

WHO CARES?!

OVER MEEDOEN IN EEN SAMENLEVING MET BEPERKINGEN

Openbare les
16 oktober 2024

Dr. Els Overkamp

Kenniscentrum Sociale Innovatie
Lectoraat Participatie,
Zorg en Ondersteuning



WHO CARES?!

OVER MEEDOEN IN EEN SAMENLEVING MET BEPERKINGEN

Openbare les

16 oktober 2024

Dr. Els Overkamp

Kenniscentrum Sociale Innovatie

Lectoraat Participatie,
Zorg en Ondersteuning

INHOUD

1. Inleiding	7
2. Wat is een goed leven?	15
3. Kwetsbare mensen in kwetsbare posities	21
4. De belofte van de zorgzame samenleving	27
5. Een integrale aanpak vanuit vier perspectieven bekeken	41
6. Het venster van de burger en de leefomgeving	47
7. Het venster van de professional	57
8. Het venster van de organisatie	65
9. Venster beleid en bestuur	71
10. De programmalijnen van het lectoraat	79
Dankwoord	87
Biografie	89
Literatuur	91
Colofon	106

“

Het sociaal domein
is niet meer het
'voorveld' maar het
'hoofdveld', stelde een
ambtenaar van VWS
onlangs.

1 INLEIDING

Het is dertig jaar geleden dat ik als net afgestudeerd bestuurskundige een zomerse midweek op Hendrik van Boeijen-Oord in Assen verbleef. Ik had voor drie maanden een contract bij Universiteit Twente om een onderzoeksvorstel te schrijven om het deconcentratiebeleid van Algemene Zwakzinnigen Inrichtingen (AZI's) te evalueren. De AZI's mochten sinds halverwege de jaren 1990 alleen nog kleinschalige voorzieningen bouwen in woonwijken in plaats van woonvoorzieningen op de instellingsterreinen. De toenmalige instellingen Hendrik van Boeijen-Oord, De LosserHof en St. Anna wilden graag onderzoek laten doen naar de effecten van dit deconcentratiebeleid. De nieuwe voorzieningen waren hard nodig. Zo sliep een aantal bewoners op de Losserhof nog in chambrettes (voor wie dat woord nog kent). Maar dat deze vernieuwing bij voorbaat in de wijk moest worden gerealiseerd, was voor de instellingen geen uitgemaakte zaak. Omdat ik niet bekend was met de gehandicaptensector, leek het deze directeuren goed als ik eens een weekje kwam logeren op een instelling. In die week zou ik kennis maken met allerlei bewoners; variërend van ernstig tot licht verstandelijk beperkt. Ik sliep in een kale kamer waar familie van bewoners in tijden van nood een enkele nacht verbleven: een bed, een stoel, een lamp en op de verlaten gang een badkamer. Geen radio, televisie of telefoon wat in de oren van mijn kinderen onvoorstelbaar moet zijn geweest. Overdag liep ik mee op de verschillende paviljoens en 's avonds doolde ik wat rond over het terrein. Waar het terrein overdag een en al bedrijvigheid was – groepjes bewoners die rondliepen, karretjes van de facilitaire dienst met wasgoed of eten – was het 's avonds uitgestorven. Er waren genoeg bankjes om wat te zitten lezen of te bedenken hoe ik de lege uren tot het slapengaan zou vullen.

Op een van die avonden kwam er een vrouw naast me zitten. Ze had een beetje rossig haar, sporen van acne op de wangen en was niet veel

ouder dan ik zelf. Ze vroeg plompverloren hoe ik heette. En wat ik hier deed. Er ontstond een gesprekje waarin ze vertelde dat ze Maartje heette en al lang op Hendrik van Boeijen woonde. Terwijl ze sprak, bewoog ze onrustig heen en weer. Toen nodigde ze mij uit om mee te gaan naar haar huis. Ik aarzelde. Om onverwacht als buitenstaander een groepswooning binnen te gaan, leek me ongepast. Tegelijkertijd was ik al genoeg aangestoken door het vuur van normalisatie en integratie dat iemand uitnodigen in je eigen huis toch vanzelfsprekend moest zijn, ook als je een verstandelijke beperking had en in een groepswooning woonde? En was dit niet mijn kans om het echte leven op een instellingsterrein te ervaren in plaats van mijn geregisseerde bezoeken aan de verschillende afdelingen? Samen liep ik met Maartje in de avondzon naar haar woning, terwijl ze mij ondertussen uitlegde wat en wie we allemaal passeerden op haar Oord. "Dit is de kerk. Hier is de winkel. Daar woont Peter". Eenmaal bij haar woning aangekomen, stond de voordeur wagenwijd open. En bij binnenkomst in de keuken stapten we middenin een ravage van planten, potaarde en bloempotscherven, verspreid over de vloer van marmoleum. Hier was iets of iemand als razende tekeer gegaan. Al snel kwam er een oudere dame op ons af – een groepsleidster blijkbaar – die wat verwilderd van mij naar Maartje keek, duidelijk niet voorbereid op mijn komst. En voordat zij iets kon vragen of ikzelf kon verklaren waarom ik daar was, nam Maartje luid het woord en zei tegen mij: "En nu moet jij eens tegen haar zeggen dat ze niet zo gemeen tegen mij moet doen". Totaal overdonderd door deze move van Maartje stamelde ik wat excuses richting de oudere dame voor mijn aanwezigheid. Dat Maartje mij had uitgenodigd maar dat dit geen goed moment leek. Ik zei dag tegen Maartje en maakte mij snel uit de voeten.

Dit voorval heeft indruk op mij gemaakt als jonge onderzoeker in de gehandicaptenzorg. Ik was natuurlijk niets gewend. Maar die hele situatie maakte mij meer duidelijk dan de boeken die ik las. Allereerst het vernuft van Maartje om mij in te zetten als pion in haar strijd met de groepsleiding. En naïef als ik was dat ik dat niet door had.

Ook maakte dit voorval mij duidelijk hoe geïsoleerd het leven toen op het instellingsterrein was. De wereld bestond uit bewoners en groepsleiding zoals Goffman dat ooit omschreef in zijn boek over totale instituties (1961). Ook op het Oord hadden bewoners maar beperkt contact met mensen buiten deze wereld (Overkamp, 2000). Eigenlijk alleen met hun familie die op gezette tijden op bezoek kwam en beperkt betrokken was bij de dagelijkse gang van zaken. Ik was een toevallige passant die prompt werd ingezet als buffer in een strijd tussen bewoner en groepsleiding. Een rol waarvan ik mijzelf snel onttrok, laf en onzeker als ik was in deze situatie.

Maar het meest trof mij de afhankelijkheid van Maartje van de groepsleiding en misschien ook de uitdagingen waar deze begeleiders voor stonden. De context waarin zij Maartje moesten begeleiden, zouden gedragsproblemen eerder versterken, stelde bijzonder hoogleraar Gijs van Gemert dat toentertijd naar aanleiding van de affaire Jolanda Venema op hetzelfde Hendrik van Boeijen-Oord. Gedragsproblemen waren volgens hem te typeren als 'verstoorde omgang' en het gevolg van de beheersmatige, verstarde zorgcultuur in een inrichting. Van Gemert ging uit van een relationele benadering waarin mensen voor vol werden aangezien en werden aangesproken op hun eigen verantwoordelijkheden ([Canon Geestelijke Gezondheidszorg Nederland](#)). Dat zij mens onder de mensen konden zijn en relaties konden opbouwen met de eigen omgeving; een zo normaal mogelijk leven dat binnen de muren van de toenmalige instellingen moeilijk was te realiseren, zoals ook Van Gennep (1988) stelde.

Hier begint ook het verhaal van ons lectoraat Participatie, Zorg en Ondersteuning (PZO) dat zich al meer dan twintig jaar bezighoudt met de wijze waarop met name door professionals de kwaliteit van leven van mensen in kwetsbare posities kan worden bevorderd. Dan heb ik het specifiek over volwassenen, van jong tot oud, die te maken hebben met een bepaalde cognitieve problematiek (licht verstandelijke beperking, niet-aangeboren hersenletsel en beginnende

dementie) of met psychische kwetsbaarheid. En die in relatie hiermee ondersteuningsbehoeften hebben voor een goede kwaliteit van leven. Die over het algemeen zelfstandig wonen maar op onderdelen ondersteuning nodig hebben om hun leven op de rit te houden (of te krijgen), met behulp van de mensen uit hun netwerk, professionals of voorzieningen in de leefomgeving die voor iedereen toegankelijk zijn.

Een goed voorbeeld daarvan is de methodiek Steunend Relationeel Handelen (SRH): mensen met psychische kwetsbaarheid worden ondersteund bij de door hen gewenste kwaliteit van leven waarbij participatie (meedoen) en inclusie (volwaardig meetellen) belangrijke grootheden zijn. Dat vraagt een gezamenlijke inspanning: van mensen zelf en de ervaringskennis die zij inbrengen, van het netwerk, van professionals en van de samenleving. Zodat iemand wordt gestimuleerd en voldoende mogelijkheden heeft om mee te doen, in de buurt, op het gebied van werk, opleiding en vrijetijdsbesteding. Om talenten te verkennen en deze te kunnen inzetten. Dit ideaal red je niet met enkel de ondersteuning van het individu door een professional. De focus van het lectoraat is in de afgelopen jaren dan ook steeds meer verschoven naar het informele netwerk van mensen in kwetsbare posities en de toegankelijkheid van de samenleving om daadwerkelijk te kunnen participeren. De kunst van het samenwerken tussen verschillende stakeholders is daarvoor cruciaal en daarvoor hebben we als lectoraat ook steeds meer aandacht. Maar dan niet vanuit een neoliberale gedachte dat het betrekken van het netwerk en de samenleving kosten zou besparen, maar vanuit het uitgangspunt dat mensen in kwetsbare posities net zoveel recht hebben als ieder ander om mens te zijn onder de mensen. Dat ze het recht hebben op wonen, werk en onderwijs en het recht te kunnen deelnemen aan besluitvorming die hen zelf aangaat. Zoals dit ook is vastgelegd in het VN-verdrag Handicap inzake de rechten voor mensen met een beperking dat door Nederland is geratificeerd. Inmiddels is trouwens duidelijk dat Nederland deze rechten met voeten treedt, volgens de VN.

Ik noem dit alles zo expliciet omdat de inzet van het netwerk en samenleving bij zorg- en ondersteuningsvragen in het overheidsbeleid ook een andere connotatie heeft gekregen. Ondersteuning dicht en vroegtijdig bij burgers organiseren, met behulp van netwerk en samenleving zou niet alleen beter maar ook goedkoper zijn door minder inzet van professionals. Zo kregen de gemeenten bij de decentralisaties van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Participatiewet en Jeugdwet in 2015 (en eerder al met de Wmo in 2007) taken erbij, maar wel met een fikse korting van het bijbehorende budget. Inmiddels weten we dat het nog niet heeft geleid tot minder professionele inzet. Zo heeft een op de zes kinderen jeugdhulp nodig waar het rond de eeuwwisseling nog een op de twintig kinderen betrof.

Inmiddels zijn we alweer een paar stappen verder als het gaat om de beweging van zorg en ondersteuning naar netwerk en samenleving. Wie een beetje op de hoogte is van de recente plannen in Nederland als het Integraal Zorgakkoord (IZA), Gezond en Actief Leven-akkoord (GALA) en Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO)¹ weet dat de toekomst van zorg en ondersteuning nóg meer in de samenleving ligt. Er zijn onvoldoende mensen en middelen beschikbaar om de toenemende vraag naar zorg en ondersteuning op te vangen (WRR, 2021; SER, 2020). De oplossing wordt gezocht in het versterken van de sociale basis zodat mensen meer naar elkaar omzien, en in innovatieve vormen van samenwerking tussen formele en informele zorg maar ook tussen zorg en welzijn. Het gaat hier om een versterking van de beweging die al in 2007 is ingezet om ondersteuningsvragen

¹ Het Integraal Zorgakkoord (IZA) richt zich in hoofdzaak op de houdbaarheid van het Zorgstelsel (vng.nl). Het GALA (Gezond en Actief Leven-akkoord) betreft een gerichte, integrale aanpak op het gebied van preventie, gezondheid en sociale basis, waarin een gezonde samenleving centraal staat. Vanuit het IZA wordt deze gerichte aanpak gezien als voorwaarde voor de beweging naar de voorkant waar gemeenten een belangrijke rol in spelen, onder meer door het versterken van de sociale basis en het aanpakken van gezondheidsachterstanden. Gemeenten kunnen voor hun eigen inzet op de doelen in het GALA een beroep doen op rijksfinanciering vanuit de brede specifieke uitkering (SPUK). Het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) omvat verschillende maatregelen, initiatieven en projecten gericht op het anders organiseren van de ouderenzorg, met als uitgangspunt 'zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan'.

zoveel mogelijk tussen mensen zelf en met laagdrempelige vormen van ondersteuning op te lossen. En pas opschalen naar specialistische hulp als het echt nodig is. Verschil is nu dat ook zorgorganisaties de sociale basis hebben ontdekt als oplossing voor het tekort aan menskracht en middelen. Het wordt dringen in de sociale basis (zie ook Peeters, 2024).

Maar zoals Johan Cruijff al zei: elk nadeel heb z'n voordeel. Na 'de markt van welzijn en geluk' waar Hans Achterhuis als werkhypothese had dat sociaal werkers per definitie nooit het goede kunnen doen (Duyvendak 2009) en Sjakie in de film *Flodder* de welzijnswerker tot een naïeve, niets voor elkaar krijgende geitenwollen sok verhief, mag het sociaal domein zich weer verheugen in een positieve belangstelling. Het sociaal domein is niet meer het 'voorveld' maar het 'hoofdveld', zoals een ambtenaar van VWS dat onlangs zelfs opgetogen verwoordde. In de gemeenschap moet het gebeuren: meer aandacht voor het sociale weefsel opdat mensen langer gezond blijven en elkaar opvangen. De opbouwwerker of community developer wordt weer op waarde geschat. Tegelijkertijd worden gemeenten wederom met flinke bezuinigingen geconfronteerd, die ongetwijfeld hun weerslag zullen hebben op dit nieuwe hoofdveld dat nu al niet uitblinkt in financiële slagkracht. Waar jaarlijks meer dan 100 miljard wordt besteed aan medisch-specialistische zorg en geneesmiddelen, ontvangt sociaal werk en maatschappelijke opvang slechts 3 miljard (Movisie, 2024). Is de belangstelling voor het sociaal domein de overheid ernst of slechts een doekje voor het vele bloeden wat op ons afkomt?

De instellingen zoals ik deze halverwege de jaren 1990 aantrof, zijn niet meer. De chambrettes op de Losserhof zijn al lang verdwenen; sterker nog, het is nu een groene wijk in de gemeente Losser waar het aan de woningen niet is af te zien dat je op een instellingsterrein bent. Het aantal mensen met cognitieve en psychische aandoeningen dat zelfstandig woont, is de afgelopen jaren flink toegenomen, met wisselend succes als het om hun kwaliteit van leven gaat. Zeker nu zorg en ondersteuning steeds meer over verschillende soorten stakeholders

in de samenleving worden verdeeld, is het des te belangrijker dat we schouder aan schouder staan en mensen niet tussen wal en schip belanden. Opdat 'Who cares' uit de titel van deze publicatie niet de onverschillige betekenis krijgt, maar een antwoord oplevert op de vraag wat nodig is voor een stevig weefsel van mensen en voorzieningen, zodat ook mensen in kwetsbare posities meedoen, meetellen en niet door de mazen van het net glippen. In deze publicatie doe ik daar een poging toe, in de wetenschap dat dit nooit uitputtend zal zijn gezien de complexiteit van het vraagstuk.

De opbouw van deze publicatie ontvouwt zich aan de hand van de volgende thema's. In hoofdstuk 2 licht ik toe wat wij als lectoraat onder een goed leven verstaan en in hoofdstuk 3 waarom mensen met cognitieve en psychische aandoeningen meer kans hebben dat hun kwaliteit van leven onder druk komt te staan. In hoofdstuk 4 duik ik in de geschiedenis van community care tot het moment waar we nu staan. Wat kunnen we leren van eerdere pogingen om het informele netwerk en de samenleving te verbinden aan zorg en ondersteuning? Aan de hand van het viervenstermodel (Binkhorst e.a., 2019; Wilken e.a., 2021) zoals dat binnen het lectoraat PZO is ontwikkeld (hoofdstuk 5), benoem ik vervolgens vanuit vier verschillende perspectieven wat aandachtspunten zijn (hoofdstuk 6 tot en met hoofdstuk 9). Bij de keuze van deze aandachtspunten heb ik mij mede laten leiden door de relevante kennis en inzichten die we als lectoraat in de afgelopen twintig jaar hebben opgedaan. In hoofdstuk 10 eindig ik met de bijdrage die wij als lectoraat PZO de komende jaren willen leveren aan de kwaliteit van leven van mensen in kwetsbare posities.

Els Overkamp

“

De kansen op een goede kwaliteit van leven zijn niet gelijk verdeeld in de samenleving.

2 WAT IS EEN GOED LEVEN?

Protagoras formuleerde in de vijfde eeuw voor onze jaartelling de zogenoemde homo mensura-stelling: *'Van alle dingen is de mens de maat'*. Er bestaat geen 'goddelijke' of 'koninklijke' positie van waaruit de waarheid evident en objectief kan worden vastgesteld. Er zijn slechts een heleboel 'mensen' met allemaal een eigen blik op de werkelijkheid en een eigen smaak, zeker vandaag de dag ('wetenschap is tenslotte ook maar een mening'). Ook concepten over wat een goed leven is, zijn weerspiegelingen van hoe we in de samenleving kijken naar gezond of juist gebrekkig zijn. De wijze waarop zorg en ondersteuning vervolgens worden ingericht en waar dat plaatsvindt, is nooit vrij van opvattingen over wat goede zorg is of welk doel nastrevenswaardig is (Bredewold & Van der Weelde, 2024). Zeker als het gaat om mensen die kampen met cognitieve en verstandelijke beperkingen, zit daar een normatieve component in. Wat is goed voor iemand die beperkt inzicht heeft in de mogelijke gevolgen van eigen gedrag? De visies op wat goede zorg en goed leven voor mensen in kwetsbare posities is, zijn in de loop der tijd heel verschillend geweest.

Zo werd in het prachtige proefschrift van Inge Mans *Zin der zothed* (1998) beschreven hoe de zot in de Middeleeuwen werd gezien als representant van een andere, bovennatuurlijke wereld: een heilige, een nar of een duivelskind. Met hun buitengewone capaciteiten stonden deze zotten middenin het gewone leven. Met de opkomst van de Verlichting in de 17e eeuw komt de nadruk op het verstand en de rede te liggen. Zothed wordt vanaf dat moment gezien als een afwezigheid van iets; op een gebrek aan verstand. Het beeld dat mensen zich door hun verstand laten leiden degradeert hen die dat (tijdelijk) minder kunnen, tot minderwaardigen. Tot op de dag van vandaag volgen de visies elkaar op hoe we ons als samenleving verhouden tot mensen die zich vanwege cognitieve of psychische beperkingen anders gedragen

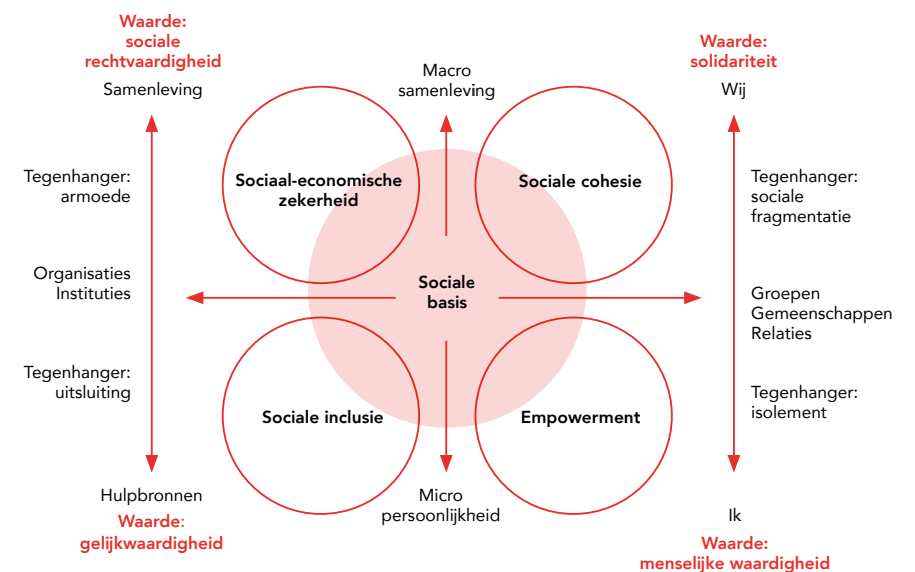
dan wat als gangbaar wordt beschouwd (zie ook Tonkens, 1999; Overkamp, 2000; Beltman, 2001; Bredewold & van Weelde, 2024). Variërend van: zijn mensen met een beperking leerbaar (pedagogisch model), heelbaar (medisch model) tot laat ik het 'leefbaar' noemen: de hedendaagse visie dat mens onder de mensen te kunnen zijn, in contact met anderen in een gastvrije samenleving van belang is voor een goed leven. Ik heb het dan over sociale inclusie (Simplican e.a., 2015).

Kwaliteit van leven

Sociale inclusie raakt ook aan de herstelbenadering zoals deze in de GGZ veelvuldig wordt gehanteerd. Participatie (meedoen) en inclusie (volwaardig meetellen) zijn in deze benadering belangrijke grootheden (Wilken, 2024). Kwaliteit van leven omvat volgens Wilken & Den Hollander (2019) persoonlijke en levensdomeinen die voor ieder mens van belang zijn. Persoonlijke domeinen zijn: zorg voor jezelf en voor anderen, welzijn en gezondheid, veiligheid en sociale relaties. Levensdomeinen zijn: wonen, werken, leren en vrijetijdsbesteding. Het kunnen participeren in sociale relaties, op de arbeidsmarkt, in het onderwijs of op de sportclub naar keuze, is dan van wezenlijk belang voor welzijn en persoonlijke ontwikkeling. Kunnen meedoen staat echter niet automatisch gelijk aan volwaardig meetellen (inclusie). Bij sociale inclusie ligt de nadruk op vanzelfsprekende deelname, waarbij een persoon door de samenleving volledig wordt herkend en erkend voor wie hij of zij is (Knevel & Wilken, 2016). Een sociaal inclusieve samenleving richt zich dan ook op het voorkomen van marginalisering en het creëren van mogelijkheden, zodat mensen kunnen meedoen op een wijze die recht doet aan zowel hun kracht als kwetsbaarheid, en die bijdraagt aan hun kwaliteit van leven (Wilken e.a., 2023). De kwaliteit van leven van een individu staat niet los van de mogelijkheden die de samenleving biedt. Maar omgekeerd is het individu weer van invloed op de wereld op hem of haar heen en de mensen die daarin leven. Een goed verstaander zal weten dat ik het dan heb over sociale kwaliteit waarvoor sociale inclusie een belangrijke voorwaarde is (Beck e.a., 2001; Verharen, 2017).

Sociale kwaliteit

'Sociale Kwaliteit gaat over de kwaliteit van het leven van individuele mensen in wisselwerking met de kwaliteit van hun sociale omgeving', aldus Lisbeth Verharen in haar lectorale rede (2017). Sociale kwaliteit maakt dat mensen hun potentieel kunnen benutten, zichzelf kunnen ontplooiën en zodoende hun bijdrage kunnen leveren aan het collectief: het sociaal netwerk, de buurt, het dorp, de samenleving. Het kunnen participeren in sociale relaties heeft daarin een cruciale rol. Het gaat om participeren in allerlei type relaties (formeel en informeel), in allerlei sferen (sociaal, economisch en/of cultureel) en op alle niveaus: in het persoonlijk netwerk, in groepen, gemeenschappen, organisaties en de samenleving. Het model (kwadrant) van Sociale Kwaliteit biedt zicht op factoren op alle niveaus (micro, meso en macro) die daarin belemmerend of juist bevorderend kunnen zijn.



Figuur 1: Kwadrant Sociale Kwaliteit, gebaseerd op het model van JSO, zie <https://jso.nl/nieuws/sociale-kwaliteit/>.

De basis van de theorie over sociale kwaliteit rust op de continue spanning tussen twee contrasten. In het Kwadrant Sociale Kwaliteit is dat verticaal het contrast tussen micro (individueel) en macro (samenleving). Mensen ontwikkelen hun identiteit als individu, maar dragen ook bij aan de identiteit van gemeenschappen waar zij deel van uitmaken. Op de horizontale as zien we het contrast tussen organisaties en instituties (systeemwereld) versus groepen, gemeenschappen en relaties (leefwereld). Mensen bewegen zich in allerlei formele en informele verbanden waar zij een verbinding mee hebben (zie ook Kolner, 2024).

Het niveau van sociale kwaliteit dat door burgers wordt ervaren, hangt af van de mate waarin aan vier voorwaarden is voldaan (Beck 2001; Verharen, 2017):

- Sociaal-economische zekerheid, gericht op de waarde sociale zekerheid, verwijst naar het borgen van de basisbehoeften van de mens via mensenrechten, wetgeving en voorzieningen.
- Sociale inclusie, gericht op de waarde gelijkwaardigheid, verwijst naar het tegengaan van mechanismen van uitsluiting, anderzijds stimulering van ontmoeting en toegankelijkheid van groepen, gemeenschappen en systemen.
- Sociale cohesie, gericht op de waarde solidariteit, gaat over samenhang op basis van gedeelde normen en waarden, (h)erkenning en respect en wederkerigheid.
- Empowerment, gericht op menselijke waardigheid, betreft de mogelijkheden tot zelfbeschikking (eigen keuzes kunnen maken) en persoonlijke ontwikkeling, ondersteund en versterkt door relaties en structuren.

Het kwadrant van Sociale Kwaliteit expliciteert wat nodig is voor een 'waardig leven' en een 'waardige samenleving'. In de wisselwerking tussen individu, omgeving en samenleving ontstaat de individuele kwaliteit van leven. Het kwadrant biedt daarvoor een analysekader met als het ware vier belangrijke knoppen waaraan je kunt draaien om de sociale kwaliteit te verbeteren. Het is geen causaal verklaringsmodel

voor individueel gedrag (Kolner, 2024). Maar waar liggen belemmeringen in de samenleving of in jouw persoonlijke situatie om te kunnen meedoen en jezelf te ontwikkelen? Of waar liggen juist kansen om je potentieel nog meer te verbeteren?

Het zal duidelijk zijn dat de kansen op een goede kwaliteit van leven niet gelijk zijn verdeeld in de samenleving. Zeker wanneer mensen in kwetsbare posities verkeren. Maar wanneer spreken we dan van mensen in kwetsbare posities en hoe werkt deze positie door in hun individuele kwaliteit van leven?

“

Het aantal kwetsbare burgers in onze samenleving zal de komende jaren stijgen.

3 KWETSBARE MENSEN IN KWETSBARE POSITIES

Het inzoomen op kwetsbaarheid voelt wat tegennatuurlijk in een tijd waarin we juist vanuit krachten en mogelijkheden naar vraagstukken willen kijken. Maar als kwaliteit van leven van mensen in kwetsbare posities centraal staat, vraagt dit toch nadere toelichting. Wat verstaan we onder kwetsbare mensen en kwetsbare posities en hoe vertaalt zich dat naar het dagelijkse leven?

Kwetsbaarheid

Wat mensen kwetsbaar maakt, is wanneer zij te maken hebben met een opeenstapeling van lichamelijke, cognitieve of sociale problemen die een negatieve invloed hebben op hun functioneren. Denk bijvoorbeeld aan eenzaamheid, niet zelfstandig een huishouden kunnen voeren of beperkte mobiliteit. Het gebrek aan hulpbronnen of reserves om deze problemen het hoofd te kunnen bieden, brengt kwetsbare mensen in een kwetsbare positie (De Klerk e.a., 2023; Alderliesten e.a., 2022). Bij hulpbronnen kun je denken aan een steunend netwerk, een passende baan of voldoende inkomen om activiteiten te kunnen ondernemen. Het gaat hier om de interactie tussen persoonlijke kenmerken en de sociale kwaliteit van de samenleving die de mate van kwetsbaarheid uiteindelijk bepaalt. Onder kwetsbare groepen vallen mensen met een laag inkomen, schulden, huisvestingsproblematiek, arbeidsbeperkingen, en lichamelijke, psychische of verstandelijke beperkingen (De Klerk e.a., 2023).

Kwetsbaarheid raakt aan verminderde bestaanszekerheid. Die heeft in essentie te maken met inkomensstekort maar gaat vaak ook gepaard met een gebrek aan andere hulpbronnen. Mensen met weinig bestaanszekerheid missen vaak een netwerk dat steunend is. Ook

hebben ze vaker last van fysieke en psychische klachten, hebben minder gezondheidsvaardigheden en een ongezondere leefstijl (Alderliesten e.a., 2022). Het is deze complexiteit van factoren die maakt dat voldoende financiële middelen hebben vaak niet genoeg is om iemands kwaliteit van leven een stap verder te brengen.

Het gebrek aan hulpbronnen om problemen het hoofd te bieden, sijpelt door in tal van aspecten die relevant zijn voor de individuele kwaliteit van leven. Mensen met weinig hulpbronnen zijn meer aangewezen op hun buurt dan mensen met veel hulpbronnen die hun contacten ook via werk of vrijetijdsbesteding opdoen (Volker e.a., 2014). Men woont vaker in wijken waar de leefbaarheid minder gunstig is, waardoor ze minder samenhang in de buurt ervaren dan mensen met voldoende hulpbronnen (Leidelmeijer e.a., 2022). Ook is sprake van een concentratie van mensen met een opeenstapeling van problemen die niet altijd in beeld zijn, en waarvoor goede zorg en ondersteuning ontbreekt (Molenaar & Aben, 2020). Terwijl deze groep juist meer zorg en ondersteuning nodig heeft, onder meer omdat zij vaak een kleiner sociaal netwerk hebben waarop een beroep kan worden gedaan (De Klerk e.a., 2023).

Ontwikkeling van kwetsbaarheid

Het aantal kwetsbare burgers in onze samenleving zal de komende jaren stijgen. Ten eerste door de toename van het aantal ouderen die langer blijven leven (dubbele vergrijzing). Ziektes waar je vroeger aan overleed, zijn overgegaan in chronische aandoeningen. Ook groeit het aantal mensen met meer dan één aandoening waardoor de complexiteit van de ondersteuningsvragen toeneemt. Met de toename van het aantal ouderen verdubbelt het aantal mensen met dementie tot 520.000 in 2040 (Alzheimer Nederland, z.d.). Tevens loopt naar verwachting het aantal mensen met niet aangeboren hersenletsel (NAH) op, omdat ouderen daarvoor het meest kwetsbaar zijn (ZorgvoorBeter, z.d.). Ouderen wonen vaker zelfstandig en vaker alleen, ook als ze (beginnende) dementie hebben (Francke e.a., 2018). Het verlies aan

zelfregie en daarmee de zelfstandigheid maakt deze ouderen extra kwetsbaar. Het zal duidelijk zijn dat de ouderen die over een steunend netwerk beschikken en voldoende financiële middelen hebben om zorg en ondersteuning in te kopen, minder kwetsbaar zijn dan ouderen die niet over deze hulpbronnen beschikken.

Ten tweede neemt het percentage mensen met psychische aandoeningen toe. Had in 2009 17% van de volwassenen een of meerdere psychische aandoeningen, in 2020 was dit toegenomen tot een kwart van de volwassenen (3,3 miljoen Nederlanders). Er is sprake van een grotere toestroom naar de GGZ, en dan met name de lichtere vormen van ondersteuning (Boumans e.a., 2023; Nemesis 3, 2022). Vooral onder jongvolwassenen nemen psychische klachten toe. Complexiteit van de samenleving met meer prestatiedruk en verminderde bestaanszekerheid zijn hier mede debet aan. Mensen die langdurig met psychische aandoeningen kampen, zijn minder actief op de arbeidsmarkt, wonen vaker alleen en zijn minder tevreden met hun leven dan de algemene bevolking (Hulsbosch e.a., 2023). In vergelijking tot de algemene bevolking ervaren mensen met psychische aandoeningen relatief veel eenzaamheid: 80% van de leden van het panel 'Psychisch gezien' voelt zich in enige mate eenzaam. Voor bijna de helft van hen geldt dat zij zich ernstig eenzaam voelen.

Ten derde doen steeds meer mensen met een licht verstandelijke beperking een beroep op ondersteuning. Hoe groot deze groep is, is moeilijk vast te stellen omdat dit niet wordt geregistreerd. Schattingen lopen uiteen van 1,1 tot 1,5 miljoen. Hoewel de groep zelf niet lijkt te groeien, wordt de vraag naar begeleiding groter vanwege de complexiteit van de samenleving waar veel zelfredzaamheid van de burger wordt gevraagd (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, z.d.; Eggink e.a., 2020). Met dagelijkse uitdagingen als het contact met instanties die hun dienstverlening digitaliseren, het invullen van formulieren en het reizen met het openbaar vervoer. Daarnaast beperkt de afname van eenvoudig werk hun kansen op de arbeidsmarkt

(Woittiez e.a., 2014). Mensen met een verstandelijke beperking leiden een geïsoleerd leven als het om sociale contacten gaat. Ze hebben vooral contact met familieleden en veel minder met vrienden of buurtgenoten (Egginke.a., 2020). Daardoor hebben ze minder mensen die hen zouden kunnen helpen en beschikken ze ook over minder geld om de nodige hulp in te kopen.

Kwetsbaarheid verder onder druk

Voor mensen in kwetsbare posities zijn professionals vaak een belangrijke hulpbron, omdat hun steunend netwerk vaak beperkt is. Naast een belangrijk sociaal contact bieden zij steun om het evenwicht tussen draaglast en draagkracht te bewaken. De schaarste aan menskracht en middelen die ook de houdbaarheid van de huidige zorg en ondersteuning van mensen met cognitieve en psychische aandoeningen onder druk zet, is dan ook extra alarmerend. Een beweging die overigens nu al gaande is met veel openstaande vacatures, groot verloop onder medewerkers en het inzetten van ongeschoold personeel als laatste redmiddel (Jansen e.a., 2021; Middelweerd, 2021). Bij gebrek aan een steunend netwerk en minder professionele inzet dreigt een toename van eenzaamheid, schulden en overlast (Regiegroep Thuis in je wijk, 2023).

De ontwikkeling van een zorgzame samenleving als antwoord op de schaarste aan menskracht en middelen voor mensen in kwetsbare posities, is voor hen van groot belang maar brengt ook grote uitdagingen met zich mee. De beschikbaarheid van steunende netwerken en de toegankelijkheid van voorzieningen en samenleving zijn daarvoor cruciaal. Het is echter niet voor het eerst dat er pogingen worden gedaan om de ondersteuning voor mensen met cognitieve en psychische aandoeningen meer onder te brengen in de samenleving. Met wisselend succes, zoals ik dit in het volgende hoofdstuk zal toelichten.

“

De vermaatschap-
pelijking van de zorg
is niet van de grond
gekomen.

4 DE BELOFTE VAN DE ZORGZAME SAMENLEVING

Zorgen voor en door de gemeenschap is al zo oud als de mensheid en de levende wezens die hen zijn voorgegaan. De mens is een sociaal dier om de doodeenvoudige reden dat hij of zij het anders niet redt. Als het gaat om betekenisgeving – niemand leeft bij brood alleen – maar ook in praktische zin. Zo zijn kinderen lang afhankelijk van hun ouders, die in de tijd van jagers-verzamelaars maar ook in onze huidige tweeverdienerseconomie afhankelijk zijn van hun netwerk om hun kinderen gezond en wel te laten opgroeien. ‘It takes a village to raise a child’. Sinds ruim een jaar woon ik weer in het oosten van het land: de regio van het ‘noaberschap’ dat zeker in het westen als lichtend voorbeeld wordt gezien voor een zorgzame samenleving. Ook mijn grootouders die diep in de Achterhoek een pachtboerderij bestierden, deden volop aan noaberschap. Mijn oma kreeg als goed katholiek elf kinderen en was daardoor jarenlang zwanger of zogend. Ze voedde echter niet alleen haar eigen pasgeborenen, maar soms ook een kind uit de buurt wanneer een moeder geen borstvoeding had. En ongetwijfeld schoten de burens weer mijn grootouders te hulp als zij onthand waren. In deze boerengemeenschap keken mensen zeker naar elkaar om. Maar misschien ook goed om te weten dat mijn beide grootouders voor hun zestigste levensjaar dood waren. Het leven was hard en zorg- en welzijnsvoorzieningen waren beperkt. Ook was het maar de vraag of zij als katholieken omkeken naar burens van protestantse huize. Er was geen sprake van polarisatie maar toch zeker van verzuiling. Ook het noaberschap kent zijn grenzen. Het noaberschap raakt aan een nostalgische snaar waar zeker de overheid al een lange tijd naar terugverlangt. Naar een zorgzame samenleving waar mensen naar elkaar omkijken en iedereen mee kan doen, ook wanneer je zorg en ondersteuning nodig hebt om zelfstandig te kunnen wonen. En laat

ik helder zijn: dat is ook iets om naar te streven, voor zover het ook al niet onder ons is. De hamvraag is wel met welk motief we naar zorgzame gemeenschappen streven, en of de wijze waarop we dit doen ook daadwerkelijk kansen biedt voor de mensen in kwetsbare posities waar het hier om gaat.

In dit hoofdstuk werk ik de zorgzame samenleving uit aan de hand van het begrip community care. Ik blik terug op wat we kunnen leren van pogingen in het verleden en elders in Europa om zorg en ondersteuning in de samenleving onder te brengen. Vervolgens ga ik in op de sociale basis als een belangrijk onderdeel van de zorgzame samenleving.

De wederopstanding van community care

Wanneer je al een tijdje meeloopt in het werkveld zorg en welzijn, zie je termen van vroeger opeens weer opduiken als nieuwe oplossing voor de vraagstukken waar we vandaag voor staan. Dan heb ik het in dit geval over 'community care', dat in de vorm van zorgzame buurten als oplossing wordt gezien voor de dubbele vergrijzing en de krapte op de arbeidsmarkt (Canoy e.a, 2023). Community care duikt ook op als term in het regioplan Midden Nederland (2023), dat zich als een uiterst ambitieus en complex plan laat lezen. Daarin onderscheidt men zelfs zorgzame wijken én community care die in hun uitwerking weer overlap met elkaar vertonen. Zorgzame wijken hebben dan vooral betrekking op wonen, leefomgeving en mobiliteit, maar gaan ook over elkaar kunnen ontmoeten, tot zelfs trainingen voor kassamedewerkers om mensen met dementie te helpen. Community care gaat onder andere over omzien naar elkaar en het inrichten van fysieke ontmoetingsplekken die ook gericht zijn op 'jeugdigen en de "gemiddelde mens" met ruimte voor buurtinitiatieven, werkplekken, activiteiten, waar nodig gecombineerd met ondersteuning en zorg' (Zorgkantoorregio Utrecht, p. 24).

Community care vindt zijn oorsprong in de verstandelijke gehandicaptenzorg in de Verenigde Staten, als antwoord op de slechte leefomstandigheden van bewoners van staatsinstituten in de jaren 1950.

Families kwamen in opstand tegen deze leefsituatie en pleitten voor de ontwikkeling van 'community living' of 'community support'. Deze begrippen verwijzen naar de diensten en ondersteuningsvormen die mensen met een beperking in staat stellen om op vergelijkbare wijze te leven als mensen zonder handicap. In de jaren 1980 kreeg community care verder vorm als zorg- en ondersteuningsmodel in Groot-Brittannië voor mensen die dagelijks zorg en ondersteuning nodig hebben (Plemper & Van Vliet, 2002).

Bulmer (1987) werkte community care systematisch uit (zie ook Kwekkeboom, 2010). Onder een community op lokaal niveau verstaat Bulmer vrienden, burens, zelfhulpgroepen, kerken, buurtcentra en allerlei clubs waar mensen zich verenigingen rondom sport, cultuur of gezamenlijke belangen. Samen vormt dit het sociale kapitaal van een gemeenschap. Idealiter wordt een community gekenmerkt door warmte, emotionele steun en wederzijds vertrouwen. Het begrip care werkte hij uit in 'caring for' dat zich richt op de fysieke en emotionele behoefte van een persoon, en 'caring about', waarbij sprake is van emotionele betrokkenheid bij een persoon. Daarnaast maakte hij onderscheid tussen 'care in the community' (zorg en ondersteuning door professionals van diverse organisaties) en 'care by the community': zorg en ondersteuning door familie, vrienden en vrijwilligers. Community care is uiteindelijk een combinatie van al deze begrippen: een combinatie van informele zorg, vrijwilligerszorg en professionele hulp waarbij sprake is van verzorging, emotionele én sociale ondersteuning. En ingebed in het sociaal kapitaal van de gemeenschap (zie figuur 2 op de volgende pagina).

Kritiek op community care in Groot-Brittannië

Bulmer had overigens grote moeite met de wijze waarop community care in Groot Brittannië werd uitgevoerd. Zijn kritiek was dat het beleid rustte op veronderstellingen die door beleidsmakers als sociologische waarheden werden gepresenteerd. Om in bestuurskundige termen te spreken, kraakte hij het empirische gehalte van de beleidstheorie

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

Figuur 2: Community care als combinatie van informele zorg, vrijwilligerszorg en professionele hulp. Bron: Plemper & Van Vliet, 2003.

af: de mate waarin de theorie overeenkomt met beproefde sociaal-wetenschappelijke theorieën (Van der Graaf & Hoppe, 1989; Britt e.a., 2022). In zijn boek haalt Bulmer allerlei literatuur aan die de beleidstheorie van de Britse overheid ontkracht. Vooral de term community vond Bulmer problematisch. Dat heeft een aura van goedheid om zich heen en refereert aan een duidelijk afgebakende plek die samenvalt met onderlinge sociale relaties. Maar met de toename van mobiliteit en digitalisering neemt het belang van de buurt als vindplaats voor sociaal contact af. Buurten met een dicht sociaal weefsel waar netwerken elkaar overlappen, zijn veranderd in buurten met enkelvoudige relaties die los van elkaar bestaan. Mensen zoeken meestal niet naar hulp in de buurt, omdat ze daar door voldoende geld en vervoersmogelijkheden niet afhankelijk van zijn. Voor mensen die niet mobiel zijn als gevolg van een aandoening en over weinig hulpbronnen beschikken, is dat anders. Zij hebben meer van de buurt nodig dan redzame burens. Volgens Bulmer leidt community care tot ineffektieve en slechte ondersteuning aan hen die het nodig hebben, maar bovenal tot een morele verplichting voor de familie om te zorgen en dan vooral opgedrongen aan vrouwen. ‘Community care rests on the back of women’ (p. 24). De literatuur waar Bulmer zijn conclusies op baseert is weliswaar verouderd. Toch is deze publicatie in 2016 opnieuw uitgegeven als zijnde een klassieker. Zeker de wijze waarop hij

community care systematisch heeft ‘ontleed’, is vandaag de dag nog goed bruikbaar.

Community care in Vlaanderen

Zo zijn in de plannen voor zorgzame buurten die nu op initiatief van de Vlaamse overheid worden uitgerold, zeker elementen van community care terug te vinden. Een zorgzame buurt wordt omschreven als een plek waar mensen comfortabel en vertrouwd wonen, waar iedereen elkaar kent en helpt, de levenskwaliteit centraal staat en voorzieningen en diensten voor iedereen toegankelijk zijn, ongeacht de ondersteuningsbehoeften (Plovie & Gorris, 2024). De community op lokaal niveau, zou Bulmer zeggen. Men beoogt een nieuwe manier van werken waarbij ‘care in’ en ‘care by’ van Bulmer zijn te herkennen:

- de focus op samenwerking tussen gezondheids- en welzijnsprofessionals op lokaal niveau
- de betrokkenheid van, hulp door en samenwerking met buurtbewoners en organisaties (Dewulf & Verlinden, 2019).

De Vlaamse overheid omschrijft drie centrale elementen in een zorgzame buurt (Plovie & Gorris, 2024). Allereerst onderscheidt men participatie en inclusie dat zich richt op het opbouwen van sociaal weefsel, onderlinge hulp en zorgzaam samenleven. Het streven is dat iedereen betrokken is bij de zorgzame buurt (inclusie). Het tweede element betreft het samenspel tussen informele (zelfzorg, mantelzorg, burenhulp en vrijwilligerswerk) en formele zorg. Het derde element is de samenwerking van welzijns- en zorgpartners met partners uit andere sectoren (waaronder huisvesting, ruimtelijke ordening, jeugd en cultuur) met kwaliteit van leven als richtsnoer.

Op basis van hun onderzoek constateren Plovie & Gorris (2024) dat de gebruikte concepten in deze buurten vooral voortkomen uit de gezondheidszorg, zoals ‘geïntegreerde zorg’ en het model van positieve gezondheid. Deze termen zijn niet neutraal en weerspiegelen de machtspositie van de zorgpartijen. Naast deze zorgideologie blijkt ook

het neoliberale discours bepalend te zijn voor de wijze waarop zorg en ondersteuning worden ingericht. Behoeftte aan zorg wordt vooral als een individueel vraagstuk gezien, in plaats van dat structurele oorzaken van ongelijke machtsverhoudingen en uitsluitingsmechanismen worden aangepakt (zie ook het Kwadrant van Sociale Kwaliteit in hoofdstuk 2). Er is sprake van het ‘responsabiliseren’ van individuele burgers voor hun eigen geluk en gezondheid. Zorg en ondersteuning worden niet ingericht rondom vragen van burgers, maar juist het bestaande aanbod van praktijken is leidend in deze zorgzame buurten, volgens Plovie & Gorris (2024).

Community care in Nederland

In Nederland kreeg community care als ondersteuningsparadigma begin deze eeuw voet aan de grond in de gehandicaptenzorg. Community care wordt dan uitgelegd als ‘zorg in de samenleving door de samenleving’. Daarnaast onderscheidt men vermaatschappelijking van de zorg als ‘het streven om de zorg zoveel mogelijk in de samenleving te laten plaatsvinden’ (Plemper & Van Vliet, 2002). ‘Care in’ en ‘care by’ worden hier dus als twee verschillende bewegingen ingezet. In die jaren is echter geen sprake van zorg in de samenleving door de samenleving. Het betekent vooral een fysieke verschuiving van zorg binnen de instelling naar zorg in de samenleving; wonen, werken, dagbesteding en vrije tijd worden binnen de kaders van de instelling georganiseerd. Weliswaar niet langer in een groot instituut, maar in woningen, verspreid over de regio, waarin mensen in kleine groepjes leven (Plemper & van Vliet, 2003; Overkamp, 2000). In die tijd heeft de overheid weinig grip op het machtige netwerk van de zorgorganisaties die voortkomen uit het particulier initiatief. Het is ook niet in het belang van de zorgorganisaties om een deel van hun taken af te stoten. Ook ondervindt men weerstand van familieleden die tevreden zijn met rustig gelegen instellingsterreinen die zich in het geheel niet laten vergelijken met de aftandse staatsinrichtingen in de Verenigde Staten (Beltman, 1999; Overkamp, 2000). Verder blijkt uit onderzoek dat deze beweging (die zich ook in de GGZ voltrekt) niet als vanzelf tot meer inclusie leidt van mensen met een

psychische en verstandelijke aandoening. Enerzijds doordat de mini-instituutjes voorkwamen dat mensen met een beperking daadwerkelijk verweven raakten met de samenleving om hen heen. Maar ook doordat de beleidstheorie die ten grondslag lag aan dit beleid op belangrijke onderdelen tekort schoot (Bulmer, 1987; Overkamp, 2000). De gedachte dat wanneer mensen bij elkaar in de buurt gaan wonen als vanzelf sociale contacten ontstaan, werd niet door de empirie bevestigd. Verschil in interesses, leefomstandigheden en buurtgebruik waren daar debet aan. Bij elkaar in de buurt wonen verhoogt de kans op interactie, maar dat betekent niet dat sociale relaties als vanzelf ontstaan. Lichte en begrensde contacten zouden het hoogst haalbare zijn, gezien de beperking van mensen zelf en de verwachtingen van buurtbewoners, zoals Bredewold (2014) constateerde.

Het onderzoek van Koops & Kwekkeboom (2009) in vijf gemeenten liet zien dat vermaatschappelijking van de zorg niet van de grond kwam. Voorzieningen waren niet breed toegankelijk voor inwoners met een beperking. Er was weinig samenwerking tussen aanbieders voor verschillende doelgroepen. Als reden daarvoor werd aangevoerd dat de verschillende doelgroepen niet zo goed zouden mengen en dat het daarom niet voor de hand lag om toegankelijke voorzieningen te creëren. De gemeenten zagen de vermaatschappelijking van de zorg tamelijk somber in. Vooral de verwachting dat de samenleving niet open zou staan voor mensen met beperkingen, was daar debet aan. Ook Verplanke en Duyvendak (2009) komen in die jaren tot de conclusie dat vermaatschappelijking van zorg werd verengd tot zelfstandig wonen. Mensen hadden vooral contact met hun persoonlijke begeleiders. Tevens waren voorzieningen in de buurt en de welzijnssector niet gericht op mensen met psychische en verstandelijke beperkingen. Begeleiders waren – mede als gevolg van tijdgebrek – weinig gericht op kansen in de wijk voor hun cliënten. Dit sluit aan bij ons eigen bevindingen in de wijk Vathorst in Amersfoort, waar begeleiders van mensen met een verstandelijke beperking geen prioriteit toekennen aan het leggen van verbindingen in de wijk. ‘Dat doe je als je een keer tijd over hebt’,

aldus een begeleider. Ook hadden begeleiders en cliënten het idee dat de wijk niet op hen zat te wachten. Een onderzoek in de buurt, uitgevoerd door student-onderzoekers en cliënten zelf, leverde echter verrassende uitkomsten op. 'Ze zijn veel aardiger dan ik had gedacht' vatte een opgetogen cliënt die als co-onderzoeker had meegedaan de onderzoeksresultaten in één zin goed samen (Overkamp & Van Gijzel, 2020).

In de jaren daarna lijkt community care als term te verdwijnen. Wel zie je duidelijk elementen terug in de uitwerking van de 'participatie-samenleving' waarbij meedoen centraal staat, ook als je een beperking hebt. Eerst wordt een beroep gedaan op zelfredzaamheid, het informele netwerk en algemene voorzieningen voordat professionele ondersteuning wordt ingezet, de zogenaamde Kanteling (Overkamp & Gademan, 2016). Vijf jaar na de drie decentralisaties van de Wmo, Jeugdwet en Participatiewet die een belangrijke impuls aan de Participatiesamenleving moesten geven, blijkt dat de participatie van mensen met een beperking achterblijft, zeker als het gaat om de arbeidsparticipatie (Kromhout, Van Echtelt & Feijten, 2020). Mensen met een verstandelijke beperking lijken sociaal het meest geïsoleerd te zijn in relatie tot andere mensen met een beperking. Tevens blijkt de samenleving niet zorgzamer te zijn geworden als het gaat om informele ondersteuning of het aannemen van mensen met een beperking op de werkplek.

Ook de beweging van beschermd wonen naar beschermd thuis en het programma Een thuis voor iedereen (Interbestuurlijke werkgroep versterking beleid huisvesting aandachtsgroepen, 2021) waar onder andere mensen met psychische en cognitieve aandoeningen in een eigen huis worden ondersteund, past in de ontwikkeling van community care. Ook hier is de toegankelijkheid van de samenleving een belangrijk issue. Hoewel mensen vaak blij zijn met een eigen plek kost het moeite om de verbinding met de wijk en reguliere voorzieningen te maken. Zo blijken reguliere instanties lang niet altijd de kennis te hebben om deze

bewoners bij te staan, waardoor specialistische ondersteuning nodig blijft (Overkamp e.a., 2021).

Community care maakt als term nu weer een comeback en lijkt nu vooral gericht op de zorg en ondersteuning voor ouderen. Dit in zorgzame buurten die door burgerinitiatief zijn ontstaan, waarbij zorg in en door de samenleving voor het eerst echt op de voorgrond komt (Canoy e.a., 2023). Opvallend is dat hier de verbinding met de professionele zorg moeizaam verloopt. De zorgideologie die gericht is op genezing en risicomijding en bijbehorende beheersingssystemen worden als belemmerend ervaren voor de kwaliteit van leven. Daarnaast zie je een beweging vanuit zorgorganisaties naar community care. In het programma 'Van Zorg Naar Gewoon Leven' wordt community care uitgewerkt als een manier van zorg en ondersteuning waarbij bewoners en organisaties samenwerken om de zorg en ondersteuning binnen de gemeenschap (in)formeel te organiseren (Coalitie van Zorg naar Leven, z.d.). Uitgangspunt van dit programma is dat zorg in de gemeenschap door de gemeenschap wordt gerealiseerd. Daarbij zijn de bewoners leidend en organisaties volgend. Uitgangspunt is ook dat bewoners en organisaties zich inzetten om de capaciteit van de gemeenschap te versterken, en om zelf (en in samenwerking) zorg en ondersteuning te organiseren. Gezien het belang dat wordt gehecht aan gemeenschapsvorming en de sociale basis, is het opmerkelijk dat bij dit programma geen enkele organisatie uit het sociaal domein is betrokken. Zorg in en door de samenleving lijkt zich langs verschillende lijnen te voltrekken in plaats van dat men juist samen optrekt.

Sociale basis

De sociale basis refereert aan de sociale infrastructuur op wijk- en buurtniveau waar mensen wonen en leven (Engbersen & Sprinkhuizen, 2023). Het gaat hier om sociale basisvoorzieningen die vrij toegankelijk zijn en aan alle aspecten van het dagelijkse leven raken, zoals ontmoeting, onderwijs, opvoeding en gezondheid. En het betreft dan niet alleen de fysieke voorzieningen als parken en speeltuinen, maar ook

de informele en formele netwerken die zich op en rond het fundament van deze voorzieningen organiseren. Dat kan in en rond een buurthuis zijn, maar ook bij bibliotheken of een buurtsupermarkt.

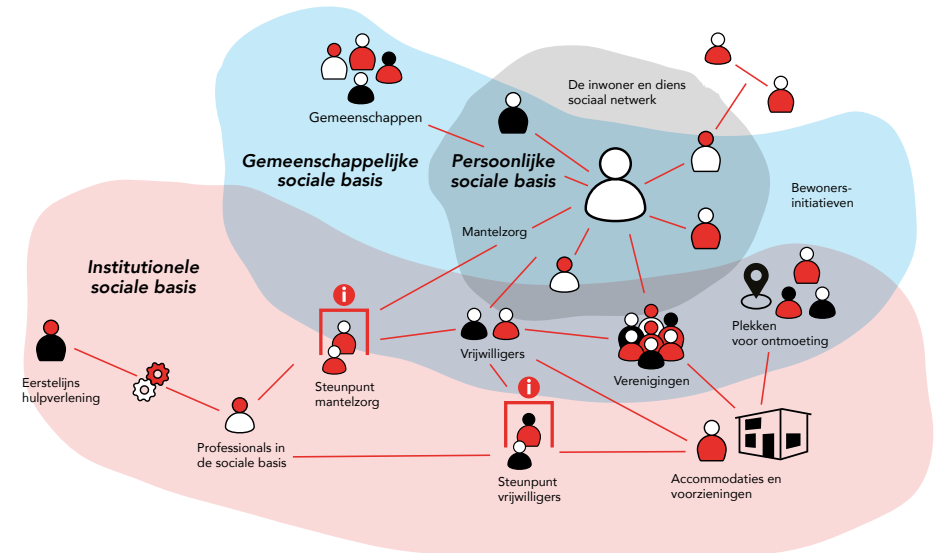
De sociale basis is niet nieuw, maar wel herontdekt als belangrijk onderdeel om zorg in en door de samenleving mogelijk te maken. Gemeenten maar ook de zorg- en welzijnswereld zetten in op een sterke sociale basis als hart van alle plannen, om de professionele inzet te ontlasten en gezondheidsverschillen terug te dringen. Waar in plaats van medicaliseren juist (lichte) problemen worden opgelost op de sportclub of met vrienden onder elkaar. Het gaat erom zware hulpverlening te voorkomen en crises voor te zijn (Engbersen & Sprinkhuizen, 2023).

Wat gemeenten precies onder de sociale basis verstaan, is echter niet eenduidig (Britt e.a., 2022). Op basis van onderzoek onder gemeenten naar de sociale basis (of vergelijkbare concepten) zijn drie sferen te onderscheiden:

- Persoonlijke sociale basis: burger en diens sociale netwerk;
- Gemeenschappelijke sociale basis: formele (verenigingen, clubs, levensbeschouwelijke organisaties) en informele netwerken van burgers in de lokale samenleving;
- Institutionele sociale basis: collectieve voorzieningen (bibliotheken, vrijwillige ondersteuning) en soms ook voorzieningen waar je zonder indicatie gebruik van kunt maken (eerstelijnsvoorzieningen, jeugdgezondheidszorg).

Het verschilt per gemeente in hoeverre een sfeer tot de sociale basis wordt gerekend. Overeenkomst is echter wel dat de lokale overheid enige invloed heeft op de sfeer in kwestie. Er zijn drie hoofdredenen waarom overheden investeren in de sociale basis (Britt e.a., 2022):

- Elkaar kunnen ontmoeten, je inzetten voor elkaar en een verhoogd welzijn wordt als een intrinsieke waarde gezien.



Figuur 3. De sociale basis. Bron: Verwey Jonker Instituut, 2022.

- Een sterke sociale basis draagt bij aan vroegtijdige signalering van problemen waardoor erger wordt voorkomen, en draagt daarmee bij aan meer welzijn voor bewoners.
- Een sterke sociale basis wordt door bijna alle gemeenten gezien als een manier om zorgkosten te temperen. Door meer naar elkaar om te kijken, kunnen professionals worden ingezet als het echt nodig is.

De wijze waarop de sociale basis aan deze doelen gaat bijdragen, is volgens Britt e.a. (2022) vaak niet goed uitgewerkt. De doelen zijn wel helder, maar de wijze waarop de verschillende onderdelen in het beleid hieraan moeten gaan bijdragen, is niet goed uitgewerkt. Daarom spreken de auteurs van een niet-samenhangende beleidstheorie. Of het gaat werken zoals bedoeld, is op voorhand in ieder geval niet zeker.

De sociale basis raakt aan het sociaal kapitaal van de gemeenschap en care by the community zoals Bulmer dat heeft uitgewerkt. Maar hoe dit verbinding krijgt met care in the community, is nog onduidelijk. In regioplan Utrecht wordt ook verwezen naar de sociale basis als bouwsteen voor zorgen in de samenleving door de samenleving, naast zorgzame buurten en community care. Maar hoe al deze bouwstenen zich tot elkaar verhouden in het complexe plan en wie waar over gaat, moet nog echt uitwerking krijgen.

Reflectie

De wens om zorg en ondersteuning meer in en door de samenleving te laten plaatsvinden, kent een lange geschiedenis in Nederland. Met als voorlopig resultaat dat steeds meer mensen met een cognitieve of psychische aandoening zelfstandig of in kleinschalige voorzieningen in de samenleving wonen. Als mensen ondersteuning krijgen, wordt deze meestal geleverd door een organisatie die zich specifiek op deze doelgroep toelegt. Zorg in de samenleving lijkt te lukken. Als het gaat om zorg en ondersteuning dóór de samenleving, komt dat maar beperkt van de grond, althans voor mensen met een cognitieve en psychische aandoening. Tot nu toe is het lastig gebleken om echt verbinding te maken met de kansen die de leefomgeving biedt voor participatie en ondersteuning. Deels omdat die kansen beperkt zijn, zeker als het hechte sociale contacten betreft, maar ook omdat er niet altijd prioriteit aan wordt gegeven.

We staan nu aan de vooravond van een flinke revival om zorg in en door de samenleving op een hoger plan te tillen. Zowel vanuit mensen zelf, als gemeenten en (zorg)organisaties worden daartoe (afzonderlijke) initiatieven genomen. In hoeverre de brug wordt geslagen tussen zorg in de samenleving en zorg door de samenleving, moet nog blijken.

De plannen die voortkomen uit het IZA beperken zich tot preventie, gezonde leefstijl en de zorg die onder de zorgverzekeringswet valt. De term 'integraal' is in deze dan ook wat misleidend. Zeker als het

mensen betreft die voor hun ondersteuning ook een beroep doen op de Wmo en Wet langdurige zorg (Wlz). De zorg aan mensen met een verstandelijke beperking wordt in de plannen niet genoemd.

Ook is het de vraag in hoeverre het medische en neoliberale discours net als in Vlaanderen de boventoon zal krijgen in de plannen. Belangenorganisatie MIND voor mensen met psychische kwetsbaarheid heeft als enige organisatie het IZA niet ondertekend, mede 'omdat de focus in de plannen te veel is gericht op marktwerking, kostenbeheersing en effectiviteit van de zorg' (Mind, 2022). En het is tekenend dat zorgzame buurten die uit burgerinitiatief zijn ontstaan, moeite hebben met de medische logica van zorgorganisaties die niet zouden bijdragen aan dat wat burgers zelf belangrijk vinden voor hun kwaliteit van leven (zie ook Peeters, 2024).

Er is dus nog werk aan de winkel om tot een zorgzame samenleving te komen voor mensen in kwetsbare posities. In de volgende hoofdstukken ga ik daar dieper op in.

“

De logica's van
de systeem- en
leefwereld verschillen
en kunnen botsen.

5 EEN INTEGRALE AANPAK VANUIT VIER PERSPECTIEVEN BEKEKEN

De voorgaande hoofdstukken maken duidelijk dat een zorgzame samenleving voor mensen in kwetsbare posities nog steeds uitdagingen kent. Het gaat niet alleen over wonen maar ook over toegankelijke voorzieningen voor ondersteuning in de buurt, (mantel)zorg in de nabijheid, bestaanszekerheid en mee kunnen doen in de maatschappij. Het betreft een integrale opgave die een inzet vraagt van burgers² en hun leefomgeving, professionals, maatschappelijke organisaties en beleid en bestuur. Aan de hand van het viervenstermodel (4V-model) bespreek ik in de volgende hoofdstukken wat de belangrijke aandachtspunten per venster zijn. Maar eerst licht ik in dit hoofdstuk het 4V-model toe zoals dit binnen het lectoraat Participatie, Zorg en Ondersteuning (PZO) is ontwikkeld.

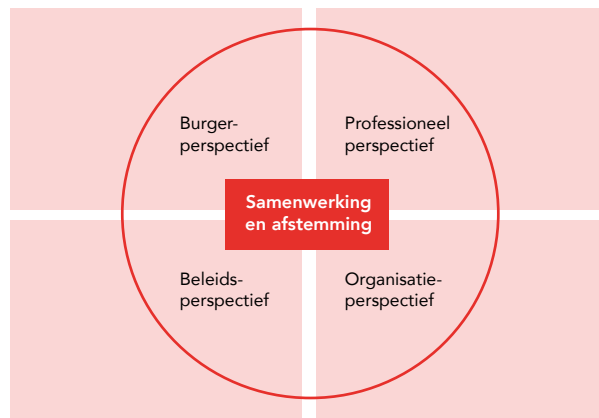
Het viervenster (4V)-model

Het 4V-model is binnen het lectoraat PZO ontwikkeld om samenwerking en afstemming rondom maatschappelijke vraagstukken te analyseren en waar mogelijk te verbeteren (Wilken e.a., 2021; Binkhorst e.a., 2019). Het gaat hier om vraagstukken van burgers die zich over verschillende levensdomeinen uitstrekken, waarbij de inzet van één domein of discipline niet volstaat. Dit vraagt om samenwerking van en afstemming tussen verschillende disciplines en de burger(s) in kwestie (horizontale afstemming), die elk weer hun eigen organisaties en wetgevende kaders kennen (verticale afstemming tussen micro-, meso- en macroniveau).

Dit model is tot stand gekomen op basis van onze onderzoeken naar bijvoorbeeld een integrale aanpak rondom arbeidsparticipatie van

² In de bespreking van de vensters zal ik burger en bewoner afwisselend als term gebruiken voor de mensen die vanwege hun kwetsbaarheid ondersteuning nodig hebben in het dagelijkse leven.

mensen in kwetsbare posities (Binkhorst, 2021). Daarin kwamen we maar al te vaak tegen dat professionals van verschillende disciplines slechts beperkt in staat zijn om tot een gezamenlijke werkwijze te komen, omdat oplossingen elders op het niveau van organisaties of de (lokale) overheid moesten worden gezocht. Ook bestond al gauw de neiging om óver burgers te praten, in plaats van zich bewust te zijn wat nu werkelijk hun behoeften zijn.



Figuur 4. Het viervenster (4V)-model. Bron: Binkhorst e.a., 2019.

Het 4V-model biedt een kader om te bepalen wie relevante stakeholders zijn, welke factoren in elk venster aan de orde zijn, en in hoeverre er sprake is van afstemming tussen de vensters. De vier vensters werpen ieder hun perspectief op het vraagstuk en de factoren die van belang zijn om tot een succesvolle aanpak te komen. In en vanuit de verschillende vensters zijn verschillende logica's leidend; die bepalen het handelen van mensen in hun rol van burger, professional, manager, bestuurder of beleidsmaker, en hebben daardoor invloed op de manier waarop in en tussen deze vensters wordt samengewerkt. Het 4V-model

biedt een kader om deze dynamiek te analyseren en handreikingen te bieden voor het bevorderen van samenwerking en afstemming. In hoeverre sluiten de zienswijzen in de verschillende vensters op elkaar aan? Waar constateren we tegenstellingen of overeenkomsten en wat zijn de mogelijkheden om tot afstemming te komen (de zogenaamde alignment)?

Onderbouwing 4V-model

Alhoewel het 4V-model aanvankelijk bottom-up tot stand kwam, is er literatuur te over die onderbouwt waarom deze vier vensters relevant zijn en dat er spanning tussen bestaat. Allereerst biedt het perspectief van de leef- versus systeemwereld van Habermas daartoe handvatten, zoals uitgewerkt door Bressers e.a. (2017) in het essay 'Weten wat er speelt'. Het betreft hier een dynamische context, met aan de ene kant de leefwereld van burgers – en de vragen die daar leven – en aan de andere kant de wijze waarop voorzieningen en inzet van menskracht worden georganiseerd en aangestuurd door organisaties en overheid. De leefwereld heeft systemen nodig die structuur en betekenis geven, zoals economie, taal en rechten. Deze systemen kunnen echter de leefwereld overheersen, vooral als deze niet in samenspraak met de leefwereld tot stand komen. Ook wel the 'knowing-doing gap' genoemd, waarmee het verschil tussen beleid en praktijk wordt aangeduid. Andeweg & Van Gunsteren (1994) spreken over de realiteit van de 'staat' versus de realiteit van de 'straat'. Beiden zijn waar binnen hun eigen perspectief, maar doordat ze vanuit hun eigen waarden (logica's) redeneren, staan ze vaak ook op gespannen voet met elkaar. Pogingen om een brug te slaan tussen deze werelden vinden we onder andere bij Lipsky (1980) die ambtenaren opererend tussen beleid en praktijk als 'street-level bureaucrats' omschrijft. Zij verpersoonlijken als het ware die brug. Later komen daar andere termen bij als 'frontliners' en 'grenswerkers': mensen die tussen politiek en praktijken werken. Hier herkennen we ook de sociale professional die als een scharnierpunt fungeert tussen de leefwereld en de systeemwereld van overheid en organisaties. Die een 'tussenpositie' inneemt en kan aansluiten op en

samenwerken met burgers en professionals van verschillende disciplines om vraagstukken succesvol op te pakken (zie ook Noordegraaf, 2006).

Het voorgaande maakt al duidelijk dat de logica's van de systeem- en leefwereld verschillen en dat deze kunnen botsen. Het begrip logica kan worden gezien als een rationale c.q. ideologie; dat wat logisch is in een bepaalde context, wat wel hoort en juist soms niet. Freidson (2001) beschrijft de verschillende logica's van de markt, de bureaucratie en het professionalisme. Volgens de professionele logica worden oordeel en aanpak van een professional niet alleen bepaald op basis van wat de cliënt wil, maar ook op basis van wat goed is volgens het vakmanschap, de kennis en de specialisatie van de professional. Kolner en Sprinkhuizen (2019) spreken van verschillende professionele logica's. Dat wat als 'goed' wordt beschouwd, heeft in het medische domein een andere betekenis dan in het sociaal domein.

De organisaties waaruit professionals zorg en welzijn voortkomen, werken veelal binnen de logica van marktwerking (Tonkens, 2013). Organisaties zijn voor hun voortbestaan afhankelijk van financiering uit aanbestedingsprocedures of werving van cliënten. Managers sturen daarom aan op doelmatigheid en kostenbewustzijn, waarbij resultaten en processturing als leidraad fungeren voor hun handelen, en de prestaties van hun medewerkers verantwoord moeten worden via vastgestelde systemen en vaststaande criteria. Dit sluit niet altijd aan op de professionele logica van de eigen medewerkers. Zo kan de volgens professionals en burgers gewenste ondersteuning niet in het belang zijn van de organisatie zelf als burgers beter af zijn bij een concurrent. Ook kan de professional zowel in tijd (vanwege registratiedruk) als inhoud (protocollering) worden beperkt in diens professioneel handelen. De logica van de markt werkt overigens ook door in het venster van de mondige burger, die zich als consument gedraagt en opeist wat hem of haar toekomt (Tonkens, 2008). Binnen de logica van de bureaucratie (managerism) zijn het volgen van regels en procedures, efficiëntie en controle belangrijk. De klassieke overheid redeneert vanuit

zorgvuldigheid, voorspelbaarheid en rechtsgelijkheid. De overheid probeert grip te krijgen op de markt van zorg en welzijn door steeds meer verantwoording te vragen, wat uiteindelijk de professional op die werkvloer beperkt in het doen wat nodig is (Tonkens, 2013).

Vanzelfsprekend betreft het hier ideaaltypische omschrijvingen die in de werkelijkheid verschillende vormen kunnen aannemen. In plaats van dat overheidsinstanties de partijen waarmee ze samenwerken 'verticaal' controleren, zijn er bijvoorbeeld ook gemeenten als Utrecht die werken met horizontale verantwoording. In dat geval geven overheid, ketenpartners en burgers gezamenlijk vorm aan het proces van verantwoording: inhoud, kwaliteit en resultaat staan centraal in plaats van cijfers en feiten. Een mooi voorbeeld van een integrale aanpak om verantwoording met elkaar vorm te geven. In hoeverre er sprake is van een integrale aanpak als het gaat om een zorgzame samenleving voor mensen met een bepaalde kwetsbaarheid, werk ik uit in de volgende hoofdstukken. Per venster benoem ik aandachtspunten om tot een zorgzame samenleving te komen. Bij de keuze van deze aandachtspunten heb ik mij mede laten leiden door de relevante kennis en inzichten die we als lectoraat in de afgelopen twintig jaar hebben opgedaan. Aan de hand van het viervenstermodel (Binkhorst e.a., 2019; Wilken e.a., 2021) zoals dat binnen het lectoraat PZO is ontwikkeld (hoofdstuk 5), benoem ik vervolgens vanuit vier verschillende perspectieven wat aandachtspunten zijn (hoofdstuk 6 tot en met hoofdstuk 9).

“

Mantelzorgers zijn met hun kennis en ervaring belangrijke samenwerkingspartners. Daar zouden professionals veel beter op kunnen aansluiten.

6 HET VENSTER VAN DE BURGER EN DE LEEFOMGEVING

In het eerste venster van het 4V-model staat het perspectief van burgers centraal. Wat zijn hun vragen, behoeften, wensen en belangen als het gaat om hun kwaliteit van leven, en hoe klinkt hun stem door naar de andere vensters? Mensen zijn geen losse individuen maar leven idealiter ingebed in sociale structuren als een gezin, familie, vriendengroep, werk of wijk. Deze structuren kunnen burgers versterken maar ook ondermijnen; denk aan mechanismen van uitsluiting of netwerken die juist steunend zijn. Wat speelt er in deze leefomgeving en dan specifiek als het gaat om de mogelijkheden voor informele steun en een toegankelijke samenleving?

Stemmen laten weerklinken

In dit venster is een belangrijke vraag: wat vinden de mensen om wie het gaat nu belangrijk in hun leven? Gelukkig heeft het motto 'nothing about us without us' in de afgelopen decennia steeds meer voet aan de grond gekregen in de ondersteuning aan mensen met cognitieve en psychische aandoeningen (zie ook Boevink 2017; Embregts e.a., 2021; Huizenga e.a., 2023). Mensen in kwetsbare posities laten steeds meer hun stem horen in de aangelegenheden die hun aangaan. Inzet van ervaringskennis en ervaringsdeskundigen in onderwijs, beleid en onderzoek wordt steeds meer erkend, naast theoretische en professionele kennis. Toch zien we nog al te vaak dat er óver mensen wordt gepraat in plaats van met hen over kwesties die hen aangaan. Zo kost het op organisatieniveau vaak moeite en ontbreekt soms ook de bereidheid om serieus ruimte te maken voor mensen met ervaringsdeskundigheid (Keuzenkamp & Van Hoorn, 2023; Karbouniaris, 2023). Het vraagt ook iets om mensen in kwetsbare posities daadwerkelijk een stem te geven. Inzichten

uit ons eigen onderzoek laten zien dat het belangrijk is aandacht te hebben voor machtsverschillen tussen (in dit geval) mensen met en zonder verstandelijke beperking, het woordgebruik, het zorgvuldig en zonder oordeel kunnen luisteren en het ruimte kunnen maken voor meerstemmigheid (Van Gijzel e.a., 2024; Wilken 2024). Als je mensen in kwetsbare posities daadwerkelijk een stem wilt geven, zul je meer moeten doen dan hen simpelweg aan de vergadertafel uitnodigen.

Plovi & Gorris (2024) constateren in hun onderzoek dat met name de stem van kwetsbare burgers in de planvorming van zorgzame buurten is ondervertegenwoordigd. In Vlaanderen wordt moeite gedaan om bewoners te betrekken, maar dit zijn vaak de (krachtige) burgers die al aan boord zijn en overal hun stem laten horen. In hoeverre zij de buurt vertegenwoordigen is dan de vraag. En als alle behoeften, belangen en vragen op tafel liggen, wie beslist dan wat er gaat gebeuren? Hoe zijn de machtsverhoudingen tussen de verschillende stakeholders en wie bepaalt wat er nodig is? Ook blijkt het lastig om te kunnen omgaan met stemmen die anders klinken dan wat als gangbaar wordt gezien. Wat als burgers behoeften hebben die niet passen in het vooropgezette plan dat organisaties voor ogen hebben?

Behoeften en wensen voor een goed leven

Maar wat zijn de behoeften van mensen met cognitieve en psychische aandoeningen als het gaat om hun kwaliteit van leven? Op individueel niveau zijn er allerlei verschillen, maar in contact zijn met anderen blijkt heel belangrijk te zijn, ongeacht de aandoening waar iemand mee kampt (Planije e.a., 2023; Huizenga e.a., 2022; Eggink e.a., 2020). Elkaar kunnen ontmoeten op gelijkwaardige wijze, het liefst in de eigen buurt, vindt men essentieel (Huizenga e.a., 2022; Planije e.a., 2023). Maar ook het gevoel dat je welkom bent bij activiteiten en voorzieningen en dat er begrip is voor jouw situatie. Vooral als een aandoening niet gelijk zichtbaar is, draagt dit bij aan onbegrip bij omstanders. Zeker mensen met psychische aandoeningen kampen met stigmatisering. Het contact met lotgenoten wordt dan ook gewaardeerd omdat daar meer

gelijkwaardigheid, steun en begrip is voor de eigen situatie. Veilige plekken in de buurt waar je zeker wordt geaccepteerd, zijn dan ook heel belangrijk.

Ook is praktische ondersteuning bij het vinden van passend (vrijwilligers) werk, dagbesteding en vervoer voor mensen met een psychische aandoening relevant (Planije e.a., 2023). Mensen met een verstandelijke beperking hechten naast sociale contacten veel belang aan goed vervoer, zodat ze maatschappelijk actief kunnen blijven en zo mensen kunnen ontmoeten (Eggink e.a., 2020). Helaas ervaren mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) maar al te vaak dat het hard werken is om je aan te passen aan eisen die de omgeving stelt om mee te kunnen doen (Olthof, 2024b). Het onder elkaar kunnen zijn met lotgenoten of veilige plekken in de buurt waar je anderen op een laagdrempelige manier kunt ontmoeten, kan voor hen veel betekenen.

Er is behoefte aan (professionele) steun op het gebied van de eigen gezondheid en het krijgen van de juiste hulpverlening. En dan liever niet in al te medische termen of even snel in een paar minuten. Vooral als mensen alleen wonen, is het (soms enige sociale) contact met de hulpverlener belangrijk (Hulsbosch e.a., 2023; Huizenga e.a., 2022). Gebieden waarop relatief meer behoefte is aan informele steun (naast eventuele professionele steun) zijn sociale contacten en huishouden (Hulsbosch e.a., 2023).

Informele steun van familie is echter niet altijd zaligmakend. Mensen met LVB ervaren ook betutteling van hun familie op hun pad naar een eigen leven (Olthof, 2024). Ook kan psychische kwetsbaarheid gerelateerd zijn aan traumatische ervaringen binnen de eigen familiekring. Het is soms juist de reden waarom mensen géén steun willen hebben van hun familie. Een andere reden om van informele ondersteuning af te zien is dat hulpvragers anderen niet tot last willen zijn, of juist hun zelfstandigheid met behulp van professionals willen behouden in plaats van afhankelijk te worden van naasten (Bredewold & Verplanke, 2018).

Het potentieel aan informele steun

Mensen in kwetsbare posities beschikken lang niet altijd over een steunend netwerk. Of de netwerken zijn klein. In de plannen voor een zorgzame samenleving wordt de indruk gewekt dat er nog veel potentieel schuilt onder de bevolking als het om informele ondersteuning gaat. De vraag is hoeveel rek er daadwerkelijk is. In haar lectorale rede kwam Kwekkeboom (2010) op basis van een groot aantal onderzoeken tot de conclusie dat het wel goed zit met de zorgzaamheid van de samenleving. Het gros van de mensen lost hulpvragen zelf op of doet een beroep op hun eigen netwerk als ze er niet uitkomen. Veel kwetsbare mensen krijgen al steun van hun naasten. Haar conclusie was dat er niet zoveel restcapaciteit is als het om informele steun gaat.

Recent onderzoek laat zien dat Nederland in ieder geval kampioen vrijwilligerswerk is in Europa. Eén op de vier Nederlanders doet al aan vrijwilligerswerk. Tevens zijn ruim 5 miljoen mensen actief als mantelzorger. Dit correspondeert met de relatief sterke opvatting dat mensen die zorg nodig hebben, hulp moeten krijgen van hun familie of sociale netwerken (Wittenberg e.a., 2023). Tegelijkertijd is men ook van mening dat de overheid een verantwoordelijkheid heeft als het gaat om mensen met gezondheidsproblemen, de zorg aan ouderen en mensen met een handicap (De Boer e.a., 2020; Wagemans e.a., 2023).

Of mensen uiteindelijk ook actief worden als vrijwilliger of mantelzorger, zal moeten blijken. Zo zegt maar een kwart van de mensen die nog niet actief zijn als vrijwilliger of mantelzorger, te willen én te kunnen helpen (De Klerk e.a., 2017). Of zij ook echt gaan helpen, zal afhangen van wie er hulp nodig heeft. Zo zijn mensen minder bereid vrijwilliger te zijn voor mensen met een psychische aandoening (De Klerk e.a., 2015). Belangrijke redenen om geen of niet meer hulp te geven zijn gebrek aan tijd of een slechte gezondheid, maar ook reisafstand en de onderlinge relatie (De Klerk e.a., 2015). Het aandeel vrijwilligers neemt sinds de coronacrisis wat af en iets minder mensen verleenden intensieve mantelzorg (Huijnk e.a., 2024). Mogelijk zijn de coronacrisis en de

tekorten op de arbeidsmarkt daar debet aan. Wie echter intensieve mantelzorg verleent (meer dan acht uur per week), is meer uren zorg gaan verlenen. En deze personen voelen zich ook in toenemende mate overbelast (Huijnk e.a., 2024).

Want informele ondersteuning is niet 'gratis' is maar kost ook wat. Zo werken mantelzorgers minder uren betaald dan anderen, en kampen zij vaker met langdurig verzuim (Josten e.a., 2022). Tevens zijn de studieprestaties van jongere mantelzorgers lager dan van anderen (De Boer & De Roos 2022; Van Tienen e.a., 2018). Als mantelzorg en arbeid lastig zijn te combineren gaan vooral vrouwen structureel minder uren werken, wat weer leidt tot tekorten elders op de arbeidsmarkt. Dochters geven ook vaker mantelzorg aan hun hoogbejaarde ouders dan zonen en melden ook eerder dat ze zich overbelast voelen (CBS, 2024). Vermeij e.a. (2024) concluderen dat ondanks de maatschappelijke behoefte aan meer menskracht, Nederlanders geen toenemend gevoel van urgentie hebben om meer bij te dragen dan ze al doen.

Het perspectief van naasten

Alhoewel mantelzorgers en vrijwilligers van hun directe omgeving wel waardering krijgen voor al hun werk, zien zij begrip en waardering breder in de maatschappij – waaronder van overheid en zorgprofessionals – als de belangrijkste steun die zij nodig hebben (RVS, 2022). Deze waardering ontbreekt nagenoeg. Enerzijds wordt informele steun als vanzelfsprekend beschouwd en anderzijds als aanvulling op de zorg wanneer dat nodig is; als een klapstoeltje dat je naar believen kunt uit- en inklappen. Ook in beleidsdocumenten wordt vooral geschreven vanuit het perspectief van de formele zorg, en mantelzorgers worden eerder als object van zorg gezien in plaats van partner in zorg (Van Leeuwen e.a., 2023). En dat terwijl juist zij een goed beeld hebben van de dagelijkse gang van zaken in het leven van de hulpvrager. Zij voelen zich juist de professional in de specifieke situatie (Van Gijzel e.a., 2024). Professionals zouden veel meer kunnen aansluiten op wat er al is, in plaats van mantelzorgers te negeren als samenwerkingspartner met hun

kennis en ervaring (Wittenberg, 2024; Witteveen e.a., 2021). Ook missen mantelzorgers aandacht voor hun context waarbinnen zij steun proberen te geven. Het hoog houden van allerlei ballen op het werk, in het eigen gezin en de mantelzorg stelt hen voor allerlei uitdagingen. De grootste frustratie is misschien wel je weg zien te vinden in het stelsel van diverse loketten en formulieren voor het aanvragen van zorg en ondersteuning. De regels waar men aan moet voldoen worden als inflexibel, rigide en soms zelfs als wantrouwend ervaren. Het leveren van maatwerk is vaak niet mogelijk (Wittenberg, 2024). Met als gevolg dat men zich regelmatig machteloos en moedeloos voelt.

Het perspectief van de leefomgeving

“Het is van belang dat je gekend en herkend wordt” verwoordt ervaringsdeskundige Eduard Bosman (Overkamp, 2023) de behoefte aan contact in de leefomgeving. Maar daar hebben anderen ook een verantwoordelijkheid in. “Dat de mensen die er al wonen je welkom heten in plaats van dat jij als nieuwkomer die stap moet maken”. Laagdrempelige voorzieningen en activiteiten waar je welkom bent, ongeacht je vraag of aandoening, kunnen daar aan bijdragen. Of dat nu de snackbar, het buurthuis, het winkelcentrum of een mooi groen park is. Horstman & Knibbe (2022) spreken in dit kader van de publieke ruimte als de sociale riolering om kwaliteit van leven te bevorderen. Maar of mensen dan ook in het hoofd gastvrij zijn en openstaan voor mensen met een beperking in de buurt, blijft een ingewikkelde kwestie. Enerzijds zien we kansrijke initiatieven in Nederland waar buurtbewoners meer voor elkaar willen zorgen (Canoy e.a., 2023). Er is zeker bereidheid tot onderlinge hulp in buurten, wat ook al eerder door Linders (2010) is bevestigd. Ook in gemengd wonen projecten zijn er genoeg ‘dragers’ die er bewust voor kiezen om samen met hulpvragers een gemeenschap te vormen. Anderzijds zien we in onze onderzoekspraktijk ook buurten waar bezwaar wordt aangetekend tegen de komst van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Of waar het gelijk tot vragen leidt wanneer zich een incident voordoet (Overkamp e.a., 2021). Daarin spelen onwetendheid en vooroordelen een rol (vooral jegens mensen

met psychische aandoeningen), maar ook de angst om verantwoordelijk te worden voor burens die langdurig hulp nodig hebben (De Klerk e.a., 2015). Het is lastig balanceren, zeker naarmate burens meer afwijken in gedrag en communicatie dan wat gangbaar is. Dat vraagt om meer vaardigheden van buurtbewoners om het contact goed te laten verlopen (Van Zal e.a., 2022). Contacten ontstaan dan niet vanzelf en er is vaak begeleiding nodig om deze contacten goed te laten verlopen (Bredewold, 2014; Van Zal e.a., 2022). Ook in gemengd wonen projecten hebben ‘dragers’ soms net zoveel steun van professionals nodig als de ‘vragers’, omdat ze handelingsverlegen zijn in het contact met hun burens (Overkamp e.a., 2021). Ruimte maken voor anders zijn in buurten, zoals Kal (2001) dat mooi verwoordt, vraagt dus wel om een investering.

Vertrouwen in instituties en professionals

Het zal inmiddels duidelijk zijn dat de inzet van familie, vrijwilligers en burens als steunend netwerk voor mensen in kwetsbare posities een complexe aangelegenheid is. Wat daar ook niet in helpt, is dat het vertrouwen in instituties op dit moment tanende is. Veel mensen voelen zich niet gehoord en gezien. Ze hebben weinig vertrouwen in de overheid en ondersteunende diensten en voorzieningen, kennen niet de weg naar deze voorzieningen of hebben soms letterlijk geen toegang (Sectoraal adviescollege HSS, 2023). Ook in ons eigen onderzoek stuiten we op wantrouwen bij burgers als het gaat om ondersteuning bij het vinden van werk (Binkhorst, 2021). Ervaringen met instanties worden als “ontmoedigend” of “contraproductief” getypeerd. Men voelt onder druk gezet om werk te accepteren dat niet bij ervaringen en kwalificaties past. Dat maakt dat men zich eerder voelt beschouwd als een cijfer in plaats van als mens. Ook recent onderzoek in de ouderenzorg laat zien dat ouderen maar beperkt vertrouwen hebben in professionals en zorgorganisaties (Carlsson & Kremer, 2024). Zij noemen daar twee oorzaken voor. Allereerst de complexiteit van het systeem waarvoor kennis en vaardigheden nodig zijn om toegang te krijgen. Een tweede reden is dat ouderen het gevoel hebben dat zorginstellingen het alleen

maar voor het geld doen. Dat als gevolg van de marktwerking niet centraal staat wat mensen nodig hebben, maar hoe geld aan hen kan worden verdiend.

Mogelijk is dit een reactie op een overheid die zelf haar burgers lang niet heeft vertrouwd en nu dapper een inhaalslag probeert te maken. Waar de overheid haar burgers ervan verdenkt niet te willen werken en niet te willen zorgen voor een ander en daarvoor verplichtingen oplegt, voelen burgers zich mogelijk niet geroepen om dan klakkeloos zorgtaken op zich te nemen. Het zou kunnen dat een nog groter áppel op burgers om meer verantwoordelijkheid te nemen voor elkaars welzijn en gezondheid, dit wantrouwen verder aanwakkert. Dan is het de vraag of bewoners de door overheid en zorgorganisaties zo gewenste rol van zorgzame burger zullen oppakken.

Conclusies

In het venster burger en leefomgeving staat het perspectief van mensen in kwetsbare posities centraal, met als focus hun vragen, behoeften en wensen in relatie tot hun kwaliteit van leven en de kansen die hun leefomgeving biedt. Op basis van het voorgaande kom ik tot drie belangrijke conclusies:

- Hoewel het principe van 'nothing about us without us' steeds meer wordt erkend, is er nog steeds sprake van een kloof tussen intentie en praktijk. Het daadwerkelijk betrekken van mensen in kwetsbare posities bij besluitvorming is niet zo eenvoudig, wat vraagt om een meer inclusieve benadering die rekening houdt met machtsverschillen.
- Er is een limiet aan wat naasten en de leefomgeving aan informele steun kunnen bieden, ondanks de hoge mate van vrijwilligerswerk en mantelzorg in Nederland. Meer aandacht en erkenning voor wat het informele netwerk doet én een betere samenwerking met professionals draagt bij aan een steviger informeel netwerk.

- Het afnemende vertrouwen van burgers in de overheid en zorginstellingen vormt een uitdaging voor het bevorderen van een zorgzame samenleving. Dit wantrouwen belemmert mogelijk de bereidheid van burgers om meer verantwoordelijkheid te nemen voor elkaars welzijn en de samenwerking met professionals.

“

De ideale professional
in een zorgzame buurt
is in staat breed te
kijken, te netwerken
en samen te werken.

7 HET VENSTER VAN DE PROFESSIONAL

Het tweede venster vertegenwoordigt het perspectief van professionals. Idealiter werken deze professionals nauw samen met burgers, hun netwerken en relevante stakeholders uit de leefomgeving om tot een thuis in een zorgzame samenleving te komen. In de praktijk is dat echter nog niet zo eenvoudig.

Professionals als oplossing of probleem?

‘Het zou alle partijen enorm helpen als de zorg wordt benut in de dingen waar ze goed in is. Burgers en hun sociale omgeving lossen het eerst zelf op’, aldus Canoy e.a. (2023) over wat werkt als het om zorgzame buurten gaat. Canoy e.a. (2023) doelen vooral op professionals in de gezondheidszorg die zijn gericht op iemand beter maken en risicomijding, wat niet zou bijdragen aan een goede kwaliteit van leven. Het motto is dat burgers het eerst zelf oplossen en als het echt niet anders kan, de hulp van de expert wordt ingeroepen. Hier lijkt een knip te worden gemaakt tussen zorg door de samenleving versus zorg in de samenleving. Dit lijkt mij een gemiste kans. Wat de ervaringen met community care in Nederland tot nu toe laten zien, is dat deze ontwikkeling niet verder is gekomen dan het verplaatsen van de zorg naar de samenleving en dat zorg in en door de samenleving niet van de grond komt. Dat er geen logische verbinding wordt gemaakt tussen de professionele ondersteuning bij het alledaagse leven en de leefomgeving waar mensen wonen. Dat in de samenwerking tussen professionals, burgers en hun naasten en relevante stakeholders in de leefomgeving veel valt te verbeteren om de kwaliteit van leven te bevorderen. Zou de ideale professional in een zorgzame buurt niet juist de expertise moeten hebben om breed te kunnen kijken, te kunnen netwerken en te kunnen samenwerken met een brede groep

stakeholders die er in de buurt toe doet? Zeker als het om buurten gaat met veel mensen in kwetsbare posities en maar weinig bewoners die de kracht hebben om hun schouders onder een zorgzame buurt te zetten?

Meer aandacht voor sociale kwaliteit van de leefomgeving

Het idee van een professional die zich actief inzet in de leefomgeving van de mensen die ondersteuning nodig hebben, is niet nieuw. Kijkend naar het opleidingsprofiel van de sociaal werker betreft het zelfs een kerntaak (Vereniging Hogescholen, 2017). Sociaal werkers bevorderen het sociaal functioneren van individuen, netwerken en gemeenschappen. Waarbij 'sociaal functioneren betrekking heeft op het deelnemen van mensen aan het maatschappelijk leven én op de ruimte en mogelijkheden die het maatschappelijk leven biedt aan mensen om deel te nemen' (Vereniging Hogescholen, 2017, p. 12). In de afgelopen jaren heb ik een groot aantal studenten als afstudeerder van nabij mogen meemaken. Vaak was ik getroffen door hun enthousiasme en betrokkenheid bij de mensen voor wie zij zich hard maakten. En onder de indruk van de moeilijke situaties waar zij als jonge volwassenen soms voor stonden. Maar eigenlijk kwam in elk eindgesprek hetzelfde aandachtspunt naar voren: waar laat de student nu zien dat de sociale kwaliteit van de leefomgeving wordt verbeterd zodat de individuele kwaliteit van leven wordt bevorderd? Regelmatig moest een student dat antwoord schuldig blijven. Net als in de beroepspraktijk blijft de focus bij studenten vaak gericht op het individu en wordt niet vanuit een breder perspectief naar het netwerk of de omgeving gekeken om kwaliteit van leven te verbeteren (Wittenberg e.a. 2024; Knevel, 2024).

Op basis van zijn onderzoek stelt collega Jeroen Knevel (2024) onder meer dat sociaal professionals zich veel meer bewust moeten zijn van hun eigen vooroordelen en vanzelfsprekendheden die sociale inclusie van mensen met een verstandelijke beperking in de weg staat. En dat zij actief gebruik van voorzieningen en deelname aan activiteiten in de samenleving door mensen met een beperking meer kunnen stimuleren.

Maar ook dat professionals beter moeten opkomen voor de rechten en belangen van mensen met een verstandelijke beperking. Waar mensen met andere beperkingen hun rechten steeds beter opeisen, lijken juist mensen met een verstandelijke beperking aan het kortste eind te trekken als het om hun rechten gaat (Olthof, 2024a). Actief opkomen en bijdragen aan de sociale kwaliteit van de samenleving voor mensen in kwetsbare posities moet nog meer op het netvlies komen te staan van professionals die hen ondersteunen.

Ontwikkelen van netwerkprofessionaliteit

Om als professional de sociale kwaliteit van de samenleving te verbeteren, zul je in staat moeten zijn om je in de verschillende kwadranten van het model van Sociale Kwaliteit te kunnen bewegen. Dauwerse e.a. (2019) spreken in dit kader van de zogenaamde netwerkprofessionaliteit. Het gaat hier om een professional die zich kan verhouden tot stakeholders met verschillende en soms tegenstrijdige logica's, zowel op micro-, meso- als macroniveau. Denk aan bewoners, hun naasten, ervaringsdeskundigen, professionals maar ook de bepalers en betalers van zorg en welzijn. Met als doel de sociale kwaliteit van de samenleving op een hoger plan te tillen, en daarmee ook de individuele kwaliteit van leven van de mensen om wie het gaat. Volgens Dauwerse e.a. (2019) is het kunnen voeren van de netwerkdialogoog misschien wel hét kenmerk van de gevraagde nieuwe professionaliteit in zorg en welzijn.

Deze netwerkprofessionaliteit raakt aan 'de Dinges' van Bosselaar & Bannink (2023) als oplossing om tot een integrale aanpak van vraagstukken te komen die zich over verschillende domeinen uitstrekken. Met de Dinges wordt een professional bedoeld die een kei is netwerken. Het gaat hier om een ondernemende professional die zich handig weet te bewegen in een veld van verschillende perspectieven en belangen, op verschillende niveaus, en die streeft naar een uitkomst die misschien niet perfect is maar wel gedragen wordt. Deze professional vertoont persoonlijk leiderschap, ontwikkelt en onderhoudt een goed

persoonlijk netwerk, weet zich in te leven in de ander, kan zaken doen waar ieders belang voldoende in geborgd is en kan doorzetten en improviseren bij tegenwind.

Collega's Dingshoff e.a. (2023) spreken van grensgangers: professionals die in verschillende werelden actief zijn en daardoor elementen van de ene praktijk met de andere kunnen verbinden. En ook zij benoemen de uitdaging om te kunnen opereren binnen de context van verschillende paradigma's die niet altijd congruent zijn. Zij zien als oplossing dat professionals meer *boundary crossing kwaliteiten- en vaardigheden* opdoen. Dit zijn de kennis, vaardigheden en een houding die iemand in staat stellen om grenzen te herkennen, gebruiken en waarderen. Zo is het bijvoorbeeld belangrijk dat professionals openlijk kunnen kijken naar zowel verschillen als overeenkomsten en hun oordeel kunnen uitstellen, om de waarde van de andere praktijk te kunnen zien.

In het programma HU Gezond en Wel werken studenten zorg en welzijn samen aan echte vraagstukken van bewoners als het gaat om hun gezondheid in brede zin. Op deze manier krijgen studenten meer kennis van elkaars expertise en leren ze breder naar vraagstukken te kijken dan enkel vanuit hun eigen discipline, op zowel individueel als collectief niveau. Samenwerking staat in dit onderwijs centraal; met andere disciplines maar ook met bewoners, professionals en onderzoekers op de plekken zelf die relevant zijn om tot een oplossing te komen. In deze leeronderzoeksomgevingen leren studenten op de grens van hun discipline samen te werken met veel verschillende stakeholders.

Aandacht voor kwetsbaarheid

Het kunnen samenwerken in netwerken met stakeholders van verschillend pluiimage laat onverlet dat professionals ook een stevige verankering in een specifieke discipline hebben. Dan heb ik het hier

specifiek over de expertise die nodig is om mensen in kwetsbare posities te ondersteunen in hun dagelijkse leven. Die hebben soms een heel traject te doorlopen voordat ze (weer) kunnen meedoen en sociale rollen kunnen oppakken. Voor wie ons lectoraat goed kent, weet dat we in de afgelopen jaren expertise hebben opgebouwd in de relationele ondersteuning bij herstel van psychische aandoeningen, maar ook in de ondersteuning van mensen met een verstandelijke beperking of beginnende dementie (Wilken, 2024; Karbouniaris, 2023; Huizenga, 2022; Wilken & Knevel, 2016;). Op basis van een persoonlijke relatie met de cliënt en een goed begrip van wat nodig en wenselijk is, én de ervaringskennis van de cliënt komen zij samen tot een aanpak voor een goede kwaliteit van leven. Goed kunnen aansluiten op wat nodig is, vraagt om kennis over de context van de cliënt, diens wensen en behoeften maar ook diens aandoening, zonder een diagnose als een dwingend keurslijf te zien. Wat zijn belangrijke factoren om rekening mee te houden in de ondersteuning en de kansen die de samenleving biedt? De kennisontwikkeling daarover staat niet stil. Inmiddels is duidelijk geworden dat het meemaken van – met name meervoudige en langdurige – traumatische gebeurtenissen enorme effecten kan hebben op de psychische en lichamelijke gezondheid (Vereniging Nederlandse Gemeenten, 2021). Meer kennis over traumasensitieve benaderingen kan hertraumatisering in ondersteuning voorkomen en bijdragen aan een betere sociale kwaliteit van leven. Ook de inzet van eigen ervaringen van professionals zelf kan bijdragen aan het herstel van anderen (Karbouniaris, 2023).

Conclusies

- Professionals zijn vaak gericht op het individu en hebben maar beperkt oog voor het verbeteren van de sociale kwaliteit van de samenleving. Dit vraagt om professionals die breder kijken en die actief bijdragen aan de sociale kwaliteit van de samenleving voor mensen in kwetsbare posities.
- Om de sociale kwaliteit van de samenleving te verbeteren, moeten professionals zich ontwikkelen tot zogenaamde netwerkprofessionals.

Deze professionals zijn in staat om effectief te opereren binnen verschillende contexten en logica's, zowel op individueel als collectief niveau, en kunnen omgaan met tegenstrijdige belangen. Het vermogen om een netwerkdialog te voeren is essentieel om een gedragen en inclusieve aanpak te realiseren.

- Het ondersteunen van mensen in kwetsbare posities vereist een diepgaande kennis van hun context, wensen en behoeften. Daarbij moet rekening worden gehouden met de impact van traumatische ervaringen. Een traumasensitieve benadering en het gebruik van ervaringskennis van zowel cliënten als professionals kunnen bijdragen aan een betere kwaliteit van leven.

“

De uitdaging is een balans te vinden tussen de belangen van mensen in kwetsbare posities en die van de eigen organisatie.

8 HET VENSTER VAN DE ORGANISATIE

De keuzes van organisaties en managers zijn bepalend voor de wijze waarop professionals kunnen samenwerken met burgers en andere professionals. Dat begint met een duidelijke en gedragen visie van betrokken organisaties op het vraagstuk en passende werkwijzen en procedures die samenwerking ondersteunen. Het gaat ook om randvoorwaarden als voldoende menskracht, tijd, mandaat, middelen en ondersteunende voorzieningen, zoals ICT en werkplekken.

Wat de geschiedenis van community care ons leert, is dat het niet eenvoudig is om een bres te slaan in het institutionele bolwerk van zorg en welzijn dat in de loop der tijd is opgebouwd. Zoals genoegzaam bekend draagt marktwerking daar ook niet aan bij. Van der Lans (2011) sprak van 'gulzige instituties' die productie moeten draaien, met als gevolg dat indicaties voor zorg en ondersteuning er niet louter zijn voor het welbevinden van de burger maar ook voor zwarte cijfers. Vanzelfsprekend slijpelt dit mechanisme van productie draaien door aan de opdracht van medewerkers in de praktijk.

In een bijeenkomst over hoe organisaties in zorg, welzijn en werk en inkomen proberen bij te dragen aan de participatie van mensen in kwetsbare posities op de arbeidsmarkt, ontstaat de volgende discussie. Een medewerker van een VGZ-organisatie vertelt dat haar organisatie cliënten opleidt om extra werkvaardigheden op te doen. “Maar we zijn een zorgorganisatie en hebben geen opdracht van de overheid als het om participatie gaat”. De eerste vraag die haar organisatie zich altijd stelt voordat begeleiding wordt gestart, is welke financiering de cliënt meebrengt. Immers, het personeel moet worden betaald. “Maar stromen ze dan uiteindelijk ook door naar beschut werk?”, is de vraag van een medewerker van het UWV. Volgens deze medewerker blijven mensen te lang hangen in de dagbesteding terwijl dat niet altijd de beste plek is. Arbeidsvermogen is niet statisch en kan veranderen in de loop van de tijd. “We werken nu aan een optie om cliënten eerst bij ons in dienst te laten komen: een leerwerkplek om extra vaardigheden op te doen” is het antwoord van de VGZ-medewerker. De medewerker van het UWV is daar niet tevreden mee. Ze mist prikkels in de dagbesteding om mensen naar beschut werk dan wel regulier werk te laten doorstromen. “En daarmee onthoud je mensen een eigen inkomen”.

Het zoeken naar de balans tussen de belangen van mensen in kwetsbare posities en de eigen organisatie is niet eenvoudig. Professionals worstelen met de regels en protocollen van de eigen organisatie die een goede aansluiting belemmert op de vraag wat nodig is (zie ook Wittenberg, 2024). Toch zien we in onze onderzoekspraktijk ook organisaties die over hun eigen schaduw proberen heen te springen en tot vernieuwing willen komen. Zo biedt het Gebiedsteam GGZ Houten bewoners met verward gedrag of ernstige psychische

problematiek een integrale levensbrede ondersteuning (Overkamp e.a., 2021). Organisaties voor begeleiding, behandeling, werk & inkomen, ervaringsdeskundigen, huisartsen en welzijnspartners werken samen in een open netwerk om de maatschappelijke participatie van deze bewoners te verbeteren. Het delen van elkaars werkplek, aansluiten bij elkaars overleggen en gezamenlijke visiebijeenkomsten met betrokken stakeholders zijn belangrijke elementen om tot een gemeenschappelijke cultuur te komen.

Wat tot nadenken stemt, is dat rondom ouderen in Houten een vergelijkbaar netwerk is opgebouwd (Project DuurSaam Houten). Met deels dezelfde partners als de gemeente Houten, huisartsen en welzijnspartijen. Netwerken worden opgebouwd langs de lijnen van de instituties in plaats van dat deze rondom de vragen van bewoners worden opgebouwd. Met als risico dat het aanbod van organisaties centraal staat in plaats van dat wat nodig is. ‘Veel wordt verzonnen door organisaties zelf in plaats van dat het uit mensen zelf komt’ verzuchtte een deelnemer aan een bijeenkomst over Beschermd Thuis (Overkamp, 2024).

De vraag is of de huidige ontwikkelingen tot zorgzame buurten in de regioplannen wel zullen aansluiten op de vragen van bewoners. In ieder geval staan de wensen van bewoners zeker op het netvlies, getuige de inspanningen die worden gedaan om hen een plek aan tafel te geven. De vraag is wie uiteindelijk beslist, ook als de uitkomst tegen het belang van de eigen organisatie in gaat. Lukt het de organisaties om zich als de Baron von Münchhausen aan hun eigen haren uit het moeras van marktprikkels omhoog te trekken om tot vernieuwing te komen? Of wordt net als in Vlaanderen de toeleiding naar het bestaande categorale aanbod overheersend, in plaats van dat we zorgzame buurten ontwikkelen rond de hulpvraag van bewoners om het dagelijkse leven te kunnen leiden, ongeacht de beperking die je hebt?

Conclusies

- Het doorbreken van de diepgewortelde structuren in zorg en welzijn is een moeizaam proces, waarbij marktwerking vaak een belemmerende factor blijkt te zijn. Hoewel er inspanningen worden gedaan om de behoeften van burgers centraal te stellen, kan de focus op productie en financiële resultaten ertoe leiden dat deze behoeften ondergeschikt worden gemaakt aan de economische belangen van organisaties.
- Hoewel er inspanningen worden gedaan om de wensen van burgers centraal te stellen, blijft het risico bestaan dat netwerken en zorgaanbod vooral worden vormgegeven vanuit de belangen van organisaties zelf. Dit kan leiden tot een disconnectie tussen wat er werkelijk nodig is en wat er wordt aangeboden, waardoor de vraag rijst of huidige initiatieven wel echt aansluiten bij de behoeften van de burgers.

“

Marktwerving in zorg
en welzijn belemmert
de samenwerking
tussen professionals
en het centraal stellen
van de behoeften van
burgers.

9 VENSTER BELEID EN BESTUUR

De wijze waarop het stelsel van zorg en welzijn in Nederland is ingericht, wordt bepaald in het venster van Bestuur en Beleid. Ook op dit niveau wordt een geïntegreerde ambitie met een bijbehorende aanpak als bevorderlijk gezien voor samenwerking op de werkvloer, evenals ondersteunende regelgeving, een heldere visie en duidelijk beleid. Het huidige stelsel kent echter uitdagingen: er is sprake van een complex, gefragmenteerd en met elkaar concurrerend stelsel waarin domeinoverstijgende samenwerking niet wordt bevorderd of beloond. In dit venster werp ik een blik op een aantal factoren die van invloed zijn op de mate waarin een zorgzame samenleving voor mensen in kwetsbare posities tot stand kan komen.

Systeem

Het zal inmiddels duidelijk zijn dat de samenwerking tussen professionals onderling, cliënten en hun naasten niet eenvoudig is, door marktwerving in zorg en welzijn en de wijze waarop financiering en verantwoording zijn ingericht. Het werkt verkokering en concurrentie tussen partijen in de hand waardoor het belang en de behoeften van burgers op de achtergrond raken (RVS, 2023; RVS, 2022). De wijze waarop individuele organisaties worden gefinancierd, bemoeilijkt de inzet voor het collectief (Van Leeuwen e.a., 2023). Tevens leidt de bijbehorende verantwoordingsdrift tot een hogere werkdruk voor professionals met een uittocht van deze broodnodige krachten tot gevolg (Jansen e.a., 2020; Middelweerd, 2021).

Investeren in het nieuwe hoofdveld

De waarde die aan het nieuwe hoofdveld (voorheen voorveld) wordt gehecht, vertaalt zich vooralsnog niet in klinkende munt. De financiering van dit 'hoofdveld' is een lappendeken van subsidies en uitkeringen die aflopen, regelmatig ter discussie staan en steeds weer opnieuw

bevochten moeten worden. Op dit moment maken gemeenten zich op voor het 'Ravijn van Rutte' met flinke bezuinigingen van het Rijk op het Gemeentefonds. Er is een hardnekkig geloof dat gemeenten geld kunnen besparen door efficiënter te werken, mede doordat ze dichter bij burgers zouden staan. De decentralisaties van de herziening Wmo, Participatiewet en Jeugdwet naar gemeenten hebben niet geleid tot minder uitgaven en meer participatie van mensen met een beperking. De tekorten in bijvoorbeeld het jeugdzorgstelsel lopen fors op. Aannames over het vermijden van zwaardere zorg door vroeg ingrijpen, blijven onverminderd van invloed op het beleid, hoewel het empirisch gehalte van deze aanname op zijn minst ter discussie staat (Jeugdautoriteit, 2023). Zeker als we gemeenschappen en de sociale basis willen versterken, zal dit gepaard moeten gaan met een structurele stabiele financiering van een stevige sociale basisinfrastructuur waarop we de zorgzame samenleving kunnen bouwen.

Reflectie op de beleidstheorie

Het voorgaande is een goed voorbeeld van een redenering uit een beleidstheorie waarvoor de empirische validering uitblijft. Als het gaat om zorg in en door de samenleving, laten lessen uit het (recente) verleden zien dat bedachte interventies niet altijd uitpakken zoals bedoeld en dat doelstellingen als beoogd, niet worden behaald. Dit leidt niet tot een kritische reflectie en een andere aanpak. De eenmaal ingeslagen weg lijkt steeds verder te worden afgelopen, met steeds verstrekken gevolgen voor mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben. Het vraagt om een kritische reflectieve houding van beleid en bestuur (zowel op landelijk als lokaal niveau) ten aanzien van wat (niet) werkt in de ontwikkeling van de zorgzame samenleving.

Passende sturingsfilosofie

Maar ook al is een beleidstheorie gestoeld op eerdere ervaringen, wetenschappelijke inzichten en kennis uit de praktijk, dan nog is succes niet verzekerd. Doelen en middelen in beleid zijn niet neutraal maar hangen altijd aan posities; het doel of middel is van 'iemand' (Bannink

& Bosselaar, 2020). Zo is een belangrijke aanname uit de huidige beleidstheorie van community care dat wanneer mensen in de buurt meer naar elkaar omkijken (middel), de inzet van professionele zorg afneemt (doel). De overheid en zorgorganisaties zijn gebaat met minder inzet van professionals vanwege de hoge kosten en het gebrek aan menskracht. Als burgers meer zelf doen, wordt dit doel bereikt. Maar zoals we in het venster van de burger hebben gezien, staan burgers niet als vanzelf te trappelen om de zorg van professionals over te nemen. Ook is het verminderen van zorgkosten niet hun doel. Zij willen goede ondersteuning en vinden dat de overheid daar een verantwoordelijkheid in heeft. Of ze willen als mantelzorger als gelijkwaardige partner worden gezien naast professionele krachten. Ook is het de vraag of je niet juist eerst moet investeren in gemeenschappen om tot meer gemeenschapszin te komen (zie ook Peeters, 2024). De complexiteit van samenwerkingsrelaties is toegenomen waardoor het beleid eigenlijk nooit meer af is (Bannink & Bosselaar, 2020). Zij komen tot de conclusie dat 'beleid maken niet langer een kwestie is van een beleidstheorie opstellen, toetsen en uitvoeren, maar een voortdurend aftasten van de effecten van gekozen strategieën en de gezette stappen en die steeds opnieuw overwegen en heroverwegen (p. 199). Daarbij gaat het niet alleen om doeleinden en middelen maar ook om de bijbehorende actoren wiens gedrag onvoorspelbaar is. Hedendaags besturen veronderstelt dat degene die onderwerp van dat bestuur is, tegelijkertijd zelf ook stuurt.

Dit alles raakt aan de logica van de netwerkende overheid zoals Van der Steen e.a. (2015) dit hebben uitgewerkt. Binnen deze logica ligt de sleutel voor de 'oplossing' van complexe maatschappelijke vraagstukken in handen van samenwerkende partijen binnen en buiten de overheid. Doelstellingen en ambities worden geformuleerd in termen van overkoepelende publieke waarden. Een netwerkende overheid smeedt en ondersteunt hierbij resultaatgerichte coalities van burgers en organisaties die zelf verantwoordelijkheid willen en kunnen nemen, resulterend in bijvoorbeeld convenanten. Daarnaast onderscheiden Van

der Steen e.a. (2015) het perspectief van de responsieve overheid. Dit perspectief gaat uit van initiatieven in de samenleving door partijen die hun eigen randvoorwaarden en bedoelingen hebben. Denk aan de zorgzame buurten waarbij burgers vooral in de lead zijn. Daarbij is het voor de overheid de kunst om dat wat 'buiten' gebeurt, te koppelen aan de eigen ambities. Daar past een strategie bij van samen optrekken en al gaandeweg zien hoe gedeelde doelen een stap dichterbij kunnen worden gebracht. Welke vorm van overheidssturing ook wordt gekozen, het zal duidelijk zijn dat een overheid die van binnen naar buiten werkt en waarbij de samenleving aan het eind van het beleidsproces het beleid 'ontvangt', in dit geval niet effectief zal zijn.

Governance en regie

Een punt van aandacht is de vraag: wie heeft in gezamenlijk opgestelde plannen de regie? De aanname dat partijen gezamenlijk verantwoordelijkheid kunnen dragen voor een overkoepelende publieke waarde, zonder een duidelijke verdeling van verantwoordelijkheden en afspraken over regievoering, is naïef (Van Leeuwen e.a., 2023). In de regionale samenwerking in de zorg voor mensen met dementie komen zij tot de conclusie dat wanneer een heldere verdeling van verantwoordelijkheden en afspraken over regievoering ontbreekt, het enkel blijft bij de uitwisseling van ervaringen. Er is een trekker nodig. Ook Mouton en Schrijvers (2023) missen een duidelijke governancestructuur in de regioplannen die voortkomen uit het IZA. Zonder duidelijke sturing dreigen dit ook plannen te blijven. En die sturing zou volgens hen niet van een marktpartij moeten komen maar van het openbaar bestuur. Ook in onze verschillende netwerkbijeenkomsten over de beweging van beschermd wonen naar beschermd thuis, werd meer dan eens de oproep gedaan voor meer regie om fragmentatie te voorkomen. Maar minstens zo belangrijk is dat in de netwerken van samenwerkende partijen de belangen van burgers goed worden meegewogen. Zeker in de situatie waarin de stem van burgers in kwetsbare posities moet weerklinken aan overlegtafels met organisaties die niet belangeloos zijn (zie ook Plovie & Goris 2024). Dit

vraagt om goede afspraken over hoe besluitvorming tot stand komt, maar ook een openbaar bestuur dat pal staat voor de belangen van de bewoners die het vertegenwoordigt.

Conclusies

- De huidige inrichting van marktwerking en financiering in de zorg- en welzijnssector bemoeilijkt effectieve samenwerking tussen professionals en belemmert het centraal stellen van de behoeften van burgers. Dit systeem leidt tot verkokering, concurrentie en een hogere werkdruk, wat resulteert in een uitstroom van professionals die juist hard nodig zijn.
- Het ontbreekt aan stabiele, duurzame en voldoende financiering voor het versterken van gemeenschappen en de sociale basisinfrastructuur. Ondanks de decentralisaties en de nadruk op vroeg ingrijpen om kosten te besparen, blijven de tekorten toenemen, vooral in de jeugdzorg en welzijn. Het ontbreekt aan empirisch bewijs dat deze beleidsaannames effectief zijn, wat vraagt om kritische reflectie en heroverweging van het beleid.
- Het succes van overheidssturing bij complexe maatschappelijke vraagstukken hangt sterk af van de manier waarop verantwoordelijkheid en regie worden verdeeld binnen samenwerkingsverbanden. Zonder duidelijke governance en regievoering dreigen plannen fragmentarisch en ineffectief te blijven, met als bijkomend risico dat de belangen van burgers, vooral die in kwetsbare posities, onvoldoende worden meegenomen in de besluitvorming.

Het zal duidelijk zijn geworden dat de weg naar een zorgzame samenleving voor mensen in kwetsbare posities niet eenvoudig is. Het vraagt om een integrale aanpak, waarbij de invloed van burgers in kwetsbare posities op de besluitvorming die hen aangaat, wordt verbeterd. Daarnaast dient de rol van informele netwerken te worden versterkt, zonder dat deze worden overbelast. Een hernieuwd vertrouwen in instituties is essentieel, evenals de ontwikkeling van netwerkprofessionaliteit die gericht is op het verbeteren van de sociale

kwaliteit van de samenleving. Nodig is ook dat in deze sociale kwaliteit daadwerkelijk wordt geïnvesteerd in plaats van bezuinigd. Tevens vraagt het om een kritische herziening van marktwerking en financiering in de zorg. Door de verschillende elementen meer in samenhang te zien en te combineren, komt een zorgzame samenleving voor mensen in kwetsbare posities hopelijk een stap dichterbij. Als lectoraat kunnen we daar op onderdelen een bijdrage aan leveren.

“

We hanteren
bij voorkeur de
methodologie
van participatief
actieonderzoek.

10 DE PROGRAMMALIJNEN VAN HET LECTORAAT

Het lectoraat Participatie, Zorg en Ondersteuning richt zich op het bevorderen van de kwaliteit van leven van mensen in kwetsbare posities. Met name als het gaat om meetellen en meedoen in de samenleving. Onze focus is specifiek gericht op volwassenen, van jong tot oud, die te maken hebben met een bepaalde cognitieve problematiek of psychische kwetsbaarheid, en die in relatie hiermee ondersteuningsbehoeften hebben. Ze wonen over het algemeen zelfstandig maar hebben op onderdelen in hun leven ondersteuning nodig voor hun sociaal functioneren in de samenleving. Dit met behulp van de mensen uit hun netwerk, professionals of voorzieningen in de leefomgeving die voor iedereen toegankelijk zijn. In samenwerking met een goede sociale kwaliteit van de samenleving kan een goede kwaliteit van leven van het individu (en de naasten) ontstaan.

Langs drie programmalijnen willen we de komende jaren een bijdrage leveren aan een goede kwaliteit van leven voor mensen met een bepaalde kwetsbaarheid, zowel in de ondersteuning van mensen zelf en hun naasten, als op het niveau van de samenleving. In onze programmalijnen ontwikkelen we kennis voor beroepspraktijk, opleidingen, bestuur en beleid, en wetenschap teneinde sociale kwaliteit te verbeteren. Deze programmalijnen zijn: Integraal werken aan community care, Ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid, en Trauma, veerkracht en herstel.

Programmalijn 1 Integraal werken aan community care

De plek waar mensen wonen en leven vormt de basis voor community care. Onder een community op lokaal niveau verstaan we vrienden, burens, zelfhulpgroepen, kerken, buurtcentra en allerlei clubs waar

mensen zich verenigen rondom sport, cultuur of belangen. Samen vormt dit het sociale kapitaal c.q. de sociale basis van een gemeenschap. In navolging van Bulmer onderscheiden we daarnaast 'care in the community' (zorg en ondersteuning door professionals van diverse organisaties) en 'care by the community': zorg en ondersteuning door familie, vrienden en vrijwilligers. Community care is uiteindelijk een combinatie van al deze begrippen: een combinatie van informele zorg, vrijwilligerszorg en professionele ondersteuning waarbij sprake is van verzorging, emotionele en sociale ondersteuning. Het behoeft weinig betoog dat wanneer deze gemeenschap over essentiële hulpbronnen beschikt, zoals gemeenschappelijke voorzieningen, een veilige openbare ruimte en werkgelegenheid die voor iedereen toegankelijk zijn, mensen in een kwetsbare positie goed kunnen wonen en leven. Een gemeenschap van goede sociale kwaliteit heeft ook een preventieve werking. De projecten die binnen deze lijn (gaan) vallen, passen dan ook binnen de ambities en activiteiten van het programma Sprong Prevent en HU Gezond & Wel.

In deze onderzoekslijn ligt de focus op de integrale aanpak om tot een zorgzame samenleving te komen voor mensen in kwetsbare posities. Daarbij bouwen wij voort op het 4V-model dat we in de afgelopen jaren hebben ontwikkeld (zie ook hoofdstuk 5). De komende jaren doen we nader onderzoek naar wat integraal werken aan community care belemmert of kan bevorderen.

Als scharnierpunt tussen de leefwereld van burgers en de systeemwereld, vervult de professional een cruciale rol in de totstandkoming van community care. Zeker als het gaat om mensen in een kwetsbare positie. Zowel qua ondersteuning als qua verbetering van de sociale kwaliteit van de samenleving. Dan gaat het allereerst om het versterken van de samenwerking tussen de mensen om wie het gaat, hun naasten en professionals. Hier integreren we onze kennis over de samenwerking tussen formele en informele zorg (zie Witteveen e.a., 2021). Zeker bij mensen met meervoudige ondersteuningsbehoeften, is goede

samenwerking tussen professionals (en organisaties) van groot belang. We doen onderzoek naar hoe interprofessionele samenwerking kan worden bevorderd, en richten ons hier met name op het snijvlak van sociaal functioneren en gezondheid. Of anders gezegd: op de aansluiting tussen het sociaal domein en het zorgdomein. Dit is de komende jaren een van de thema's die door de landelijke sectorraad van de hogere sociale studies zijn geprioriteerd voor het onderwijs.

Tot slot bouwen we voort op de kennis die we de afgelopen jaren hebben opgedaan, onder andere op het gebied van het vertalen van het VN-verdrag Handicap naar de praktijk van sociaal professionals, om zo bij te dragen aan sociale inclusie van mensen in kwetsbare posities (Knevel, 2024). Enerzijds gaat het hier om een inclusieve en gelijkwaardige samenwerking tussen professionals, cliënten en hun naasten. Anderzijds betreft het hier ook de bijdrage die professionals kunnen leveren aan een inclusieve samenleving voor mensen in kwetsbare posities: hoe dragen professionals bij aan meer ruimte voor mensen die anders zijn, op tal van onderdelen in onze samenleving?

Programmalijn 2 Ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid

In onze tweede onderzoekslijn draait het om de kracht en potentie van persoonlijke ervaringen en ervaringskennis. Ook dit thema krijgt van de landelijke sectorraad van de hogere sociale studies prioriteit voor wat betreft het opleiden van toekomstige professionals. Ervaringskennis als bron vormt naast de andere kennisbronnen een belangrijke basis voor het sociaal werk.

In deze lijn gaat het enerzijds om theoretische en conceptuele ontwikkeling van ervaringskennis als belangrijke kennisbron, en anderzijds om het omzetten van ervaringskennis naar handelingskennis voor burgers en (aankomende) professionals. Dit past goed bij vormen van herstel- en ontwikkelingsgerichte ondersteuning en traumasensitief werken.

Samen met opleidingen binnen het expertisegebied Samen Gezond werken we aan de implementatie van ervaringskennis in de curricula van onder andere de opleidingen social work en verpleegkunde. Dit sluit aan bij de ambitie van Hogeschool Utrecht om te werken aan gepersonaliseerd leren en studentenwelzijn. Recht doen aan persoonlijke ervaringen, talenten en passies van studenten draagt bij aan erkenning en waardering, en versterkt het gevoel van ‘belonging’ – meetellen en meedoen – in de HU als gemeenschap.

Tevens doen we onderzoek naar hoe we de ervaringen van burgers op een goede manier kunnen onderzoeken, en ervaringen kunnen helpen omzetten naar ervaringskennis als kennisbron voor praktijk, onderwijs, beleid en wetenschap. In het verlengde hiervan dragen we bij aan vormen van *citizen science*. In dit kader nemen we de komende jaren deel aan de Spronggroep Bridge2Health. Maar ook binnen Sprong Prevent dragen we bij aan het laten doorklinken van de stem van (kwetsbare) bewoners als het gaat de verbetering van hun gezondheid in brede zin.

Programmalijn 3 Trauma, veerkracht en herstel

In de derde onderzoekslijn bouwen we voort op onze kennis rond relationele ondersteuning bij herstel van psychische aandoeningen. Aangezien steeds duidelijker wordt dat traumatische ervaringen vaak ten grondslag liggen aan vormen van psychische kwetsbaarheid, willen we nader onderzoeken wat de impact van verschillende vormen van trauma is, hoe mensen daar mee omgaan en hoe veerkracht en herstel in een vroeg stadium kunnen worden bevorderd. In tegenstelling tot wat vaak gedacht wordt, betreft (psycho)trauma niet alleen heftige gebeurtenissen zoals seksueel misbruik, mishandeling en het meemaken van geweld, vluchten uit een thuisland, sociale uitsluiting of discriminatie. Ook het ontbreken van zorg, opgroeien in armoede of blootgesteld worden aan ongezonde invloeden van verzorgers, zoals intergenerationeel trauma en verslaving, kunnen een stempel achterlaten. Het vraagt een groeiend bewustzijn dat trauma in veel

levens aanwezig is, ook al is dat soms niet goed zichtbaar of kan het niet als zodanig worden herkend (VNG, 2021).

Traumasensitieve benaderingen gaan uit van het belang van werken binnen een stevige relatie en pogen hertraumatisering te voorkomen, met maximale zelfregie en autonomie, om zo te komen tot een gezamenlijk betekenisgeving. Hiermee sluit een traumasensitieve aanpak aan bij een herstelgerichte benadering. Aandacht voor psychotrauma, veerkracht en herstel past bij een andere kijk op gezondheid, waarbij minder nadruk ligt op ‘ziek zijn’ en vooral een ontwikkelkant wordt aangeboord. Praktijkgericht onderzoek is nodig om het werkveld, de opleidingen en de wetenschap te voeden met meer kennis over traumasensitieve benaderingen.

Het is belangrijk dat deze kennis terecht komt bij professionals in het onderwijs, de zorg en de opvoedingsondersteuning, en hen handvatten geeft hoe hiermee om te gaan. Hierbij is specifiek aandacht nodig voor integratieve methoden en benaderingen. Niet iedereen is verbaal even sterk, en om die reden is het van belang om ook non-verbale (creatieve en lichaamsgerichte) methoden te verkennen.

Werkwijze en methodologie

De complexe vraagstukken waar we voor staan, de noodzaak om de stem van de mensen om wie het gaat te laten doorklinken én onze ambitie om concreet bij te dragen aan innovaties in de dagelijkse praktijk: dit alles heeft consequenties voor de wijze waarop we ons onderzoek inrichten. We hanteren bij voorkeur de methodologie van participatief actieonderzoek, waar nodig in combinatie met andere methoden van onderzoek. Het betrekken van relevante stakeholders uit de verschillende vensters van het 4V-model bij de start en uitvoering van een onderzoek, vergroot de kans op draagvlak, afstemming en een betekenisvolle interventie. Ook maken we graag gebruik van methoden van co-creatie met behulp van de expertise van het lectoraat Co-Design. Dit sluit ook aan bij onze voorkeur voor vormen van evidence-informed

onderzoek. Hierin includeren we zowel theoretische kennis, praktijkkennis als ervaringskennis. Het liefst doen we dat in meerjarige, duurzame samenwerkingsverbanden. Onze doelstelling is om ons verder te bekwamen in participatief actieonderzoek, zodat we beter in staat zijn onze onderzoeksresultaten te generaliseren voor de beroepspraktijk. De komende jaren gaan we nog meer aandacht besteden aan doorwerking en impact. Doorwerking vindt al plaats in de settingen waar onze projecten zich afspelen, maar kan versterkt worden als het gaat om implementatie van kennis in de bredere beroepspraktijk, het onderwijs en de wereld van bestuur en beleid. Ook hier gebruiken we het 4V-model als hulpmiddel om beoogde doorwerking naar relevante stakeholders in de verschillende vensters te concretiseren. In de hoop dat we als lectoraat ook aan de knoppen van sociale kwaliteit weten te draaien, zodat de kwaliteit van leven van mensen in kwetsbare posities wordt verbeterd.

“

We willen als lectoraat ook aan de knoppen van sociale kwaliteit draaien, zodat de kwaliteit van leven van mensen in kwetsbare posities wordt verbeterd.

DANKWOORD

De positie van mensen wordt kwetsbaarder wanneer zij over weinig hulpbronnen beschikken om hun problemen het hoofd te kunnen bieden. Nu mag ik zeker niet klagen over de problemen in mijn eigen leven, maar zonder mijn hulpbronnen zou ik niet staan waar ik nu sta en was ik niet de persoon geweest die ik ben geworden. Ik wil mijn hulpbronnen dan hier ook heel graag bedanken.

Allereerst het College van Bestuur van Hogeschool Utrecht voor het gestelde vertrouwen en de ruimte die ik heb gekregen om als lector Participatie, Zorg en Ondersteuning te mogen starten. Maar ook voor jullie energie om de HU vooruit te helpen. Ik voel me thuis bij Hogeschool Utrecht, al bijna vijftien jaar. Mijn dank gaat ook uit naar Nico de Vos voor al zijn positieve support en vertrouwen in mijn eerste jaar als lector. Ik zie uit naar het vervolg!

Dank ook aan alle bevlogen collega's van het lectoraat PZO voor de samenwerking, de inspiratie en de inzichten die we in de afgelopen jaren met elkaar mochten delen. Wat doen we toch mooie projecten met elkaar! Graag zet ik deze lijn met jullie voort. Dank ook voor alle steun en aansporingen bij de totstandkoming van deze les. Twee mensen wil ik in het bijzonder danken op mijn weg hiernaartoe. Ard Sprinkhuizen voor zijn niet aflatende vertrouwen en de immer ietwat ontregelende maar rake feedback op deze openbare les. Maar bovenal Jean-Pierre Wilken voor de ruimte die hij biedt om mijn eigen lijn als lector uit te zetten, voor de goede samenwerking en het delen van al zijn kennis en ervaring die nog groter zijn dan ik al dacht.

Als lectoraat zouden we nergens zijn zonder bevlogen mensen in de beroepspraktijk die willen innoveren. Samen werken we aan meer sociale kwaliteit voor mensen in kwetsbare posities. Dan heb ik het

niet alleen over professionals uit allerlei organisaties maar ook over mantelzorgers, vrijwilligers en mensen met ervaringskennis. We hebben elkaar nodig om betekenisvolle stappen te kunnen zetten naar een zorgzame samenleving. Ik zie uit naar onze samenwerking in de komende jaren!

Wie zeker niet op deze plek mogen ontbreken zijn de collega's van de HU met wie ik in de afgelopen jaren heb samengewerkt. Mijn collega's maar ook studenten van het Instituut voor Social Work die mij de betekenis van sociaal werk op allerlei manieren hebben bijgebracht. De lectoren en onderzoekers van het Kenniscentrum Sociale Innovatie van wie ik altijd weer onder de indruk ben als ik zie en lees wat zij aan kennis en inzichten opleveren. Maar ook de samenwerking met de HU-collega's van de 'zorg' wil ik hier noemen. Jullie energie en wil om meer samen te werken en het anders te willen doen, zijn aanstekelijk.

Veel dank gaat uit naar de mensen met wie ik al heel lang samen oploop in dit leven. Die op allerlei momenten in mijn leven van betekenis zijn geweest – en ik mag hopen dat dit ook omgekeerd zo was. In het bijzonder dank ik mijn lieve ouders, zus en broers. De betekenis van een stabiele, gelukkige jeugd is na vijftien jaar sociaal werk wel tot mij doorgedrongen. En natuurlijk dank ik de immer opgewekte Roelof en onze lieve, bijna altijd verstandige kinderen Noor en Hein voor alles wat zij voor mij betekenen.

BIOGRAFIE



Els Overkamp werkt sinds 2011 aan Hogeschool Utrecht. Eerst als hogeschoolhoofddocent bij het lectoraat Participatie, Zorg en Ondersteuning, tot 2023 in combinatie met een aanstelling bij het Instituut voor Social Work. Sinds 1 september 2023 geeft zij als lector samen met lector Jean-Pierre Wilken leiding aan dit lectoraat.

De focus van haar onderzoek is gericht op de integrale samenwerking rondom maatschappelijke vraagstukken op het snijvlak van zorg en welzijn. Zo is zij actief betrokken bij HU Gezond & Wel en is zij een van de trekkers binnen Sprong Prevent. In beide projecten – onderdeel van het HU Expertisegebied Samen Gezond – staat de samenwerking tussen zorg en welzijn centraal, met als doel de kwaliteit van leven te verhogen en gezondheidsverschillen

tussen mensen in onze samenleving te verminderen. Een mooie ontwikkeling waarin een sterke positionering van het sociaal domein aandacht vraagt. Ook is Els betrokken bij de initiatiefgroep Beschermd Thuis van het kennisplatform Utrecht Sociaal. In deze initiatiefgroep werken maatschappelijke organisaties, gemeente en onderzoekers van het Kenniscentrum Sociale Innovatie samen om een beschermd thuis voor mensen in kwetsbare posities in regio Utrecht een stap verder te brengen.

Els Overkamp is bestuurskundige en gepromoveerd aan Universiteit Twente op een onderzoek naar de integratie van mensen met een verstandelijke beperking in de samenleving (2000). Zij was

daarna werkzaam als directiesecretaris en hoofd stafbureau beleid bij een GGD, consultant in verpleging en verzorging en hogeschoolhoofddocent bij Social Work van Hogeschool Utrecht. In deze laatste functie heeft ze zich bij Hogeschool Utrecht ontwikkeld tot een verbindingsofficier tussen onderwijs, onderzoek en beroepspraktijk. Zo droeg zij als projectleider van een omvangrijke onderwijsinnovatie – waarin drie opleidingen werden samengevoegd tot de bachelor Social Work – bij aan een opleidingsstructuur waarin lectoraten, beroepspraktijk en onderwijs beter met elkaar zijn verbonden. Binnen het lectoraat was zij verantwoordelijk voor de onderzoekslijn Integraal Werken met een gevarieerde projectenportefeuille. Ze was onder andere samen met Movisie projectleider van Bouwen aan een thuis, een meerjarig praktijkgericht onderzoeksprogramma in het sociale domein, waarin samen met U-16 gemeenten, zorg- en welzijnsaanbieders en brancheorganisaties gebouwd werd aan woon-welzijnsarrangementen voor mensen die kampen met langdurige psychische problematiek of thuisloosheid.

Els werkt graag samen op de grens van disciplines en domeinen. Vaak in de rol als trekker maar net zo makkelijk als lid van het team. Voorop staat het doel dat we willen bereiken en welke expertise en/of talent daarvoor nodig is. Als lector trekt Els deze lijn graag door. In de vraagstukken waar we voor staan – waaronder de kwaliteit van de ondersteuning van hen die niet zelfredzaam zijn – is samenwerking met allerlei disciplines, onderwijs en beroepspraktijk onontbeerlijk. Als lector wil Els haar inhoudelijke kennis, onderzoekservaring en verbindende capaciteiten inzetten om daarin een spilfunctie te vervullen.

LITERATUUR

Alderliesten, H., Andries, M., Dorenbos, R., Hiemstra, A., Jansen Lorkeers, L., Tuinstra, J., Verharen, L. & Wolf, J. (2022). *Werken aan bestaanszekerheid*. Utrecht: Werkplaatsen Sociaal Domein.

Alzheimer Nederland (z.d.). *Feiten en cijfers over dementie*. Geraadpleegd op 14 juli 2024 op <https://www.alzheimer-nederland.nl/dementie/feiten-en-cijfers-over-dementie>.

Andeweg, R. & Van Gunsteren, H. (1994). *Het grote ongenoegen: over de kloof tussen burgers en politiek*. Bloemendaal: Aramith.

Beck, W., Maesen, L., Thomése, F. & Walker, A. (2001) *Social Quality: A vision for Europe*. Kluwer Law International.

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

Binkhorst, J., Overkamp, E., Sprinkhuizen, A. & Wilken, J.P. (2019). *Integraal werken ontrafeld*. Hogeschool Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie.

Binkhorst, J. (2021). *Lokaal en integraal werken aan participatie*. Hogeschool Utrecht & Movisie.

Boevink, W. (2017). *Over herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid in de psychiatrie*. Maastricht: Universiteit van Maastricht.

Bosselaar, H. & Bannink, D. (2020). Hoogerwerf 'revisited'. Over de beleidstheorie 2.0 en de Participatiewet. In H. Bosselaar (red.), *Met andere ogen: Onderzoekers over 5 jaar Participatiewet* (blz. 191-200). Meppel: Boom bestuurskunde.

Bosselaar, H. & Bannink, D. (2023). Boundary spanning. In: L. Veldboer, R. Engbersen, E. Hooghiemstra, J. Jansen, L. Koeter, L. Repetur, J. Rözer & A. Sprinkhuizen (red.), *Lexicon nabijheid en sociaal werk*, (pp. 357-364). Amsterdam; Van Genneep.

Boumans, J., Kroon, H. & Van der Hoek, B. (2023). *GGZ uit de knel*. Utrecht: Trimbos Instituut.

Bredewold, F. (2014). Lof der Oppervlakkigheid. *Contact tussen mensen met een verstandelijke of psychiatrische achtergrond en buurtbewoners*. Amsterdam: Van Genneep.

Bredewold, F. & Verplanke, L. (2018). Ik blijf een kwetsbaar mens met een kwetsbaar netwerk. De moeizame praktijk van het inzetten van sociale contacten. In: F. Bredewold, J.W. Duyvendak, T. Kampen, E. Tonkens & L. Verplanke (red.), *De verhuizing van de verzorgingsstaat*, (pp. 71-100). Amsterdam: Van Genneep.

Bredewold, F. & Van der Weelde, S. (2024). *Een wereld van verschil. Instellingsterreinen en het goede leven voor mensen met een verstandelijke beperking*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Bressers, D., Van Twist, M., Schram, J. & Van der Steen, M. (2017). *Weten wat er speelt. Perspectieven op de verhouding tussen beleidsmakers en de uitvoeringspraktijk*. Den Haag: Nederlandse School voor Openbaar Bestuur.

Britt, A., Kwakernaak, M., De Meere, F., Reches, L., Schell, I., De Wit, N., Rensen, P., Engbersen, R., De Zwart, O., Voorwinden, M. & Kok, L. (2022). *Leren, sturen en verantwoorden in de sociale basis*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Bulmer, M. (1987). *The Social Basis of Community Care* (2e druk 2016). New York: Routledge.

Canoy, M., Smelik, J. & Ham, M. (2023). *Zorgzame buurten. Inspirerende initiatieven die het systeem trotseren*. Utrecht: Movisie.

Carlsson, H. & Kremer, M. (2024). Onze ouderenzorg is ondoorgrondelijk en vercommercialiseerd. *Tijdschrift voor Sociale Vraagstukken*, 2024(2), 16-17.

Centraal Bureau voor de Statistiek (28 maart 2024). *Bijna 1 op de 10 dochters van 80-plussers zwaar belast door mantelzorg*. Geraadpleegd op 15 juni 2024 op <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2024/13/bijna-1-op-de-10-dochters-van-80-plussers-zwaar-belast-door-mantelzorg>

Coalitie van Zorg naar Leven (z.d.). Community Care. Geraadpleegd op 16 juli op <https://vanzorgnaargewoonleven.nl/community-care/>.

De Boer, A., De Klerk, M., Verbeek-Oudijk, D. & Plaisier, I. (2020). *Blijvende bron van zorg. Ontwikkelingen in het geven van informele hulp 2014-2019*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

De Boer, A., & De Roos, S. (2022). *Kerncijfers jonge mantelzorgers in Nederland (16-24 jaar)*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

De Klerk, M., Eggink, E., Plaisier, I., & Sadiraj, K. (2023). *Zicht op zorgen*. Sociaal en Cultureel Planbureau.

De Klerk, M., De Boer, A., Plaisier, I. & Schyns, P. (2017). *Voor elkaar? Stand van de informele hulp in 2016*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

De Klerk, M., De Boer, A. & Plaisier, I. (2015). *Wie zorgt er voor mensen met psychiatrische of verstandelijke problemen?* 29 april 2015, geraadpleegd op 4 juli 2024 op <https://www.socialevraagstukken.nl/wie-zorgt-er-voor-mensen-met-psychiatrische-of-verstandelijke-problemen/>.

Dewulf, D. & Verlinden, E. (2019). *Aan de slag met buurtgerichte zorg*. Politeia.

Dingshoff, M., Nieman, E. & Boonen, A. (2023). *Boundary Crossing. Grenzen overbruggen in de interprofessionele samenwerking tussen school, kinderopvang en welzijnswerk*. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie.

Dauwerse, L., De Vijlder, F. & Weijzen, S. (2019). De netwerkprofessional: een lerende werker. In: W. Kuijer-Siebelink, S. Weijzen & F. de Vijlder (red.), *Grensoverstijgend samenwerken, leren en opleiden in het sociaal en gezondheidsdomein*, (pp. 17-26). Nijmegen: HAN University of Applied Sciences.

Duyvendak, J.W. (2009). *Hans Achterhuis na dertig jaar herlezen: Ongekend radicale kritiek op welzijnswerk*. 1 september 2009, geraadpleegd op 10 juni 2024 op <https://www.socialevraagstukken.nl/hans-achterhuis-na-dertig-jaar-herlezen-ongekend-radical-kritiek-op-welzijnswerk/>.

Eggink, E., Woittiez, I. & De Klerk, M. (2020). *Maatwerk in Meedoen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Embregts, P., Moonen, X., Naaldenberg, J., Sterkenburg, P. & van der Putten, A. (2021). De waarde van ervaringskennis: Ervaringen vanuit verschillende academische werkplaatsen verstandelijke beperkingen. *Tijdschrift voor Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten*, 39(3), 181-186.

Engbersen, R. & Sprinkhuizen, A. (2023). Sociale Basis. In: L. Veldboer, R. Engbersen, E. Hooghiemstra, J. Jansen, L. Koeter, L. Repetur, J. Rözer & A. Sprinkhuizen (red.), *Lexicon nabijheid en sociaal werk*, (pp. 23-31). Amsterdam; Van Gennep.

Freidson, E. (2001). *Professionalism. The third logic*. Cambridge: Polity Press.

Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. London: Penguin.

Horstman, K. & Knibbe, M. (2022). *Publieke ruimte die gezondheidsverschillen vermindert*. Geraadpleegd op 9 juli 2024 op <https://www.socialevraagstukken.nl/publieke-ruimte-die-gezondheidsverschillen-vermindert/>.

Huijnk, W., Josten, E. & Vlasbom, J.D. (2024). Brede participatie. In: L. Vermeij, Y. de Kluizenaar, M. Reijnders & M. Coenders (red.), *Koersen op kwaliteit van de samenleving. Sociale en culturele ontwikkelingen 2024* (pp. 48-60). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Hulsbosch, L., Zwanenburg, B., Knispel, A., Van Wezel, M. & Kroon, H. (2023). *Panel psychisch gezien*. Utrecht: Trimbos Instituut.

Huizenga, J., Scheffelaar, A., Fruijtier, A., Wilken, J.P., Bleijenbergh, N. & Van Regenmortel, T. (2022). Everyday Experiences of People Living with Mild Cognitive Impairment or Dementia: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10828. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph191710828>.

Huizenga J., Scheffelaar, A., Bleijenberg, N., Wilken, J.P., Keady, J., Van Regenmortel, T. (2023). What matters most: Exploring the everyday lives of people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2023 (Aug;38(8):e5983. doi: 10.1002/gps.5983. PMID: 37565538).

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (z.d.). *Zorg- en hulpverlening aan mensen met een licht verstandelijke beperking*. Geraadpleegd op 10 september 2024 op <https://www.igj.nl/zorgsectoren/gehandicaptenzorg/zorg-voor-mensen-met-een-licht-verstandelijke-beperking>.

Interbestuurlijke werkgroep versterking beleid huisvesting aandachtsgroepen (2021). *Een thuis voor iedereen*, 8 juli.

Jansen, J., Ketel, J., Liefhebber, S., Panhuijzen, B. & Van Pelt, M. (2020). *De stand van sociaal werk in Nederland*. Utrecht: Movisie.

Jeugdautoriteit (2023). *De Stand van de Jeugdzorg 2023*.

Josten, E., Verbakel, E. & De Boer, A. (2022). A longitudinal study on the consequences of the take-up of informal care on work hours, labour market exit and workplace absenteeism due to illness. In: *Ageing & Society* (doi.org/10.1017/S0144686X22000204).

Francke, A., Van der Heide, I., De Bruin, S., Gijzen, R., Poos, R., Veerbeek, M., Wiegers, T. & Willemse, B., (2018). *Een samenhangend beeld van dementie en dementiezorg*. Utrecht: Nivel.

Kal, D. (2001). *Kwartiermaken: werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond*. Meppel: Boom.

Karbouniaris, S. (2023). *Let's Tango! Integrating professionals' lived experience in the transformation of mental health services*. Leiden: Universiteit Leiden

Keuzenkamp, S. & Van Hoorn, E. (2023). Ervaringsdeskundigheid. In: L. Veldboer, R. Engbersen, E. Hooghiemstra, J. Jansen, L. Koeter, L. Repetur, J. Rözer & A. Sprinkhuizen (red.), *Lexicon nabijheid en sociaal werk*, (pp. 270-278).

Knevel, J. & Wilken, J.P. (2016). Werken aan inclusie: Lessen uit zeven proeftuinen. *NTZ*, 2016(3), 182-195.

Knevel, J. (2024). *In the pursuit of social inclusion. Social workers fostering social inclusion of people with mild intellectual disabilities*. Manuscript in voorbereiding.

Kolner, C., Sprinkhuizen, A. (2019). *Preventiologica's in het sociaal domein. Een modelverkenning*. Utrecht: Hogeschool Utrecht. Kenniscentrum Sociale Innovatie (KSI) en kennisplatform Utrecht Sociaal.

Kolner, C. (2024). *Rechtvaardige Preventie. Op het snijvlak van de publieke gezondheid en het sociaal domein*. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek

Koops, H. & Kwekkeboom, R. (2009). *Vermaatschappelijking in de zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Kromhout, M., Van Echtelt, P. & Feijten, P. (2020). *Sociaal domein op koers?* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Kwekkeboom, R. (2010). *Aandacht voor 'die ander': ontwikkelingen in opvattingen en beleid rond mantelzorg*. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam.

Leidelmeijer, K. & Mandemakers, J. (2022). *Leefbaarheid in Nederland 2020*. Amsterdam: Atlas Research.

Linders, L. (2010). *De betekenis van nabijheid*. Tilburg: Tilburg University.

Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage.

Mans, I. (1998). *Zin der zothed. Vijf eeuwen cultuurgeschiedenis van zotten, onnozelen en zwakzinnigen*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Mind (2022). *Mind ondertekent Integraal Zorgakkoord niet*. Geraadpleegd op 20 juli 2024 op <https://mindplatform.nl/nieuws/mind-ondertekent-het-integraal-zorgakkoord-niet>.

Middelweerd, H. (2021). *Hoe lossen we het arbeidstekort in de gehandicaptenzorg op?* 27 augustus 2021, geraadpleegd op 6 mei 2024 op www.bpsw.nl, [Hoe lossen we het arbeidstekort in de gehandicaptenzorg op?](http://www.bpsw.nl) | BPSW.

Molenaar, M. & Aben, E. (2020). *Waakvlamfunctie nodig voor kwetsbare bewoners. Onderzoek naar de inrichting van zorg en ondersteuning voor kwetsbare personen in corporatiewijken*. Utrecht: Andersson Elffers Felix.

Mouton, R. & Schrijvers, G. (6 juli 2023). *Regiobeelden en regioplannen: nog een lange weg te gaan*. *Nieuwsbrief Zorg & innovatie*. Geraadpleegd op 15 juli 2024 op <https://nieuwsbriefzorgeninnovatie.nl/regiobeelden-en-regioplannen-nog-een-lange-weg-te-gaan/>.

Movisie (2024). *Wat betekent het Hoofdlijnenakkoord voor het sociaal domein?* Geraadpleegd op 2 september 2024 op <https://www.movisie.nl/artikel/wat-betekent-hoofdlijnenakkoord-sociaal-domein>.

Noordegraaf, M. (2006). Tussen politiek en praktijk. Leren van straten, spreekkamers en schoolklassen. In: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2006). *Leren van de praktijk. Gebruik van lokale kennis en ervaring voor beleid*. Den Haag: WRR.

Peeters, P.H. (2024). *Eerst het samen leven, dan de gezondheidszorg*. Utrecht: Landelijk Samenwerkingsverband Actieve Bewoners.

Planije, M., Van Erp, N., Knispel, A. & Weingart, S. (2023). *Bevordering inclusie van inwoners met een psychische beperking*. Handreiking voor gemeenten. Utrecht: Trimbos Instituut.

Olthof, J. (2024a). Inclusie: hard werken om normaal te zijn, *Tijdschrift voor Sociale Vraagstukken*, 2024(2), 44-45.

Olthof, J. (2024b). *Hard werken om normaal te zijn: Praktijken en illusies van inclusie*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam

Overkamp, E. (2000). *Instellingen nemen de wijk. Een analyse van het beleid inzake de deconcentratie van instellingen voor mensen met een verstandelijke handicap en zijn empirische effecten*. Enschede: Universiteit Twente.

Overkamp, E. & Gademan, M. (2016). Kantelen in de praktijk. Een handreiking voor een gekantelde gespreksvoering. In: J.P. Wilken & A.M. van Bergen (red.), *Handboek Werken in de Wijk*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Overkamp, E. & Van Gijzel, S. (2020). Meedoen is niet vanzelfsprekend. Gepubliceerd in: *Samen wijzer. Voor een samenleving waar iedereen er toe doet*. Utrecht: Kennisnetwerk Utrecht Sociaal.

Overkamp, E., Scheijmans, I. & Kuiper, C. (2021). *Bouwen aan een thuis. Geleerde lessen uit de pilots van de U16*. Utrecht: U16 gemeenten i.s.m. Kenniscentrum Sociale Innovatie (KSI) en Movisie.

Overkamp, E. (2023). *Een beschermd thuis begint bij ons allemaal*. Utrecht: Kennisplatform Utrecht sociaal.

Plempers, E. & Van Vliet, K. (2002). *Community care: de uitdaging voor Nederland*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.

Plovie, E. & Goris, B. (2024). *Zorgzame buurten vanuit een sociaal werk perspectief. Een kritisch perspectief van binnenuit*. Leuven: Associatiewerkgroep sociaalwerkonderzoek.

Raad voor de Volksgezondheid & Samenleving (2022). *Anders leven en zorgen*.

Raad voor de Volksgezondheid & Samenleving (2022). *Grenzeloos Samenwerken?*

Raad voor de volksgezondheid & Samenleving (2023). *Met de stroom mee*.

Regiegroep Thuis in je wijk (2023). *Uitvoeringsplan Thuis in je wijk*.

Sectoraal adviescollege Hogere Sociale Studies (2023). *De sociaal professionals als sociaal veranderaar. Sectorplan Hogere Sociale Studies*.

Simplican, S.C., Leader, G. & Kosciulek, J. (2015) Defining social inclusion of people with intellectual disability and developmental disability: An ecological model of social networks and community participation. *Research in developmental disabilities*, 38, 18-29.

Sociaal Economische Raad (2020). *Zorg voor de toekomst*.

Tonkens, E. (1999). *Het zelfontplooiingsregime*. Amsterdam: Prometheus.

Tonkens, E. (2008). *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking en professionaliteit in de publieke sector*. Amsterdam: Van Gennep.

Tonkens, E. (2013). Professionaliteit tussen mondigheid, markt en bureaucratie. In: M. Schermer, M. Boenink en G. Meijen (red.), *Komt een filosoof bij de dokter...*, Amsterdam: Boom.

Van de Graaf, H. & Hoppe, R. (1989). *Beleid en politiek: Een inleiding tot de beleidswetenschap en de beleidskunde*. Muiderberg: Coutinho.

Van der Lans, J. (2011). De lange mars uit de instituties. *De Groene Amsterdammer*, 23 juni 2011, 16-19.

Van der Steen, M., Scherpenisse, J., Twist, M. van (2015). *Sedimentatie in sturing. Systeem brengen in netwerkend werken door meervoudig organiseren*. Den Haag: Nederlandse School voor Openbaar Bestuur.

Van Gennep, A. (1988). Een antwoord vanuit de voorzieningen. In: Nobel, H. (red.). *Integratie: de samenleving compleet?* Rotterdam: Pameijer Stichting, p. 56-63.

Van Gijzel, S., Godfroij, B., Roelfsema, H. & Wilken, J.P. (2024). *Eindrapport inclusief samenwerken in de zorg*. Hogeschool Utrecht: lectoraat Participatie Zorg en Ondersteuning & lectoraat Co-design.

Van Leeuwen, E., Hoff, J. & Van Lindenberg, P. (2023). Samenwerking in de zorg voor mensen met dementie. *Kloof tussen beleid en praktijk. Beleid en Maatschappij*, 2023 (50) (doi: 10.5553/BenM/138900692023001).

Van Tienen, I., De Boer, A., De Roos, S., Van der Heijde, C. & Vonk, P. (2018). Amsterdam/Den Haag: Vrije Universiteit/Universiteit van Amsterdam/Sociaal en Cultureel Planbureau.

Van Zal, S., Van Schravendijk, M., Willems, A., & Kwekkeboom, R. (2022). *Een steuntje in de buurt: Werkzame elementen van buurtgerichte interventies voor inclusie van mensen met beperkingen*. Hogeschool van Amsterdam, Lectoraat Langdurige Zorg en Ondersteuning.

Vereniging Hogescholen (2017). *Landelijk opleidingsdocument sociaal werk*. Den Haag: Vereniging Hogescholen.

Vereniging Nederlandse Gemeenten (2021). *Trauma. Door huiselijk geweld & kindermishandeling*. Geraadpleegd op 24 augustus op https://vng.nl/sites/default/files/2021-06/20210621_ghnt_-_traumabewustzijntrauma-aanpak_def.pdf.

Verharen, L. (2017). *Being there. Samen werken aan het versterken van Sociale Kwaliteit*. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Vermeij, L., De Kluizenaar, Y. Reijnders, M., Coenders, M., Van den Broek, A., Postma, D. & Versantvoort, M. (2024). Synthese. In: L. Vermeij, Y. de Kluizenaar, M. Reijnders & M. Coenders (red.), *Koersen op kwaliteit van de samenleving. Sociale en culturele ontwikkelingen 2024*, (pp. 5-18). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Verplanke, L. & Duyvendak, J.W. (2009). *Onder de mensen? Over het zelfstandig wonen van psychiatrische patiënten en mensen met een verstandelijke beperking*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Volker, B., Andriessen, I. en Posthumus H. (2014). Gesloten werelden? Sociale contacten tussen lager- en hogeropgeleiden. In: M. Bovens, P. Dekker en W. Tiemeijer. (red.), *Gescheiden werelden? Een verkenning van sociaal-culturele tegenstellingen in Nederland* (p. 217-233). Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid/Sociaal en Cultureel Planbureau.

Wagemans, F. & Peters, S. (2023). *Roep om een overheid die verantwoordelijkheid neemt. Burgers over de verdeling van verantwoordelijkheden bij grote maatschappelijke opgaven*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau

Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid (2022). *Kiezen voor houdbare zorg*.

Wilken, J.P. (2024). *Steunend relationeel handelen. Samenwerkend ondersteunen van mensen met een verstandelijke beperking*. Hogeschool Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie.

Wilken, J.P., Van den Berg, K. & Bektas, G. (2023). *Kennissynthese Sociaal Werk. Bevorderen van sociale inclusie*. Utrecht: Movisie.

Wilken, J.P., Overkamp, E., Binkhorst, J. & Sprinkhuizen, A. (2021). Integraal werken en sociaal werk. Vier perspectieven op een weerbarstige werkelijkheid. In J. Metz, M. Jager-Vreugdenhil, J.P. Wilken & T. Witte (red.), *Sociaal werk doordacht*. Amsterdam: SWP.

Wilken J.P. en Hollander, D. den (red.) (2019). *Handboek Steunend Relationeel Handelen*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Wittenberg, Y., De Boer, A.H., De Klerk, M.M.Y., Verhoeff, A.P. & Kwekkeboom, R. (2023). How to understand diversity in citizens' care attitudes: an exploratory study in the Netherlands. *Ageing & Society*, 43(5), 1164-1183. <https://doi.org/10.1017/S0144686X21001082>

Wittenberg, Y., Kwekkeboom, R. & Verhoeff, A. (2024). "It Is about How Kind They Are": The Significance of Professionals' Attitudes towards Caregivers in the Dutch Care System. *Health & Social Care in the Community* – Wiley Online Library (<https://doi.org/10.1155/2024/4023865>)

Wittenveen, E. Siteur-Scholten, A. & Brandts M. (2021). *Hartenkreten van mantelzorgers: over de kunst van het samenwerken*. Antwerpen: Gompel & Svacina bv.

Woittiez, I., Putman, I., Eggink, E. & Ras, M. (2014). *Zorg beter begrepen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Zorg voor beter (z.d.). Cijfers: hoe vaak komt NAH voor?. Geraadpleegd op 14 juli 2024 op <https://www.zorgvoorbeter.nl/thema-s/dementie/cijfers-en-meer/cijfers-nah>.

Zorgkantoorregio Utrecht (2023). *Regioplan Midden Nederland Deel 1 – Samenvatting*. Geraadpleegd op 17 juli 2024 op <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/programmas/integraal-zorgakkoord/regionale-samenwerking/regiobeelden-en-plannen/#utrecht-midden-nederland>.

COLOFON

Auteur

Dr. Els Overkamp

Openbare les

16 oktober 2024
Lectoraat Participatie,
Zorg en Ondersteuning,
Kenniscentrum Sociale Innovatie

ISBN

978-90-8928-164-7

Eindredactie

Mariek Hilhorst Tekstredactie en
Productiebegeleiding

Fotografie

Femke van den Heuvel

Vormgeving

RAAK Grafisch Ontwerp, Utrecht

Hogeschool Utrecht

Padualaan 101
3584 CH Utrecht

Postbus 85397
3508 AJ Utrecht

Telefoon

06 18 967 807

E-mail

els.overkamp@hu.nl

Website

[www.hu.nl/onderzoek/
participatie-zorg-en-ondersteuning](http://www.hu.nl/onderzoek/participatie-zorg-en-ondersteuning)

**HIER
KOMT
ALLES
SAMEN**