen of de mate waarin ze een beroep kunnen doen op hun eigen netwerk om hen te helpen. Redzaamheid gaat over meerdere terreinen van het dagelijks leven en dus niet uitsluitend over bijvoorbeeld het kunnen voeren van een ‘gestructureerd huishouden’. Bij zeven activiteiten heeft het scp naar de mate van redzaamheid gevraagd: het huishouden doen, zich verplaatsen, financiële zaken afhandelen, problemen in het gezin oplossen, aan vrijetijdsactiviteiten deelnemen, met de computer werken en sociale contacten onderhouden. Slechts een relatief klein deel van de Wmo-maatwerkgebruikers kan alle zeven genoemde activiteiten zelfstandig uitvoeren: 10%.

Figuur 5.1 Redzaamheid van mensen in het sociaal domein, 2016 (in procenten)



Bron: scp/CBS (SDI'16)

Verwachte hulp niet vanzelfsprekend

Een ander belangrijk gegeven voor het (lokale) beleid in het sociaal domein is de toekomstverwachting die mensen hebben als het gaat om hulp. Dat mensen nu geen hulp nodig hebben, betekent immers niet dat dat altijd zo zal blijven. Veel mensen voorzien bij toekomstige problemen geen hulp uit het eigen netwerk te kunnen krijgen. Van de mensen die nu nog weinig tot geen hulp nodig hebben (mensen met een kind in de Jeugdwet of mensen zonder voorziening), denkt slechts ongeveer de helft dat ze in de toekomst een beroep kunnen doen op het eigen netwerk, mocht dat nodig zijn. Bij mensen in de Participatiewet of in multiprobleemgezinnen is dat ongeveer een derde en bij de Wmo'ers slechts iets meer dan 10%. Een hiermee verbonden probleem is eenzaamheid: van de gebruikers van een individuele maatwerkvoorziening is een op de vijf mensen zelfs zeer eenzaam; dat is ongeveer driemaal zoveel als van de mensen die geen maatwerkvoorziening gebruiken. Overigens is eenzaamheid geen typisch 'oudemensenprobleem'. Eenzaamheid komt bijna even vaak voor onder mensen die jonger dan 65 jaar zijn als onder 65-plussers.

Ook veel positieve ontwikkelingen...

Eind 2017 was er veel aandacht voor een ander rapport van het SCP: *De sociale staat van Nederland 2017* (Bijl et al. 2017), de meest recente editie van een tweejaarlijkse rapportage over hoe het gaat met de Nederlandse bevolking en welke ontwikkelingen er zijn. Deze negende editie kijkt 25 jaar terug en beschrijft welke maatschappelijke ontwikkelingen zich sinds 1990 hebben voorgedaan in de welvaart en de leefsituatie van de Nederlanders. In het publieke debat over de resultaten was vooral veel – vaak verheugde – aandacht voor de zaken die veel beter lijken te gaan dan de laatste jaren algemeen is verondersteld. Zo verbeterde de algemene leefsituatie, blijft de gemiddelde levensverwachting maar stijgen en – ook belangrijk voor het sociaal domein – is er een stabiele deelname aan vrijwilligerswerk.

...maar wel met kanttekeningen

Maar bij alle verheugde reacties is juist in het kader van dit essay een duidelijke kanttekening op zijn plaats. In lijn met wat ik hiervoor al schetste, gelden de positieve ontwikkelingen niet voor iedereen. Hoewel de leefsituatie in de afgelopen 25 jaar verbeterde en de verschillen tussen groepen in het algemeen kleiner werden, zien we voor de meeste sociale groepen de verschillen de laatste paar jaar weer toenemen. In het algemeen is bovendien de kwaliteit van leven in de meest recente jaren weliswaar niet verder gedaald, maar ook niet gestegen, terwijl toch alweer enige tijd sprake is van economische groei. Verder valt op dat sinds 2004 de levenstevredenheid bij mensen met een slechte leefsituatie afnam, terwijl die van mensen met een goede leefsituatie gelijk bleef.

Een zorgwekkende groep met veel problemen

De combinatie van een minder goede leefsituatie en niet-gelukkig zijn komt samen bij een groep die in het zojuist genoemde rapport 'gedepriiveerden' worden genoemd (Bijl et al. 2017). Bij deze groep is sprake van een stapeling van problemen in combinatie met weinig eigen mogelijkheden om de situatie te verbeteren. Ten opzichte van de mensen die het beter hebben getroffen in het leven zijn de gedepriiveerden veel minder tevreden met de regering, de samenleving of hun eigen leven. Ook zijn ze veel kwetsbaarder waar het hun hulpbronnen betreft (58% heeft een laag inkomen en 70% is laagopgeleid). Bovendien zijn ze vaker sociaal geïsoleerd. Wat de zorgen over deze groep nog groter maakt, is dat meer dan de helft van hen aangeeft weinig regie te hebben over het eigen leven en ook geen kansen te zien om vooruit te komen in het leven. In omvang betreft het een groep van ongeveer 5% van de volwassen bevolking. Deze groep is tussen 1990 en 2017 als percentage van de bevolking nauwelijks kleiner geworden, al nam ze in absolute termen toe van 500.000 tot bijna 700.000. Bij deze groep ontbreekt het vaak aan 'moderne vaardigheden', waarvan het ervaren van regie over het eigen leven een belangrijke exponent is.

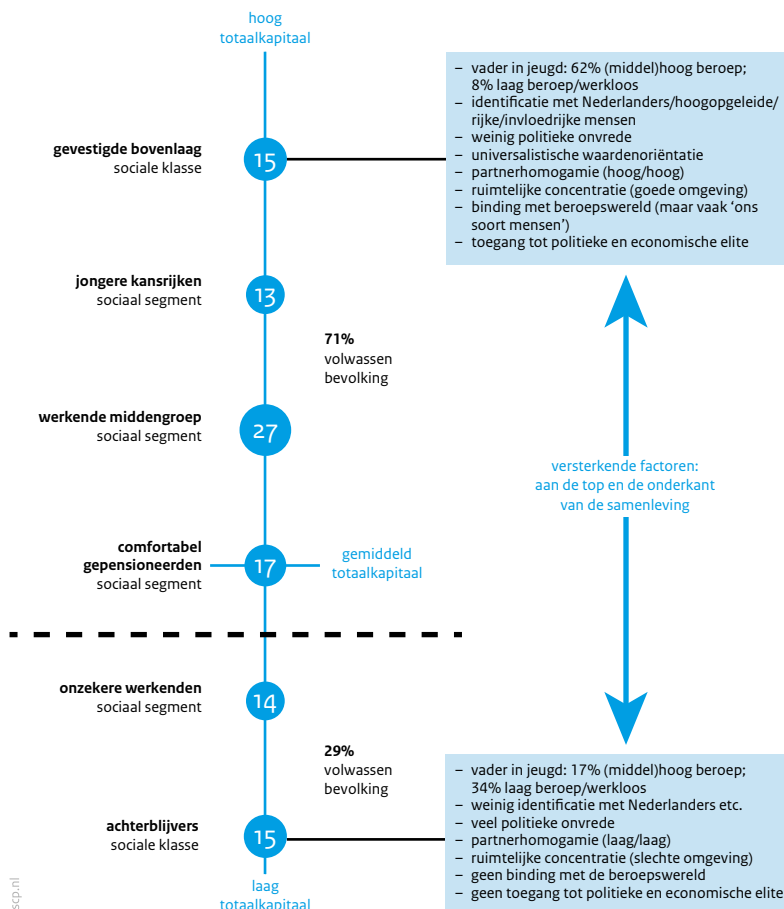
Fragmentatie in de Nederlandse samenleving

Wat zegt dit alles nu over de vraag of Nederland een participatiesamenleving is? Daarvoor moeten we kijken naar de hulpbronnen (of kapitaalsvormen) die mensen tot hun beschikking hebben om een positie in de maatschappij in te nemen. Dat zijn niet enkel inkomen en vermogen, zoals het politieke debat over inkomensongelijkheid wel eens doet vermoeden. Het gaat ook om opleiding, fysieke en mentale gezondheid en sociale netwerken om op terug te vallen als je hulp nodig hebt of om verder te komen in het leven. En niet te vergeten ‘cultureel kapitaal’, zoals het spreken van de taal, het hebben van digitale vaardigheden en gewaardeerd worden om wat je doet en wie je bent. Als we de Nederlandse bevolking langs die meetlat leggen, zien we geen harde tweedeling, zoals in de Verenigde Staten of Groot-Brittannië, maar een fragmentatie naar zes groepen (Vrooman 2016; Vrooman et al. 2014):

- *gevestigde bovenlaag* (15% van de bevolking, gemiddeld 52 jaar, vooral zelfstandig of gepensioneerd, nagenoeg volledig autochtoon Nederlands): het hoogst opgeleid, met het hoogste inkomen en ‘mentale kapitaal’, met een groot sociaal en instrumenteel netwerk;
- *jonge kansrijken* (13% van de bevolking, gemiddeld 36 jaar, veel studenten en zelfstandigen, relatief veel niet-westerse migranten van de tweede generatie): fysiek gezondste groep, grootste digitale vaardigheid en een groot netwerk voor sociale steun;
- *werkende middengroep* (27% van de bevolking, gemiddeld 42 jaar maar met grote spreiding, veel gezinnen met kinderen): bovengemiddeld economisch kapitaal, hoogste arbeidsdeelname, nagenoeg volledig in loondienst, redelijk netwerk voor sociale steun;
- *comfortabel gepensioneerden* (17% van de bevolking, gemiddeld 64 jaar, veel ouderdomspensioenen, maar ook vervroegd uitgetreden): tamelijk laag opgeleid, redelijk inkomen en tamelijk hoog vrij vermogen, beperkte beheersing digitale vaardigheden, minder fysiek kapitaal;
- *onzekere werkenden* (14% van de bevolking, vooral 25-34 jaar, relatief veel niet-westerse migranten en eenoudergezinnen): gemiddelde opleiding, onzekere positie op de arbeidsmarkt, lager inkomen, redelijke beheersing digitale vaardigheden, redelijk netwerk voor sociale steun;

- *achterblijvers* (15% van de bevolking, gemiddeld 62 jaar, veel alleenstaande ouderen, weinig jongeren, groot aandeel niet-westerse migranten): laagst opgeleid, vaak uitkering of karig pensioen, fysiek het minst gezond, laagste digitale vaardigheden, klein netwerk sociale steun.

Figuur 5.2 Gescheiden werelden in Nederland (2014), de verdeling van hulpbronnen (in procenten van de bevolking ≥ 18 jaar)^a



a Bij de groepen betreft het afgeronde percentages, waardoor het totaal niet precies optelt tot 100%.

Bron: ViN'14

De eerste vier groepen omvatten afgerond 71% van de Nederlandse bevolking. Zij beschikken over een hoog totaal aan hulpbronnen. De laatste twee groepen zijn goed voor de overige 29% van de bevolking. Deze forse groep kenmerkt zich door een laag totaal aan hulpbronnen. Juist hier komen ziekte en ongezondheid vaker voor. Deze groep, met relatief veel bijstandsmoeders, eenoudergezinnen en migranten, is minder gelukkig en minder optimistisch. De werkende middengroep springt eruit als grootste. Bij hen heerst vooral onzekerheid, omdat op hen vaker een beroep wordt gedaan, zoals mantelzorg, terwijl zij dat naast hun werk moeten organiseren. Onder ouderen met een redelijke financiële positie leeft bovendien de vraag of pensioen- en zorgvoorzieningen er straks nog zijn. Sommigen ervaren een verlies van opgebouwde rechten en hebben kleine sociale netwerken om op terug te vallen.

Relevante trends voor het sociaal domein

De ongelijkheid in hulpbronnen tussen de zes groepen zien we ook terug in een aantal grote trends in de samenleving die relevant zijn voor vernieuwing in het sociaal domein.

De eerste trend is een grote: de vergrijzing. Momenteel zijn er 2,6 miljoen ouderen (65-plussers), ofwel 15% van de bevolking. Tot 2040 groeit dat aantal tot ruim 4 miljoen, waarbij vooral het aantal 75-plussers fors groeit tot de helft van alle ouderen. De levensverwachting neemt steeds meer toe; de belangrijkste oorzaak van de groter wordende groep ouderen. Veel ouderen zijn nog zeer actief en dus zeker niet alleen maar ‘oud en kwetsbaar’. De grootste groep ouderen van nu en de komende veertig jaar is gemiddeld ouder, rijker, cultureel diverser, zelfstandiger en geëmancipeerd. Wel zien we steeds meer chronische ziekten en ook een navenant groter beroep op zorg. Het aantal kwetsbare ouderen – de groep met weinig inkomen, fysieke beperkingen en vaak meerdere aandoeningen tegelijk – zal intussen ook wel degelijk toenemen: van 700.000 nu naar meer dan 1 miljoen in 2040. Dat maakt de zorg complex en de afstemming tussen professionele en informele hulp dus ook.

Dat brengt ons bij een *tweede trend*: er is weliswaar veel informele hulp beschikbaar, maar er zijn ook grenzen. Uit enquêtes blijkt dat er ruim 4 miljoen mantelzorgers zijn, van wie ruim 750.000 mensen dat zeer intensief doen. Er zijn ruim 1 miljoen vrijwilligers in de zorg. Er zit enige overlap tussen mantelzorg en vrijwilligers, dus we kunnen de aantallen niet zomaar bij elkaar optellen. Maar het is wel duidelijk dat veel mensen al actief zijn in de informele zorg. Dat is goed nieuws, maar we moeten ons ook niet te snel rijk rekenen. Neem als voorbeeld het groeiende aantal mensen met dementie. De zorg voor een naaste met dementie wordt door mantelzorgers als de zwaarste belasting ervaren.

Intussen zal het aantal mantelzorgers niet sterk toenemen, zoals de aanname soms luidt. Dat blijkt uit een SCP-rapport over informele hulp (De Klerk et al. 2017). Het aantal mantelzorgers is de afgelopen jaren blijven steken op hetzelfde niveau als in 2014. Mantelzorgers gaan soms weliswaar meer doen, maar het aantal potentiële mantelzorgers per oudere daalt de komende decennia drastisch. Over de hele linie wordt de belasting dus hoe dan ook zwaarder. En vooral: de verschillen in wie dit kan regelen of dragen zullen toenemen. Dit zal nijpend worden, omdat het potentieel beschikbaar aantal mantelzorgers de komende jaren fors lager zal liggen dan voor de groeiende groep hulpbehoevende ouderen nodig is.

De *derde trend*: de deelname van mensen met een arbeidsbeperking blijft achter. In 2015 was de arbeidsdeelname van mensen zonder arbeidshandicap 80%. De arbeidsdeelname van mensen met een arbeidshandicap is echter maar 35% en dat is een afname van bijna 15% sinds 2009. Het gaat bij deze groep vaker om lager geschoold werk. Dat type werk staat onder druk of verdwijnt door technologische ontwikkelingen sneller, terwijl omscholing niet altijd gemakkelijk is. Het verdwijnen van sociale werkplaatsen is bij dit alles natuurlijk ook niet bevorderlijk, en banenafspraken helpen nog niet in het aannemen van meer mensen met arbeidsbeperkingen. De conclusie luidt dat de inclusieve arbeidsmarkt in Nederland onder grote druk staat. Deze derde trend laat met andere woorden niet echt een ideaal beeld van een participatiesamenleving zien.

De *vierde trend* is uiterst relevant voor de beoogde vernieuwing in het sociaal domein: de complexiteit van de samenleving neemt toe, terwijl lang niet iedereen hierbij ‘aangehaakt’ weet te blijven. De technologische veranderingen gaan razendsnel en dat geldt ook voor de nieuwe media. Zeker mensen met een licht verstandelijke beperking – een groep die groter is dan vaak wordt gedacht – lukt het steeds minder goed om zonder ondersteuning goed te functioneren. Er zijn uiteenlopende oorzaken aan te wijzen, variërend van ingewikkelde regelgeving voor voorzieningen tot de overvloed aan informatie over ziekte en gezondheid. Maar ook andere ontwikkelingen spelen een rol, zoals de afnemende acceptatie van ‘afwijkend’ gedrag, waardoor ‘anders zijn’ al snel een stigma wordt. Het is cruciaal oog te hebben voor mensen die moeite hebben met de toenemende complexiteit. Een beetje hulp kan tot herstel van deelname aan het gewone leven leiden.

De *vijfde trend* ten slotte is dat er regelmatig vraag- en handelingsverlegenheid optreedt bij respectievelijk hulpvragers en hulpverleners, zoals mantelzorgers. Dit heeft vaak te maken met het respect voor elkaars privacy. De een wil zich niet opdringen, de ander wil niet tot last zijn. Daar komt nog bij dat niet iedereen de regelingen voor ondersteuning kent, of deze regels als te complex ervaart. Zelfredzaamheid is als doelstelling snel geformuleerd, maar vraag- en handelingsverlegenheid kan het in de weg zitten. Bovendien hoeft zelfredzaamheid niet het hoogste doel in het leven te zijn. Voor elkaar zorgen is ook een deugd en kan, wanneer de grenzen over en weer bespreekbaar zijn, zeer wenselijk zijn.

Van ‘haves’ en ‘havenots’ naar ‘cans’ en ‘cannots’

De sociale staat van Nederland 2017 (Bijl et al. 2017) laat niet alleen zien op welke terreinen het met Nederlanders in de loop der jaren beter gaat, maar ook de hardnekkige problemen, ongemakken en ongelijkheden die er bestaan. Met name de scheidslijn tussen hoog- en laagopgeleid speelt nog altijd erg op. Sterker nog: de kloof tussen deze groepen is hardnekkig groot, wat zich onder meer uit in grote verschillen in (gezonde) levensverwachting. Hoogopgeleiden leven zeven jaar langer en tot maar liefst

achttien jaar langer in goede gezondheid. Zij vinden bovendien gemakkelijker werk en zitten minder 'gevangen' in flexcontracten.

Uit de kwartaalonderzoeken van het scp blijkt keer op keer dat een meerderheid van de burgers het gevoel heeft dat het met Nederland de verkeerde kant opgaat. Het feit dat het beter gaat, betekent kennelijk nog niet dat iedereen dat ook zo voelt. Vermoedelijk is dat mede omdat mensen oude zekerheden kwijtraken. De verzorgingsstaat verandert, de overheid verwacht meer eigen initiatief van burgers, waarbij niet altijd duidelijk is wat burgers van de overheid kunnen verwachten.

De Nederlandse samenleving is op weg naar grotere dynamiek, minder vaste kaders en dus meer maatwerk. Het is een veel complexer leven, dat eisen stelt aan individuen om zich staande te houden, waarbij de huidige maatschappelijke scheidslijn tussen de *haves* en de *havenots* verandert in een scheidslijn tussen de *cans* en *cannots*. In een veeleisende samenleving waarin mensen zelf de regie over hun leven moeten voeren, zullen sommigen beter hun weg kunnen vinden dan anderen. Wat voor de een meer ruimte voor zelfontplooiing betekent, kan voor een ander een gevecht zijn om bij te blijven (Van den Broek et al. 2016).

Degenen die mee kunnen met de nieuwe vereisten en die verandering eerder als uitdaging dan als bedreiging zien, de *cans*, beschikken over kwalificaties die in de toekomst (nog) belangrijker zullen zijn dan nu. Het gaat onder meer om leervermogen en intelligentie, om talent, vakmanschap, creativiteit, flexibiliteit en innovatievermogen. Het cognitieve aspect is zeker van belang, maar toch iets minder bepalend voor actieve participatie en maatschappelijk succes dan nu het geval is. Zorgen zijn er om degenen die de slag lijken te verliezen, de *cannots*; voor hen ligt de lat mogelijk te hoog. Voor deze groep is een vernieuwd sociaal contract extra relevant.

6 Vindplaatsen van het sociaal contract

Wat betekenen in de praktijk het grotere beroep op eigen verantwoordelijkheid, de geringe bereidheid om risico's in het dagelijks leven te accepteren en de wens tot meer zelfbeschikking bij een groeiende ongelijkheid in hulpbronnen om dat te kunnen doen? Die concrete praktijk zien we terug in de vindplaatsen van het sociaal contract. We onderscheiden er drie:

- de *structuren* die de eigendomsverhoudingen en financiering van zorg in organisaties en instituties in het sociaal domein regelen (meer of minder publiek en/of privaat);
- de *processen* en de *interacties* die stakeholders in de zorg met elkaar aangaan in netwerken: de manier waarop ze experimenteren en leren en de zorg 'ontwerpen';
- de *overtuigingen van mensen* – professionals, bestuurders en burgers – met hun visies, oriëntaties en verwachtingen rond de zorg.

We lopen deze vindplaatsen van het sociaal contract in zorgpraktijken langs.

Bij de *eerste vindplaats* gaat het om de structuren die de relaties binnen het samenspel ordenen, dus hoe zorgverleners, mantelzorgers, zorgverzekeraars en gemeenten de verantwoordelijkheden verdelen. Dat gebeurt in contracten bij de zorginkoop, maar ook via samenwerking in netwerken.

In de praktijk is een grote variatie van organisaties en netwerken in het sociaal domein betrokken. Het SCP (De Klerk et al. 2015a) onderscheidt diverse netwerken: familiezorgnetwerken, die bijvoorbeeld voor mensen met beperkingen belangrijk zijn, al is hun familie of vriendenkring vaak klein; gezinsnetwerken, als gezinsleden zorgtaken vervullen; vriendennetwerken en buurtnetwerken voor mensen die geen beroep op familie kunnen doen, en kerken en verenigingsnetwerken, waarbinnen mensen vooral waardeoriëntaties of wereldbeelden delen. Al deze netwerken halen mensen vaak uit een isolement en helpen bij probleemsignalering. Het

is steeds risicodeling met familie, buren, vrienden of anderen (De Boer 2017).

Netwerken en organisaties blijken dus een belangrijke vindplaats van het sociaal contract in de praktijk. In wijkteams, keukentafelgesprekken, zorgplannen, zorgverlofregelingen, buurtwerk en indicaties worden meer of minder formele afspraken gemaakt tussen alle betrokkenen. Er zijn voortdurend onderhandelingen tussen de lokale overheid en zorgverzekeraars, maar ook met zorginstellingen, over de kwaliteit en omvang van hulpverlening. Als er aan de keukentafel echter grote *machtsverschillen* bestaan, geen gedeelde *verwachting* is, de *kennis* over gezondheid en sociale netwerken en *gespreksvaardigheden* tekortschieten, is de kans groot dat professionals minder rekening houden met de behoeften en mogelijkheden van mantelzorgers en dat cliënten moeilijk vrijuit over hun behoeften spreken. Dat loopt niet vanzelf goed. Via zorgnetwerken en het keukentafelgesprek wordt dus weliswaar verbinding gemaakt tussen publieke en private doelen, tussen het individu en steun vanuit het collectief, maar een te rationeel beroep op de eigen verantwoordelijkheid botst gemakkelijk met de verwachtingen die mensen hebben of de vrijheid die ze voelen om aan te geven wat echt nodig is. Als daar geen aandacht aan geschonken wordt, is de kans aanwezig dat de uitkomst onvoldoende soelaas biedt.

Dat brengt ons bij een *tweede vindplaats*: de interacties tussen betrokken stakeholders, dus de wijze waarop hulp- en zorgverlening in het sociaal domein plaatsvindt. Een voorbeeld is het langer thuis wonen, dat bij verschillende groepen – als het goed is – anders uitpakt. Bij ouderen gaat het vaak om het behoud van vaardigheden en verbinding met een sociaal netwerk. Jonggehandicapten, die nog vaardigheden kunnen aanleren, kunnen soms via domotica of andere technologie langer zelfstandig wonen. Bij mensen met psychische aandoeningen gaat het om het leren omgaan met hun ziekte en om het kunnen terugvallen op professionele hulp of dagbesteding (De Klerk et al. 2015b). Ontslagen worden uit een ziekenhuis en thuis herstellen is bovendien iets anders dan het ouderlijk huis verlaten als jonggehandicapte. Het vraagt specifieke samenwerking tussen familie, vrijwilligers en professionals en om continue verbinding met tal van

stakeholders en hun belangen. Zonder verbinding van het zorgproces met geschikte huisvesting, woonomgeving, werk, school, schuldsanering en het aanleren van vaardigheden is langer thuis wonen een ongedefinieerd begrip en blijft het onduidelijk wat ervoor nodig is (Den Draak et al. 2016).

Maarten Janssen noemt deze zoektocht in zijn dissertatie ‘experimenteren en innoveren’ (Janssen 2016). Dus niet blindstaren op schaalgrote, financieringsstructuren of de precieze taakafbakening om je naar toezichthouders te verantwoorden, maar continu samen met betrokkenen bespreken wat goede zorg is. Het sociaal contract blijkt op procesniveau een kwestie van doelzoeken, richting de ‘goede’ uitkomst voor patiënten of cliënten en hun families. Goede zorg vraagt in dat proces om gedragen keuzes en compromissen, wat betekent dat alle belangen goed gewogen of vertegenwoordigd moeten zijn, dat zeggenschap goed geregeld wordt en dat er netwerken ontstaan tussen professionals, mantelzorgers en vrijwilligers. Dit raakt aan de kern van het sociaal contract: grenzen tussen domeinen overschrijden en professioneel of bureaucratisch aangeleerd gedrag loslaten om tot een gedragen uitkomst te komen. Zodat er meer ruimte komt voor betrokkenheid en zeggenschap van diegenen om wie het draait. Dat komt steeds meer aan op de acceptatie van verschillen in hulpverlening. Onduidelijkheid over wat van een overheid of instelling verwacht mag worden aan basiskwaliteit zet dan wel de onderlinge verwachtingen onder druk, want waar kun je nog op rekenen?

En daarmee zijn we bij de *derde vindplaats* van het sociaal contract: die van de oriëntaties en perspectieven van mensen zelf, van bestuurders als verbindingsofficieren tussen belangen en opvattingen, van patiënten en cliënten als coproducteurs en codesigners, van buurten die als gemeenschap taken delen, en van professionals die met burgers mee oplopen als partner. Voor een doelmatige besteding van middelen is het niet mogelijk altijd optimaal aan de wensen van cliënten en familie tegemoet te komen. De wens om langdurige zorg te integreren in de samenleving vraagt om praktische compromissen bij de vormgeving van woonlocaties en dagbesteding. Hulpverleners en locatiemanagers moeten visies hebben op goede zorg, maar ook de dialoog daarover kunnen voeren met cliënten,

familie en de buurt. Lieke Oldenhof spreekt in haar proefschrift over 'grenzenwerk' tussen de logica van de markt, het publiek domein en *civil society* (Oldenhof 2015). Het zijn de mensen die bestaande codes, regels en overtuigingen moeten doorbreken om tot een compromis te komen. Dat raakt het sociaal contract in het hoofd van mensen: de ervaren *discretionaire ruimte*, de *lef* om die te gebruiken en het *vertrouwen* dat dit geaccepteerd wordt, bijvoorbeeld door bestuurders, toezichthouders en zorgverzekeraars. Op zorglocaties en aan het bed is het zoeken naar 'morele ruimte', naar wat volgens betrokkenen 'goed' is.

Een goed voorbeeld is de jeugdzorg. Daarin strijden verschillende normen van goede zorg om voorrang. De problematiek van de jeugdige is veelal complex en heeft te maken met gezondheid, sociale netwerken, vaardigheden, familieomstandigheden, prestaties op school en vaak ook criminaliteit. We zien de neiging tot centrale regie via het ene plan voor dat ene gezin door die ene regisseur. Als het centrale plan echter gaat voorschrijven dat het bestrijden van eventuele fraude die de ouders met ontvangen uitkeringen plegen voorrang moet krijgen op zorggerelateerde argumenten voor personele inzet, dan ontstaat er een dilemma voor de hulpverlener. Moet hij de ouders aangeven? Dat kan de vertrouwensrelatie met de jeugdige schaden. Sommigen zullen roepen: 'Aangeven, het gaat om publiek geld!'. Iemand in een hulpverleningsrelatie, met het kind als slachtoffer, kiest echter voor de effectieve hulp aan het kind. Professioneel handelen hoort naast een plan ook een afweging te zijn van wat in de unieke situatie de beste oplossing is. Dialoog en reflectie in een veilige omgeving zijn nodig.

7 Het vernieuwde sociaal contract in het sociaal domein

De vindplaatsen van het sociaal contract zijn niet enkel 'plaatsen' en 'situaties' waar(in) mensen goede zorg nastreven. Steeds worden publieke, private en professionele belangen in structuren, processen en in de hoofden van mensen gewogen. Het sociaal contract is ook veel meer dan een zelfstandig naamwoord, het is in feite een werkwoord. Minder dan in het verleden is er sprake van een samenspel van vaste organisaties in klassieke centraal gestuurde processen van compromisvorming. Er worden continu grenzen verkend tussen de zorg en andere delen van het sociaal domein, evenals tussen verantwoordelijkheden van stakeholders.

Dat gaat – zoals we eerder al constateerden – niet vanzelf goed. Het risico bestaat dat we regels afkondigen waarin we het 'gewoon' regelen. Een vernieuwde invulling van het sociaal contract pakt dan statisch uit, alsof je er een handtekening onder zet. Dat zou een valkuil zijn. Het sociaal contract ontwikkelt zich onder druk van de besproken maatschappelijke dynamiek richting wisselende vormen. Een contract in meervoud, maar met onzekere uitkomsten. Voor wie is het er, wie heeft de zeggenschap en wat zijn goede resultaten?

We hebben dus behoefte aan een vernieuwd sociaal contract dat juist past bij experimenteren en innoveren, bij het 'grenzenwerk' in het sociaal domein. Dat vernieuwde sociaal contract bestaat uit zes onderdelen, die tevens kunnen gelden als onderzoeksagenda die bijdraagt aan de theorievorming én als handelingsperspectief voor de praktijk:

- visie op de lokale verzorgingsmaatschappij (*local welfare state*): rollen en randvoorwaarden;
- definities van (nieuwe) sociale risico's en organiseren van risicodeling;
- bredere blik op gezondheid en afbakening van de unieke kern;
- meer inspraak, maar ook herwaardering van zaakwaarnemers;

- experimentalistische governance met duurzame *checks & balances*;
- lerende wetenschapsbeoefening door continue kennisdeling en dialoog.

Het *eerste onderdeel* van een vernieuwd sociaal contract is een visie op wat overheid en burgers van elkaar mogen verwachten. Een weinig onderbouwde optimistische kijk op de sociale, fysieke en psychologische mogelijkheden van burgers om zelf de regie te voeren en elkaar bij te staan – die we vaak in overheidsbeleid terugzien – moet worden voorkomen. Ook burgers die dat niet kunnen, zijn onderdeel van het sociaal contract, zoals jonge mantelzorgers of arme werkenden. Er zijn praktische en morele grenzen aan wat je van mensen kunt verwachten en aan wat een overheid kan opleggen, zoals in mantelzorgtaken, maar ook aan wat burgers van het collectief kunnen verwachten. Oftewel, duidelijkheid over de basiszorg en zeggenschap waarop burgers kunnen terugvallen. De lokale politiek moet het debat over wat overheid, *civil society* en burgers van elkaar mogen verwachten nadrukkelijker voeren. Dat zijn geen technische aanpassingen van verordeningen. Dit gaat over mens- en maatschappijbeelden.

Die benodigde visie is meer lokaal georiënteerd en zal breder moeten kijken dan alleen naar ziekte en ongezondheid. Daarbij is de acceptatie van lokale variëteit noodzakelijk, al blijft er inzicht op landelijk niveau nodig in het draagvlak voor maatregelen in de verzorgingsstaat en in de legitimiteit van hun gevolgen in het licht van de sociale grondrechten. Er is om die reden veel behoefte aan informatie over zorgpraktijken en hun uitkomsten, bijvoorbeeld in termen van de toegang tot goede zorg. Dat inzicht moet de basis vormen voor het verbeteren van praktijken, dus voor lerend toezicht door lokale en landelijke toezichthouders.

Het *tweede onderdeel* is een herijking van de definities van sociale risico's en solidariteit. Als we spreken over *cans* en *cannots*, gaat het over de vraag of je echt geholpen bent met een zorgvoorziening of zorgtoeslag, of je de weg kunt vinden in de complexiteit van regels en of voorzieningen bij de juiste groepen terechtkomen. Risicodeling zal meer geënt moeten raken op de

combinatie van inkomen, gezondheid, arbeid en netwerken die mensen verder helpen. Om onrechtvaardige uitkomsten te voorkomen.

Voor de herdefiniëring is veel lokale samenwerking nodig, met deels andere en wisselende partners, ook buiten de zorg, zoals in onderwijs, huisvesting en werk. Zorgcoöperaties introduceren bijvoorbeeld nieuwe vormen van risicodeling door zorg en ondersteuning aan groepen mensen te bieden. Diegenen die het netwerk of de weg erheen echter niet vinden, kunnen ook buitengesloten raken. Ben je ook onderdeel van het sociaal contract als je je mond niet opendoet of niet gezien wordt, terwijl je wel hulp nodig hebt? Er zijn nieuwe institutionele en morele kaders nodig die verbinden, die mensen meer in staat stellen om via die ondersteuning mee te doen en hun maatschappelijke positie te verbeteren (Kremer 2016).

Het *derde onderdeel* is een bredere blik op gezondheid. Gezondheid wordt door veel omgevingsfactoren beïnvloed, heeft mede te maken met de beschikbaarheid van hulpbronnen of met een opeenstapeling van gebreken en houdt ook verband met eenzaamheid, werk of sociale activiteiten. Met al deze factoren omgaan vergt zowel denk- als doenvermogen, zoals de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) stelde in het rapport *Weten is nog geen doen* (WRR 2017). Naast kennis en intelligentie is het van belang om doelen te kunnen stellen, hulpbronnen te verwerven en te kunnen omgaan met tegenslag, zoals schulden of werkloosheid.

Een bredere benadering van gezondheid roept wel de vraag op wat nog tot de kern van de (medische) zorg behoort. Die kan niet overal verantwoordelijk voor zijn. Het recente alarm over de druk op de huisartsenzorg maakt dat duidelijk. De verbinding met andere domeinen van de verzorgingsstaat is cruciaal (de 'integrale blik'). Samenwerking in het bredere sociaal domein vraagt om reflectie op de eigen rol, ook in zorgopleidingen, met aandacht voor sociale en culturele hulpbronnen van mensen.

Het *vierde onderdeel* gaat over inspraak en zeggenschap. Veel mensen ervaren dat besluiten buiten hen om genomen worden, terwijl ze vaker hoogopgeleid zijn, meer informatie en technologie ter beschikking hebben en

meer zelf kunnen regelen. Meer beslissingsmacht veronderstelt niet meer bestuur, maar zeggenschap. Niet doelen opleggen, maar samen doelen stellen. Dat is niet altijd eenvoudig voor bijvoorbeeld beroepskrachten. Als ze al weten wat mantelzorgers nodig hebben, dan hoeft dat nog niet overeen te komen met wat de hulpbehoevende wil of nodig heeft of waar professionals zelf naar kijken.

Het is belangrijk te constateren dat patiënten ook medische besluiten niet altijd kunnen overzien. En er blijven groepen die niet zelf kunnen of willen meebeslissen. Niet iedereen heeft de capaciteiten en mogelijkheden om in die wisselende afspraken en coalities mee te doen. Als inclusiviteit een toetssteen voor het sociaal contract is, dan blijven er zogenoemde zaakwaarnemers nodig, ondanks de continue roep om meer eigen regie; van casemanagers tot buddy's en zorgverzekeraars.

Het *vijfde onderdeel* is een nieuwe governance met andere *checks & balances*. De rijksoverheid kan haar grondwettelijke verantwoordelijkheden voor de zorg niet waarmaken door alsmaar via informatie- en controleverplichtingen te achterhalen of politieke doelen gerealiseerd worden. Het sociaal contract is lang op deze hiërarchische wijze gestuurd, maar leidt bij decentralisatie tot steeds meer technocratisering en bureaucratie, niet tot *checks & balances*. Bij macht hoort daarom tegenmacht, bijvoorbeeld via zeggenschap van burgers en professionals in lokale praktijken, maar ook van de hiervoor genoemde zaakwaarnemers. Het bestaande sociaal contract kent een zekere mate van hiërarchie en centrale sturing. Een netwerksamenleving kent meer variatie en horizontale verantwoording.

Voor de nieuwe governance zijn bepaalde randvoorwaarden noodzakelijk (Bovenkamp et al. 2016). Zo hebben alle partijen capaciteit en vaardigheden nodig om een dialoog over doelen te kunnen voeren en de eigen inzet toetsbaar te maken. Men moet bereid zijn van elkaar te leren en te willen verbeteren. Dat vergt inzicht in wat participatie en/of zorg opleveren aan kwaliteit van leven. Deze informatie moet ook vergelijkbaar zijn tussen gemeenten, in elk geval op voor burgers relevante uitkomsten zoals verminderde eenzaamheid, mate van participatie en zelfredzaamheid.

Burgers hebben het recht om te weten of gemeentelijk beleid daaraan bijdraagt of niet. Dergelijke informatie dient overigens niet om te kunnen sanctioneren als uitkomsten afwijken van anderen, maar om te kunnen leren en verbeteren. In wijkteams, aan keukentafels, maar ook in gemeenteraden. Dat betekent niet alles loslaten, maar praktijkervaringen serieus nemen en samen lering willen trekken over goede zorg. Decentraliseren leidt zo niet per se tot minder, maar tot ander samenspel met het rijk. Niet vrijblijvend en ongestuurd, maar ook besproken in landelijke instituties – inclusief het parlement – en zowel lokaal als landelijk toetsbaar. Een mooie term daarvoor is ‘experimentalistische governance’.

Het *zesde onderdeel*, ten slotte, is een lerende wetenschapsbeoefening door continue kennisdeling en dialoog. Het sociaal contract wordt mede gestuurd door de gedachte van centraal gestuurde wetenschappelijke onderbouwing van beleid. Monitors en effectevaluaties kunnen echter performatief uitwerken: beleid gaat zich er soms naar gedragen. Onderzoek is dus niet onschuldig. Onderzoekers kunnen zich meer aantrekken van de wijze waarop kennis wordt gebruikt. Dit vergt steeds opnieuw reflectie op methodieken en gebruikte categorieën en indicatoren en continue dialoog met beleid en praktijk. Als het sociaal contract in zijn governance veel meer een kwestie is geworden van doelzoeken, experimenteren en leren, dan moet de wetenschap in haar aanpak en methodologie andersoortige kennis genereren en interacties aangaan met die snel veranderende praktijken. Waar ontwikkelen goede en slechte praktijken zich en wat is de norm? Wat vinden burgers daarvan? Kan wetenschappelijke kennis daarover beter en eerder gedeeld worden? Hoe erover te communiceren in de publieke media? In aanpak en methodologie kan de wetenschap sneller kennis delen, zodat de praktijk er weer mee verder kan.

Tegelijkertijd is het overigens goed ons te realiseren dat de vertragende werking van wetenschappelijk onderzoek ook een zegen is. Leren vergt namelijk tijd en aandacht.

8 *Andere sturing en betere kennis voor het vernieuwde sociaal contract*

Het vernieuwde sociaal contract kenmerkt zich door nieuwe verhoudingen tussen overheden, het gefragmenteerde maatschappelijke veld, burgers en de wetenschap. Zij bepalen steeds meer met elkaar wat goede, toegankelijke zorg is en voor wie. Deze zorg is lokaal georiënteerd, met verschillen in voorzieningen en inspraak. De toetssteen is dat het een inclusieve uitkomst heeft en niet polariseert, en dat er een uitkomst is waarin burgers zich herkennen, waarin zij zeggenschap ervaren en bereid zijn deel te nemen. Het sociaal contract is vooral een proces dat daarmee veel werk oplevert voor alle betrokkenen. Er is allereerst een andere sturing nodig om het vernieuwde sociaal contract voor alle burgers te laten werken en bureaucrativering te voorkomen. Het is geen technische exercitie.

Hoe ziet die andere sturing eruit? Een sociaal contract gaat uit van de erkenning van gelijkwaardige posities van lokale en landelijke overheden, burgers en maatschappelijke organisaties die beslissingsmacht met elkaar delen. De lokalisering en de grotere rol van burgers en patiënten hebben tot gevolg dat het delen van de macht nieuwe tegenmachten behoeft. Om te komen tot beter bestuur is het belangrijk te doorgronden onder welke condities het proces en de uitkomsten als rechtvaardig worden beschouwd, en dat mensen goede zorg ervaren. Dat laatste kan voor een hulpbehoevende oudere anders liggen dan voor de mantelzorger of de professional. Dus het *sturingsperspectief* is: minder rationaliseren en meer rechtvaardigen. Het gaat erom ruimte te creëren voor compromissen (bijvoorbeeld tussen kwaliteit en veiligheid of efficiëntie) die in de praktijk gerechtvaardigd zijn.

Het *sturingsdoel* moet ook helder zijn. Het sociaal contract beoogt een inclusieve samenleving met burgers die bereid zijn partner in het sociaal contract te zijn, omdat ze zich in de uitkomsten herkennen. Bij ervaren

onrecht, onbegrijpelijke regelingen en ongelijke behandeling neemt juist daaromtrent het onbehagen toe. Dan kan niet enkel worden verwezen naar toezichtregels, keuzevrijheid of kostenbesparingen, die uitgaan van een visie op de burger die vooral doet wat de overheid wenst of hoe de markt stuurt. Belangrijker is het om te leren van goede en van tegenvallende prestaties. Minder beleidstaal en systeemdenken, met termen als ‘transitie’ en ‘transformatie’, maar meer ingaan op de zorgen en problemen in de uitvoeringspraktijk.³

We zouden termen als ‘eigen regie’, ‘zelfredzaamheid’, ‘eigen verantwoordelijkheid’ en ‘positieve gezondheid’ niet moeten omarmen zonder hun effect te doorgronden. Niet iedereen kan of wil verantwoordelijkheid dragen voor alle onderdelen van zijn of haar gezondheid. Het kan mensen wel motiveren na én mee te denken over wat belangrijk is voor de eigen kwaliteit van leven. Het gaat soms over leefstijl en gezondheid van mensen, soms om de rol als mantelzorger of vrijwilliger, soms om zelfmanagement, gezondheidsvaardigheden of patiëntenparticipatie.

Zoals we hebben gezien, nemen verschillen in vaardigheden, netwerken, inkomen en gezondheid toe. Ervan uitgaan dat burgers die veelheid aan rollen in eigen regie kunnen uitoefenen, terwijl de verschillen in hulpbronnen en levensverwachting groter worden, kan ertoe bijdragen dat mensen de weg niet meer vinden of geen profijt meer ervaren van hun solidariteit. Neem alleen al de toenemende verschillen tussen hoog- en laagopgeleide ouderen. Die zullen de komende jaren steeds meer zichtbaar worden in de kwaliteit van leven, maar ook in zorggebruik. Het grotere beroep op de 5 miljoen mensen die mantelzorg of vrijwillige inzet in de zorg plegen (inclusief de incidentele vrijwilligers), kan de scheidslijnen versterken. Als daar onvoldoende aandacht voor is, dan heeft dat ook effect op het draagvlak voor overheidsbeleid. Dan krijgen polarisatie en onbehagen alle ruimte.

3 Zie de verschillende deelpublicaties uit het lopende ‘Continu onderzoek burgerperspectieven’ van het scp (https://www.scp.nl/nl/Onderzoek/Bronnen/Beknopte_onderzoeksbeschrijvingen/Continu_onderzoek_burgerperspectieven_COB).

Tot slot is er de *sturingsfilosofie*. Binnen het vernieuwd sociaal contract moeten we niet eindeloos willen sturen op taak- en verantwoordelijkheidsverdelingen. Het is belangrijker de kwesties voorop te stellen die de werking van het sociaal contract beïnvloeden. Het sociaal contract verbindt burgers onderling, met de overheid en met maatschappelijke organisaties op sociale risico's rond ziekte en bestaanszekerheid, maar geeft de contractpartners ook een positie in het bijdragen aan oplossingen. De vraag is wie dan waarbij aan zet is, en daarmee komen we weer terug bij de dilemma's die ik beschreef in de inleiding van dit essay. Het zijn de dilemma's die de diverse betrokkenen – de contractpartners dus, die samen moeten bepalen 'wie waarbij aan zet is' – in het beoogde samenspel onder ogen moeten zien: kwaliteit van leven versus kwaliteit van zorg, professionalisering versus deprofessionalisering en eigen verantwoordelijkheid versus solidariteit. Er zijn ten minste vier urgente kwesties die daarbij voorrang verdienen.

De *eerste kwestie* is dat de invulling van kwaliteit van zorg iets anders is dan kwaliteit van leven. Bij eenzaamheid leidt medicalisering meestal niet tot meer kwaliteit van leven. Welbevinden, je kinderen zien en ook simpele zaken zoals naar de kapper kunnen gaan, zijn vaak belangrijker. Daar kunnen mensen zelf (tijdig) rekening mee houden. Zorgprofessionals hebben echter antennes nodig om hierover het gesprek te voeren. Als mensen niet weten hoe ze zorg en sociale ondersteuning moeten organiseren of op welke informatie en zeggenschap ze recht hebben, doemt vrij snel de vraag op welke burgers wel en niet op professionele hulp kunnen terugvallen en feitelijk partner in het sociaal contract zijn. De *cans* en *cannots*. Als sommigen gemakkelijker aan betere kwaliteit komen dan anderen, dan ebt het draagvlak weg. Het ondermijnt het inclusieve karakter van het sociaal contract.

De *tweede kwestie* is dat het leervermogen van zorgprofessionals sterk op de proef wordt gesteld. Het overlaten van handelingen aan andere professionals of patiënten kan voelen als deprofessionalisering. Tegelijkertijd leidt het tot nieuwe specialisaties en taakherschikking, met grote gevolgen voor alle opleidingen en voor het begeleiden van mantelzorgers

en vrijwilligers. Bijvoorbeeld te leren om verantwoord af te wijken van protocollen en het delen van informatie. Landelijk is daarvoor een sterke opleidings- en kennisinfrastructuur nodig en lokaal de ruimte voor actieve reflectie en kennisdeling. Dat is onmisbaar in een activerende investeringsstaat. Er is kennis nodig over de ontwikkeling van beroepsgroepen, maar ook over ervaringen met de mantelzorg en met nieuwe manifestaties van de *civil society* (zoals zorgcoöperaties).

De *derde kwestie*: voor het bereiken van een inclusieve samenleving is een andere beleidstheorie nodig. De dominante *one size fits all*-benadering van burgers in veel overheidsbeleid pakt in de praktijk meestal anders uit dan bedoeld. Belangrijker is houvast te hebben om beleid te kunnen bijsturen. Aannames over redzaamheid en eigen verantwoordelijkheid in landelijk en lokaal overheidsbeleid zouden daarom vaker vooraf op realiteitszin getoetst moeten worden, in plaats van alsmaar achteraf. Een overheid die geen rekening houdt met de begrenzingen van het denk- en doenvermogen van burgers wordt als onbetrouwbare overheid gezien, stelde de WRR in het eerdergenoemde rapport (WRR 2017). Het vraagt politieke moed om dat wel te doen. Regeer- of collegeakkoorden met gedetailleerde politieke compromissen helpen niet. Dat zit snel muurvast.

Er zijn – en dat is de *vierde kwestie* – vormen van risicodeling nodig die de tegenstelling tussen *cans* en *cannots* helpen overbruggen. Dat kan niet enkel lokaal. Voor een inclusieve uitkomst van het sociaal contract is een andere invulling van de overheidsrol nodig, een nieuw samenspel tussen de landelijke en lokale overheid. Deze samenwerking heeft zich na de decentralisaties nog niet voldoende gezet. Gemeenten zouden zelf inkomsten kunnen genereren, met organisaties en inwoners bindende keuzes kunnen maken, lokale beleidsdoelen stellen en hun effecten monitoren, om er vervolgens democratisch verantwoording over af te leggen. Ze hebben tal van handelingsopties om bijvoorbeeld mantelzorgers en vrijwilligers te ondersteunen en waarderen. Decentralisatie zonder overdracht van bevoegdheden op al die terreinen zou gemeenten slechts uitvoerders van rijksbeleid maken. Tegelijk: zonder nationaal kader rond toezicht, opleidingen en kennisontwikkeling lukt het hen waarschijnlijk ook niet.

Zeker kleinere gemeenten lijken onvoldoende in staat of bereid daar voldoende middelen voor te reserveren. De komende paar jaar wordt dit alles cruciaal voor het vernieuwde sociaal contract. Welke keuzes gaan we in Nederland maken in aansluiting op de eerder ingezette decentralisaties? Zeggen we na A ook B, of worden gemeenten juist steeds meer het uitvoeringsloket van de rijksoverheid?

Dit alles leidt ook tot de noodzaak van herwaardering van de rol van zorgprofessionals, zaakwaarnemers en bestuurders, om het delen van risico's te organiseren en zo stem te geven aan partners in het sociaal contract die dat niet zelf doen of kunnen. *Shared decision making* en patiëntenparticipatie zijn behulpzaam, maar mensen verwachten ook sturing. Dat werd bijvoorbeeld duidelijk in het promotieonderzoek van Femke Vennik naar de online zorgcommunity MijnZorgnet (Vennik 2016). In die community werd vooral de online vraagbaak gebruikt en de uitwisseling van ervaringskennis met lotgenoten. Voor andere adviezen bleven mensen de dokter opzoeken. Inspraak, coproductie en cocreatie betekenen niet dat instituties aan belang inboeten, maar dat samspraak belangrijker wordt.

Er zijn kortom investeringen in de instituties van de *local welfare state* nodig. Dat betreft zowel de politiek-bestuurlijke instituties als de positionering van zaakwaarnemers en kennisleveranciers. Politieke moed om in de uitvoering beleid zo nodig bij te sturen. Tegenmacht en zeggenschap waar macht uitgeoefend wordt. Institutionele en morele kaders die verbinden in plaats van polariseren.

9 *Het vernieuwd sociaal contract als voorwaarde voor een inclusieve samenleving*

Agenda voor het sociaal domein

Juist in een tijd van economische verbetering en hoogconjunctuur, waarin bepaalde groepen het heel goed hebben, zouden we de vraag kunnen stellen of de hardnekkige, polariserende verschillen kleiner te maken zijn. Het antwoord is 'ja', mits we versneld werk maken van het vernieuwd sociaal contract. Met dit essay wil ik de nieuwe lokale besturen en gemeenteraden een agenda voor het sociaal domein aanreiken; een handreiking hoe de 'contractpartners' de kwesties in het sociaal domein zó kunnen bespreken dat het betekenis heeft voor burgers én leidt tot een inclusieve samenleving. Hoe goed het op dit moment misschien naar verhouding ook gaat, we weten immers ook dat dit geen garanties biedt voor de toekomst. Als we nalaten om nú te gaan samenwerken aan een vernieuwd sociaal contract – om zo het streven naar inclusiviteit concreet om te zetten in een beter samenspel tussen alle betrokkenen – zullen de spanningen bij een toekomstig slechter economisch tij weer snel toenemen. Een vernieuwd sociaal contract is nodig om in dat geval de kaders beschikbaar te hebben waarbinnen we verschillen kunnen verkleinen en verdere polarisatie kunnen tegengaan.

Het vernieuwd sociaal contract is een werkwoord

Zoals eerder gesteld is het vernieuwd sociaal contract eigenlijk een werkwoord: van een statischer en meer centralistisch vormgegeven werkwijze naar een dynamischer in netwerken vormgegeven zoekproces. Van meer gestolde naar fluïde verhoudingen. Van wederkerigheid op basis van rechten en posities naar wederkerigheid op basis van verbindingen tussen steeds wisselende partners, met een verbreding van zorg naar andere voorzieningen in het sociaal domein. Van het denken in logica's

(en rationaliteiten) van overheid, markt en samenleving naar het denken vanuit gerechtvaardigd vertrouwen. Van een beschermende verzorgingsstaat, met rechten op compensatie voor sociale risico's, naar een investeringsstaat, gericht op versterking van hulpbronnen. Van het uitsluitend via inkoop en aanbestedingen creëren van vaak weinig 'klantgerichte' ondersteuning, naar een daadwerkelijk gedeeld eigenaarschap, bijvoorbeeld door burgerinitiatieven serieus onderdeel te laten zijn van het lokale aanbod. Van kennisontwikkeling voor het beleid en de praktijk, naar dialoog met het beleid en in zorgpraktijken. Zonder vernieuwd sociaal contract kunnen we dit alles niet realiseren en is het weinig waarschijnlijk dat de decentralisaties duurzaam succesvol zijn en zullen leiden tot een *local welfare state*.

Het sociaal contract 'in meervoud'

De vraag is overigens of we in een meer gefragmenteerde netwerksamenleving, met zoveel onderhandeling, nog kunnen spreken van 'het sociaal contract' in 'de zorg'. Het lijkt eerder op een stelsel van sociale contracten. In het beleid zijn verbindingen nodig tussen de landelijke en lokale overheid enerzijds en maatschappelijke partijen en burgers anderzijds, om daar op een legitieme wijze invulling aan te geven, zoals we in hoofdstuk 8 hebben betoogd. Om ervoor te zorgen dat deze dynamiek niet tot uitsluiting van en polarisatie tussen groepen in de samenleving leidt, is meer verbinding met ervaringen van burgers nodig, bijvoorbeeld via inspraak en dialoog. Het alsmat afkondigen van meer keuzevrijheid en eigen verantwoordelijkheid biedt niet elk antwoord op zorgbehoeften in een netwerksamenleving. Het versterkt juist onbehagen, omdat er in de bevolking sterke opvattingen leven over gedeelde verantwoordelijkheden voor de zorg tussen de overheid en henzelf. Maatschappelijke polarisatie kan bovendien het gevoel versterken geen deel uit te maken van de samenleving en geen profijt te ervaren van het sociaal contract. Dat werkt ondermijnend voor de *local welfare state*.

Beter zicht op de 'weerbarstige werkelijkheid'

De vraag voor de komende jaren is dus hoe we zoveel mogelijk mensen in staat kunnen stellen volwaardig mee te doen in een veeleisende samenleving. Hoe voorkomen we dat mensen achterblijven en hoe kunnen burgers gesteund worden bij het verwerven van de noodzakelijke vaardigheden? Uit de beschikbare informatie wordt in elk geval duidelijk dat zelfredzaamheid en participeren weerbarstiger zijn – en op dit moment minder algemeen mogelijk en vanzelfsprekend – dan de overheid zou willen. Activeren in plaats van beschermen vraagt om een bredere benadering van gezondheid en zorg in het sociaal domein, maar ook van andere vragen rond arbeidsparticipatie of dagbesteding en om het continu verbinden van zorg met lokale tradities en beschikbare netwerken waarin mensen zeggenschap hebben. In die netwerksamenleving, met zoveel onderhandeling, zijn duidelijker afspraken nodig over het investeren in individuele hulpbronnen en solidaire gemeenschappen. Het gaat om lokale beleidsvorming die zich meer richt op leren en verbeteren van zorg en landelijke ondersteuning via de borging van sociale grondrechten en via opleidingen, kennisdeling en een goed verankerde kennisinfrastructuur. De werking en uitkomsten van het stelsel van sociale contracten zullen via wetenschappelijk onderzoek gevolgd moeten worden.

Samenwerken aan betere kennis

De kennisinfrastructuur in het sociaal domein is hier nog maar beperkt op ingericht, zoals het Rathenau Instituut constateerde in het eerdergenoemde rapport (Faasse en Koens 2017). Dit verzwakt de onderbouwing van lokaal sociaal beleid. Drie jaar na het inzetten van de decentralisaties – en in het jaar dat gemeenten na de raadsverkiezingen nieuwe wegen inslaan – staan lokale gemeenschappen voor belangrijke keuzes in het sociaal domein. Om die goed te kunnen maken, maar ook de gevolgen voor burgers inzichtelijk te maken, is er voldoende toegankelijke informatie nodig.

De meest kwetsbare mensen hebben de kleinste netwerken. Van hen weten we niet zoveel, maar ze zijn wel partner in het sociaal contract. Dat

geldt ook voor mantelzorgers van wie verwacht wordt dat ze werk en zorg steeds meer combineren. Of voor lokale beleidsambtenaren, van wie we verwachten dat ze voldoende deskundigheid in huis hebben.

Er zijn goede nulmetingen, meerjarig onderzoek en unieke verhalen achter de cijfers nodig. Het gebruik van meer ervaringskennis en *citizen science*⁴ kan bovendien de hooggespannen verwachtingen over *evidence-based* beleid wat temperen. Een mogelijke causale relatie tussen een overheidsinterventie en gedrag van burgers is vooraf lastig te bewijzen: de samenleving wordt door meer gestuurd dan door beleid. Dit maakt noch overheidsbeleid, noch wetenschap overbodig, maar benadrukt de noodzaak van tegenspraak en platforms voor dialoog.

Centraal opgelegde benchmarks en monitors die vanuit politieke controle-drift worden afgekondigd, houden veelal weinig rekening met lokale verschillen, maar leiden snel tot sancties als prestaties afwijken van de norm. Naar elkaar luisteren is echt iets anders. Voor de inrichting van toekomstige monitoring en evaluaties in het sociaal domein, en bij de ontwikkeling van uitkomstmaten, zou dialoog het uitgangspunt moeten zijn. In een *local welfare state* vraagt dat van de landelijke overheid en van landelijke veldpartijen om kennisontwikkeling te willen borgen, en van lokale overheden en veldpartijen om kenniscirculatie en reflectie te garanderen door het scheppen van voldoende ruimte voor tegenverhalen en dialoog. Dan kan tegenmacht ontstaan waar macht uitgeoefend wordt. Dit kan een houvast zijn voor de inrichting van de toekomstige monitoring en evaluaties in het sociaal domein.

Praktisch bruikbare kennis is onmisbaar. Daarvoor zijn genoeg kansen, want er is ook al veel beschikbaar. Het SCP bijvoorbeeld levert veel bruikbare cijfermatige en kwalitatieve kennis over uiteenlopende ‘standen van zaken’ en over opvattingen en verwachtingen van mensen. Kennis over

4 Ook wel ‘burgerwetenschap’ genoemd: burgers doen zelf mee mee aan onderzoek én zijn er onderdeel van. Zo verbeteren zij hun eigen situatie of die van hun leefomgeving.

een goede (professionele) ondersteuning van burgers komt onder meer van landelijke kennisinstituten. Denk aan organisaties zoals Vilans (langdurige zorg) en Movisie (het sociaal domein). Wetenschappelijke organisaties als ZonMw stimuleren de kennisontwikkeling op het terrein van effectieve praktijken in het brede veld van gezondheid en welzijn, terwijl academische werkplaatsen en diverse lectoraten deze rol op uiteenlopende thema's ook regionaal oppakken. Al deze organisaties bieden een rijke bron van kennis, die zij ontsluiten via publicaties, kennispleinen, congressen en (regionale) bijeenkomsten. Dat is zeer noodzakelijk, maar niet genoeg. Met de decentralisaties neemt immers ook de diversiteit aan kennisvragen toe. Elke gemeente legt andere accenten in haar beleid, passend bij de problemen die zich het meest prominent voordoen. Beantwoorden aan kennisbehoeften vergt daarom ook een andere aanpak van kennisinstituten en de wetenschap. Gemeenten vragen van hen om beter aan te sluiten bij de concrete praktijk en om het oppakken van thema's en vraagstukken die daarin naar boven komen. Dat betekent voor onderzoekers en kenniswerkers onderlinge samenwerking en een andere manier van werken, op gelijke voet met gemeenten, professionals én burgers.

Naar een lerende uitvoeringspraktijk

Vernieuwen in het sociaal domein is allereerst een kwestie van doen. Maar de dingen góéd doen vergt ook reflectie op het handelen, om zo beter te begrijpen wat er gebeurt en weloverwogen de volgende stap te kunnen zetten. Cruciaal voor een vernieuwd sociaal contract is het mogelijk maken van een 'lerende uitvoeringspraktijk', waarin professionals en medewerkers van gemeenten reflectief kijken naar hun eigen handelen, steeds in interactie met de burgers. De rol van de wetenschap daarbij is een voortdurende inbreng van gegevens én een goede weging daarvan, om zo de 'lerende uitvoeringspraktijk' te voeden.

De gemeenten zijn *in the lead* als het gaat om de lokale vormgeving van hun relatie met de burgers in het sociaal domein. Maar er is wel degelijk ook een duidelijke opdracht voor de landelijke overheid en de landelijke

kennisorganisaties. De overheid kan randvoorwaarden realiseren zoals goede opleidingen, mogelijkheden voor kennisdeling en een goede infrastructuur voor onderzoek. De kennisinstituten zijn aan zet om bruikbare kennis voor de lokale praktijken te helpen genereren en goed bedachte experimenten te faciliteren. Zodat er – zoals terecht een van de doelen van de decentralisaties luidt – meer innovatieve en onorthodoxe werkwijzen ontstaan, waarmee ook de *cannots* daadwerkelijk geholpen zijn.

Literatuur

- Bijl, R., J. Boelhouwer, E. Pommer en I. Andriessen (2015). *De sociale staat van Nederland 2015*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Bijl, R., J. Boelhouwer en A. Wennekers (2017). *De sociale staat van Nederland 2017*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Boer, A. de (2017). *Wie maakt het verschil? Sociale ongelijkheid in condities en consequenties van informele hulp* (oratie). Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Bovenkamp, H. van de, A. Stoopendaal, L. Oldenhof en R. Bal (2016). *Literatuurstudie Eigen Regie, Regeldruk en Regelruimte*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Broek, A. van den, C. van Campen, J. de Haan, A. Roeters, M. Turkenburg en L. Vermeij (2016). *De toekomst tegemoet. Leren, werken, zorgen, samenleven en consumeren in het Nederland van later. Sociaal en Cultureel Rapport 2016*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Draak, M. den, A.M. Marangos, I. Plaisier en M. de Klerk (2016). *Wel thuis? Literatuurstudie naar factoren die zelfstandig wonen van mensen met beperkingen beïnvloeden*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Faasse, P. en L. Koens (2017). *Gezond verstand: publieke kennisorganisaties in de gezondheidszorg*. Den Haag: Rathenau Instituut. Geraadpleegd op 12 januari 2018 via <https://www.rathenau.nl/nl/page/gezond-verstand-publieke-kennisorganisaties-de-gezondheidszorg>.
- Janssen, M. (2016). *Situated novelty. A study on healthcare innovation and its governance*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Klerk, M. de, A. de Boer, I. Plaisier, P. Schyns en S. Kooiker (2015a). *Informele hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, M. de, A. de Boer en I. Plaisier (2015b). *Wie zorgt er voor mensen met psychiatrische of verstandelijke problemen?* Geraadpleegd op 12 januari 2018

- via <https://www.socialelvraagstukken.nl/wie-zorgt-er-voor-mensen-met-psychochirurgische-of-verstandelijke-problemen>.
- Klerk, M. de, A. de Boer, I. Plaisier en P. Schyns (2017). *Voor elkaar? Stand van de informele hulp in 2016*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kremer, M. (2016). *Een verbindende verzorgingsstaat. Over burgerschap, zorg en superdiversiteit* (oratie). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Oldenhof, L. (2015). *The Multiple Middle: Managing in Healthcare* (proefschrift). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Pommer, E. en J. Boelhouwer (red.) (2017). *Overall rapportage sociaal domein 2016. Burgers (de)centraal*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Putters, K. (2017). *Was getekend. Op weg naar een vernieuwd sociaal contract in de zorg* (oratie). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Veen, R. van der (2011). *De toekomst van de langdurige zorg. Achtergrondstudie ten behoeve van het College voor zorgverzekeringen*. Diemen: College voor zorgverzekeringen.
- Vennik, F. (2016). *Interacting Patients. The construction of active patientship in quality improvement initiatives* (proefschrift). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Visser, Arno (geïnterviewde) (2017, 3 december). Arno Visser, president van de Rekenkamer. In: *Buitenhof*. Te raadplegen via https://www.npo.nl/arno-visser-president-van-de-rekenkamer/03-12-2017/POMS_AT_11920255.
- Vrooman, C. (2016). *Meedoen in onzekerheid. Verwachtingen over participatie en protectie* (oratie). Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Vrooman, C., M. Gijsberts en J. Boelhouwer (red.) (2014). *Vershil in Nederland. Sociaal en Cultureel Rapport 2014*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- WRR (2017). *Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau

SCP-publicaties

Onderstaande lijst bevat een selectie van publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Deze publicaties zijn in gedrukte vorm verkrijgbaar bij de (internet)boekhandel en zijn als pdf gratis te downloaden via www.scp.nl. Een complete lijst is te vinden op www.scp.nl/publicaties.

SCP-publicaties 2018

- 2018-1 *Werken aan de start. Jonge vrouwen en mannen op de arbeidsmarkt* (2018). Ans Merens en Freek Bucx (red.). ISBN 978 90 377 0859 2
- 2018-2 *Lees:Tijd. Lezen in Nederland* (2018). Annemarie Wennekers, Frank Huysmans, Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0858 5
- 2018-3 *De Wmo 2015 in praktijk. De lokale uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning* (2018). Lia van der Ham, Maaïke den Draak, Wouter Mensink, Peggy Schyns, Esther van den Berg. M.m.v. Pepijn van Houwelingen en Isabella van de Velde. ISBN 978 90 377 0856 1
- 2018-4 *Jezelf zijn in het verpleeghuis* (2018). Lisette Kuyper, Debbie Verbeek-Oudijk en Cretien van Campen. ISBN 978 90 377 0855 4 (pdf)
- 2018-5 *Maatschappelijke ondersteuning: keuzes van cliënten en beleid van gemeenten* (2018) (handelseditie proefschrift). Anna Maria Marangos. ISBN 978 90 377 0846 2 (pdf)
- 2018-6 *Een lokaal sociaal contract. Voorwaarden voor een inclusieve samenleving* (2018). Kim Putters. ISBN 978 90 377 0861 5

SCP-publicaties 2017

- 2017-1 *Grenzen aan de eenheid. De beleving en waardering van diversiteit en inclusiviteit onder medewerkers van Defensie* (2017). Iris Andriessen, Wim Vanden Berghe en Leen Sterckx. M.m.v. Jantine van Lisdonk en Ans Merens. ISBN 978 90 377 0814 1
- 2017-2 *Wie maakt het verschil? Sociale ongelijkheid in condities en consequenties van informele hulp. Oratie.* (2017). Alice de Boer. ISBN 978 90 377 0752 6

- 2017-3 *Langer zelfstandig. Ouder worden met hulpbronnen, ondersteuning en zorg* (2017). Cretien van Campen en Jurjen Iedema (scp), Marjolein Broese van Groenou (VU-LASA) en Dorly Deeg (VUMC-LASA). ISBN 978 90 377 0817 2
- 2017-4 *Beleidssignalement Ervaringen van lhbt-personen met sport* (2017). Ine Pulles en Kirsten Visser. ISBN 978 90 377 0820 2 (pdf)
- 2017-5 *Voorzieningen verdeeld. Profijt van de overheid* (2017). Martin Olsthoorn, Evert Pommer, Michiel Ras, Ab van der Torre en Jean Marie Wildeboer Schut. ISBN 978 90 377 0821 9
- 2017-6 *Van oost naar west. Poolse, Bulgaarse en Roemeense kinderen in Nederland: ouders over de leefsituatie van hun kinderen* (2017). Ria Vogels, Simone de Roos en Freek Bucx. ISBN 978 90 377 0819 6
- 2017-7 *First steps on the labour market* (2017). Ans Merens, Freek Bucx en Christoph Meng (ROA). ISBN 978 90 377 0822 6
- 2017-8 *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2015. Ontvangen hulp bij het huishouden, persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding* (2017). Debbie Verbeek-Oudijk, Lisa Putman en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0818 9 (pdf)
- 2017-9 *Kwesties voor het kiezen. Analyses van enkele maatschappelijke thema's voor de Tweede Kamerverkiezingen 2017* (2017). ISBN 978 90 377 0770 0 (pdf)
- 2017-10 *Achtervolgd door angst. Een kwantitatieve vergelijking van angst voor slachtofferschap met een algemeen gevoel van onveiligheid* (2017). Lonneke van Noije en Jurjen Iedema. ISBN 978 90 377 0825 7
- 2017-11 *Discriminatie herkennen, benoemen en melden (essay)* (2017). Iris Andriessen. ISBN 978 90 377 0826 4 (pdf)
- 2017-12 *Dorpsleven tussen stad en land. Slotpublicatie Sociale Staat van het Platteland* (2017). Anja Steenbekkers, Lotte Vermeij en Pepijn van Houwelingen. ISBN 978 90 377 0830 1 (pdf)
- 2017-13 *Leren van verschillen. Opleidingsverschillen in de vrouwenemancipatie* (2017). Anne Roeters. ISBN 978 90 377 0829 5 (pdf)
- 2017-14 *Transgender personen in Nederland* (2017). Lisette Kuyper, m.m.v. Wim Vanden Berghe. ISBN 978 90 377 0831 8 (pdf)
- 2017-15 *Gelijk verdeeld. Een verkenning van de taakverdeling bij LHB-stellen* (2017). Anne Roeters, Floor Veerman en Eva Jaspers. ISBN 978 90 377 0832 5 (pdf)
- 2017-16 *Nederlanders en nieuws. Gebruik van nieuwsmedia via oude en nieuwe kanalen* (2017). Annemarie Wennekers en Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0833 2 (pdf)
- 2017-17 *Beroep op het mbo. Betrokkenen over de responsiviteit van het middelbaar beroepsonderwijs* (2017). Monique Turkenburg en Ria Vogels. M.m.v. Yvette Sol. ISBN 978 90 377 0836 3

- 2017-18 *Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Landelijk overzicht van hun leefsituatie in 2015/'16* (2017). Debbie Verbeek-Oudijk en Cretien van Campen. ISBN 978 90 377 0838 7
- 2017-19 *Gelukkig in een verpleeghuis? Ervaren kwaliteit van leven en zorg van ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen* (2017). Cretien van Campen en Debbie Verbeek-Oudijk. ISBN 978 90 377 0837 0
- 2017-20 *Zicht op de Wmo 2015. Ervaringen van melders, mantelzorgers en gespreksvoerders* (2017). Peteke Feijten, Roelof Schellingerhout, Mirjam de Klerk, Anja Steenbekkers, Peggy Schyns, Frieke Vonk, Anna Maria Marangos, Alice de Boer en Liesbeth Heering. ISBN 978 90 377 0842 4
- 2017-21 *Gevlucht met weinig bagage. De leefsituatie van Somalische Nederlanders* (2017). Iris Andriessen, Mérove Gijsberts, Willem Huijnk en Han Nicolaas (CBS). ISBN 978 90 377 0839 4 (pdf)
- 2017-22 *Overall rapportage sociaal domein 2016. Burgers (de)centraal* (2017). Evert Pommer en Jeroen Boelhouwer (red.). ISBN 978 90 377 0843 1
- 2017-23 *Samenvatting Overall rapportage sociaal domein 2016. Burgers (de)centraal* (2017). Evert Pommer, Jeroen Boelhouwer (red.) ISBN 978 90 377 0844 8
- 2017-24 *Regionale verschillen in het sociaal domein: voorzieningengebruik nader verklaard* (2017). Ingrid Ooms, Klarita Sadiraj en Evert Pommer. ISBN 978 90 377 0852 3 (pdf)
- 2017-25 *De sociale staat van Nederland 2017* (2017). Rob Bijl, Jeroen Boelhouwer, Annemarie Wennekers (red.). ISBN 978 90 377 0847 9
- 2017-26 *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2016* (2017). Lisa Putman, Debbie Verbeek-Oudijk en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0850 9 (pdf)
- 2017-27 *Voor elkaar?* (2017). Mirjam de Klerk, Alice de Boer, Inger Plaisier, Peggy Schyns. ISBN 978 90 377 0849 3

Digitale publicaties 2017

- Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2015* (onepager). Debbie Verbeek-Oudijk, Lisa Putman en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0824 0, publicatiedatum 23-1-2017
- Eerste treden op de arbeidsmarkt* (digitaal magazine). Ans Merens, Freek Bucx, m.m.v. Christoph Meng (ROA). ISBN 978 90 377 0823 3, publicatiedatum 31-1-2017
- Arbeidsmarkt in kaart. Werkgevers 2017* (card stack). Patricia van Echtelt en Marian de Voogd-Hamelink. ISBN 978 90 377 0840 0, publicatiedatum 24-10-2017
- Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2016* (onepager). Debbie Verbeek-Oudijk, Lisa Putman en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0851 6, publicatiedatum 17-11-2017
- De sociale staat van Nederland 2017* (infographic). Rob Bijl, Jeroen Boelhouwer, Annemarie Wennekers (red.). ISBN 978 90 377 0853 0, publicatiedatum 12-12-2017
- Een week in kaart – editie 1* (card stack). Anne Roeters. ISBN 978 90 377 0857 8, publicatiedatum 21-12-2017

Overige publicaties 2017

Burgerperspectieven 2017 | 1 (2017). Paul Dekker, Josje den Ridder en Pepijn van Houwelingen.

ISBN 978 90 377 0827 1

Burgerperspectieven 2017 | 2 (2017). Josje den Ridder, Iris Andriessen en Paul Dekker.

ISBN 978 90 377 0834 9

Oud worden in Nederland (2017). Redactie: Lotte Vermeij (scp) en Radboud Engbersen (platform31). ISBN 978 90 377 0835 6

Burgerperspectieven 2017 | 3 (2017). Josje den Ridder, Paul Dekker en Pepijn van Houwelingen.

ISBN 978 90 377 0841 7

Burgerperspectieven 2017 | 4 (2017). Paul Dekker en Pepijn van Houwelingen.

ISBN 978 90 377 0854 7

Werkprogramma

Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt jaarlijks zijn Werkprogramma vast. De tekst van het lopende programma is te vinden op de website van het scp: www.scp.nl.