Marja Jager-Vreugdenhil, Marco Algera, Els Bos-de Groot, Alke Haarsma-Wisselink, Monica Stouten-Hanekamp en Tanja van der Vinne

# Nederland participatieland

De ambitie van de transities in het sociaal domein en de praktijk volgens inwoners en professionals

Werkplaats Sociaal Domein
Regio Zwolle

Viaa
Centrum voor Samenlevingsvraagstukken

# Nederland participatieland

De ambitie van de transities in het sociaal domein en de praktijk volgens inwoners en professionals

Marja Jager-Vreugdenhil, Marco Algera, Els Bos-de Groot, Alke Haarsma-Wisselink, Monica Stouten-Hanekamp en Tanja van der Vinne

## Colofon

**Nederland participatieland.** De ambitie van de transities en de praktijk volgens inwoners en professionals.

**Auteurs:** Marja Jager-Vreugdenhil, Marco Algera, Els Bos-de Groot, Alke Haarsma-Wisselink, Monica Stouten-Hanekamp en Tanja van der Vinne.
**Met dank aan de meelezers:** Roel Kuiper, Femmianne Bredewold, Anne Dreke Deddens, Alie Velvis en Marjolijn Booij.

**Foto cover:** deelnemers 'Mt. Ventoux on Wheels' bereiken de top. Gebruikt met toestemming van Stichting WIEL, Welzijn in Elburg.
**Vormgeving:** Ontwerpburo Suggestie & illusie
**Druk:** Drukwerkdeal

Juni 2022

Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken
Postbus 10030
8000 GA ZWOLLE
038 - 425 55 42

Dit werk valt onder een Creative Commons Naamsvermelding-GelijkDelen 4.0 Internationaal-licentie

# Voorwoord

Van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving – dat is de beweging die Nederland nu al bijna tien jaar doormaakt. Taken in het sociaal domein worden meer en meer door gemeenten uitgevoerd, niet meer centraal maar decentraal, niet top-down maar mede door burgerparticipatie, van onderaf. Deze aanpak betekende een breuk met het verleden, gevoed door een nieuw idee van hulp, zorg en onderlinge bijstand in de samenleving. Wat betekent dat eigenlijk, hoe werk je daarmee, en, belangrijker: lukt dat ook?

Met deze vragen houdt het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken als lectoraat van Hogeschool Viaa zich bezig. De onderzoekers gaan de samenleving in, trekken op met gemeenten, verzamelen veel kennis van de praktijk en het functioneren van allerlei professionals in deze nieuwe bestuurlijke en sociale werkelijkheid. Nu het lectoraat aan Viaa twintig jaar bestaat (waarvan de laatste vijftien jaar met de naam 'Centrum voor Samenlevingsvraagstukken), is het een goede gedachte geweest een indruk te geven van de expertise die is opgebouwd over de participatiesamenleving. Dat gebeurt in dit boek.

Marja Jager-Vreugdenhil en ik werkten al verscheidene jaren samen toen het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken werd opgericht. Een belangrijke aanleiding was de Wet maatschappelijke ondersteuning uit 2007, die veel veranderde in de manier waarop de samenleving door de overheid tegemoet werd getreden. Een centrale gedachte in de Wmo was dat burgers elkaar meer zouden moeten bijstaan en ondersteunen. Een nieuwe visie op de samenleving en participerende burgers was ontstaan. Tal van vragen waren met deze beweging verbonden, vragen die de agenda vormen van het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.

Marja Jager-Vreugdenhil promoveerde in 2012 op een belangrijk proefschrift: Nederland Participatieland? De ambitie van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de praktijk in buurten, mantelzorgrelaties en kerken. Het is vaak aangehaald en veel gebruikt. In 2014 werd Marja lector en leidt zij het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken. Het lectoraat is doorontwikkeld en heeft inmiddels jarenlange ervaring met het vormgeven van praktijkgericht onderzoek, samen met het 'werkveld' – professionals, inwoners, ervaringsdeskundigen, beleidsmakers – en met docenten en studenten van de hogeschool.

Tien jaar na dit proefschrift wordt in dit boek de vraag gesteld wat deze transities nu hebben betekend in en voor de praktijk. De resultaten en opbrengsten van tien jaar werk worden in de etalage gezet. En terecht. Professionals, docenten en studenten kunnen zien en lezen wat de achtergrond is van de voortdurende verandering in hun werkpraktijk. Beleidsmakers kunnen aan de hand van dit boek nagaan of de praktijk ook zo werkt als bedoeld. En de burger? Participatie gaat uiteindelijk om meedoen. Meedoen door iedereen, ruimte maken voor iedereen. Ik spreek de hoop uit dat dit boek daaraan bijdraagt.

Prof. dr. Roel Kuiper, Lector Samenlevingsvraagstukken (2002-2010)

# Inhoud


**1 Van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving? 7**

1.1 De transities in 2015 8
1.2 Oorspronkelijke rol van de staat: beschermer van collectieve belangen 11
1.3 Van welvaartstaat naar verzorgingsstaat 13
1.4 Groeiende kritiek op de verzorgingsstaat 16
1.5 Minder overheid, meer 'eigen verantwoordelijkheid' en 'zorgzame samenleving' 20
1.6 De vier beleidsroutes van de Wmo 22
1.7 De decentralisatie verbreed: Wmo 2015, Jeugdwet, Participatiewet en passend onderwijs 26
1.8 Centrale vraag van dit boek 29

**2 De ambitie van de transities om te werken aan meer samenhang 31**

2.1 Welke argumenten werden gebruikt door de wetgever en beleidsmakers? 31
2.2 Brede maatschappelijke paradigmashift: van reductionisme naar holisme 40
2.3 Concrete internationale ontwikkelingen: mensenrechten, *sustainable development goals* en nieuw denken over inclusie 42
2.4 Nationale ontwikkelingen 45
2.5 De mens centraal in de 'participatiesamenleving'? 48

**3 Introductie van de gepresenteerde werkplaatsonderzoeken 51**

3.1 Praktijkgericht onderzoek in het hoger beroepsonderwijs 51
3.2 Werkplaats Sociaal Domein Regio Zwolle 53
3.3 Visie en uitgangspunten voor onderzoek 54
3.4 Vraagstelling voor de gepresenteerde onderzoeken 59

**4 Samenwerking in geïntegreerde of sociale teams 61**

4.1 Waarom sociale teams voor meer samenhang zouden zorgen 61
4.2 Spanningsveld: Ruimte voor de professional versus behoefte aan kader 72
4.3 Spanningsveld: Integraal en generalistisch werken versus specialisatie 75
4.4 Spanningsveld: Aanpak hulpvragen collectief versus individueel 79
4.5 Spanningsveld: Aanpak hulpvragen formeel versus informeel 84
4.6 Hoe verder? 86

**5 Samenwerking tussen gezinnen, onderwijs en jeugdhulp 89**

5.1 Hoe interprofessioneel samenwerken moet leiden tot meer samenhang voor jeugd 89
5.2 Spanningsveld: Medicaliseren versus normaliseren 101
5.3 Spanningsveld: Individugericht versus systeemgericht werken 104
5.4 Spanningsveld: Geprotocolleerd werken versus praktische wijsheid 106
5.5 Hoe verder? 108

**6 Samenwerking tussen werk en zorg** **111**
6.1 Hoe werk en zorg samengaan om participatie te bevorderen 111
6.2 Spanningsveld: Het gewone van werk versus het ongewone van zorg 115
6.3 Hoe verder? 121

**7 Samenwerking aan netwerkondersteuning in buurten en wijken** **127**
7.1 Hoe 'netwerkondersteuning' voor meer samenhang moest zorgen 127
7.2 Spanningsveld: Collectieve ontmoeting op buurtprojecten: middel of doel-op-zich? 139
7.3 Spanningsveld: Begeleiders op afstand versus begeleiders nabij 142
7.4 Spanningsveld: Weerbaar versus kwetsbaar 146
7.5 Hoe verder? 152

**8 Samenwerking tussen welzijn en zorg** **155**
8.1 Hoe samenwerking tussen welzijn en zorg voor meer samenhang moet zorgen 155
8.2 Spanningsveld: Inclusie en participatie gaat over zo gewoon mogelijk meedoen, maar daar is ongewoon veel organisatie voor nodig 163
8.3 Spanningsveld: Een positieve insteek past niet bij de probleemgerichte financiering 166
8.4 Hoe verder? 170

**9 Conclusies** **173**
9.1 Eerste deelvraag: wat was precies de ambitie van de transities? 173
9.2 Tweede deelvraag: wat is er gedaan om deze ambitie te realiseren? 173
9.3 Derde deelvraag: wat komt er van deze ambities terecht? 174
9.4 Hoe ontstaat toch de beoogde samenhang 182

**10 Aanbevelingen** **183**
10.1 Hoe verder als (toekomstige) professional? 183
10.2 Hoe verder met beleid en politiek? 184
10.3 Hoe verder met onderzoek? 185

**Summary** **186**

**Literatuur** **189**

# 1 Van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving?

De transities zijn mislukt, kopten journaals en kranten in 20201. Dit schreven ze vijf jaar na de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Jeugdwet en Participatiewet in 2015. Het waren nieuwsberichten naar aanleiding van de SCP-publicatie 'Sociaal domein op koers? Verwachtingen en resultaten van vijf jaar decentraal beleid' (Kromhout, Van Echteld & Feijten, 2020). Het SCP schrijft zelf in haar persbericht over die publicatie: "Vijf jaar na decentralisatie is de ondersteuning van kwetsbare burgers nog niet op orde". Wie de rapportage daadwerkelijk leest, ziet dat het verhaal genuanceerder is: er gaat ook veel goed, er is veel werk verricht door gemeenten om de toegang tot voorzieningen laagdrempelig te maken voor inwoners, er wordt meer samengewerkt tussen organisaties en gemeenten hebben iets meer handelingsvrijheid om maatwerk te leveren. Maar de algemene conclusie is toch: het is nog lang niet goed genoeg.

En dat is niet vreemd. Transities kosten tijd, en zeker de bijbehorende transformaties in werkprocessen, organisatiecultuur en onderlinge verhoudingen tussen burgers, beleidsmakers en professionals. Bij deze transities in het sociaal domein gaat het over een complexe systeemwereld op beleidsniveau, waar ingrijpende veranderingen doorgevoerd worden, over organisatieveranderingen in gemeenten, zorg- en welzijnsorganisaties, en over gedrags- en cultuurverandering die van alle inwoners van Nederland verwacht wordt. In 'Nederland participatieland?' (Jager-Vreugdenhil, 2012) is uitgebreid ingegaan op hoe ingrijpend die wetswijziging voor de praktijk is - toen ging het overigens nog alleen om de eerste Wmo die ingevoerd werd in 2007. De transformaties die sindsdien zijn ingezet zijn ingrijpend, omdat de wetgever met de transities beoogde dat Nederlanders zich veel meer zelf verantwoordelijk gaan voelen voor zorg en ondersteuning, dat ze in die zin veel meer zouden gaan 'participeren': niet zomaar gebruik maken van zorgvoorzieningen, maar veel meer zelf bijdragen aan onderlinge zorg.

Hoe de transities zich in de praktijk vertalen voor mensen die ondersteuning nodig hebben, hun hulpverleners en hun sociale netwerk, is onderwerp van de praktijkgerichte onderzoeken van het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken, één van de lectoraten van Hogeschool Viaa in Zwolle. Als onderzoekers in het sociaal domein en opleiders van de nieuwe generaties professionals in het sociaal domein, onderschrijven we de bedoeling van de transities: dat er echt goed samengewerkt wordt om iedereen mee te kunnen laten doen in de samenleving. En we zien ook veel gebeuren wat daaraan bijdraagt. Zonder de zorgen en goede aanbevelingen van het SCP weg te wuiven, vinden we het belangrijk dat we aandacht geven aan de nieuwe we-

1 Voorbeelden:
- Volkskrant 16 november 2020: 'SCP: Verschuiven van zorg naar gemeenten blijkt een misrekening van het Rijk'
- NRC 20 november 2020: 'Politiek beseft: gemeente helpt burger niet beter'

gen die worden gevonden in de praktijk. Zoals het Instituut voor Publieke Waarden uitdagend stelt: vertellen waarom iets niet werkt, werkt niet. Laten zien waarom iets wel werkt, werkt wel (Kruiter & Meiberg, z.d.). Dat is wat we willen bereiken met dit boek: laten zien wat wel werkt.

In dit boek bundelen we de resultaten van diverse onderzoeken. Over elk ervan zijn eerder ook afzonderlijke rapportages verschenen, die online beschikbaar zijn. Met dit boek willen we de rode draad uit deze onderzoeken naar voren halen, en overstijgende analyses doen over hoe de praktijk zich ontwikkeld heeft in de afgelopen tien jaar.

In dit eerste hoofdstuk schetsen we eerst de context: wat zijn de transities in het bredere kader van de ontwikkeling van de Nederlandse verzorgingsstaat, wat zijn de ideeën erachter? Dit hoofdstuk loopt uit in een centrale vraagstelling voor de rest van het boek: wat inwoners en professionals merken van al deze ontwikkelingen en of volgens hen de ambitie van de transitie wordt waargemaakt.

## 1.1 De transities in 2015

Meedoen, participeren, zorg van goede kwaliteit. Dat waren woorden waarmee in 2007 de eerste Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) werd ingevoerd, als belangrijke stap van verzorgingsstaat naar 'participatiesamenleving'. Door meer sociale samenhang en door voorzieningen meer op maat aan te bieden, zou iedereen in staat moeten zijn deel te nemen aan de samenleving, ook mensen met een beperking of chronische ziekte. Daarbij werd meer dan voorheen verwacht dat wie ondersteuning nodig had, daarvoor ook een beroep zou doen op de eigen sociale omgeving.

In de troonrede in 2013 zette Kabinet Rutte hier nog eens extra stevig op in. Koning Willem-Alexander vatte (namens het Kabinet) de omslag van verzorgingsstaat naar 'participatiesamenleving' samen als het aanpassen van onze publieke voorzieningen, met name die voor sociale zekerheid en zorg, aan 'de eisen van deze tijd':

> De klassieke verzorgingsstaat uit de tweede helft van de twintigste eeuw heeft juist op deze terreinen regelingen voortgebracht die in hun huidige vorm onhoudbaar zijn en ook niet meer aansluiten bij de verwachtingen van mensen. In deze tijd willen mensen hun eigen keuzes maken, hun eigen leven inrichten en voor elkaar kunnen zorgen. Het past in die ontwikkeling zorg en sociale voorzieningen dicht bij mensen en in samenhang te organiseren. Om dit te bereiken, decentraliseert de regering overheidstaken op drie gebieden. (Koning Willem-Alexander, 2013)

De 'eisen van deze tijd' zijn dus volgens het Kabinet: dat mensen eigen keuzes willen maken, zelf hun leven willen inrichten en voor elkaar willen zorgen. Deze eisen van de tijd werden gebruikt als hoofdargument voor de decentralisaties. Want om zoveel mogelijk voor onszelf en voor elkaar te kunnen zorgen, moet zorg en welzijn dichtbij mensen en in samenhang georganiseerd worden.

Decentralisatie betekent concreet, dat taken waar voorheen door landelijke of provinciale overheden verantwoordelijk voor waren – 'centraal' en voor het hele land zoveel mogelijk hetzelfde –, voortaan door gemeenten uitgevoerd worden: 'de-centraal' en met daarbij de mogelijkheid om meer maatwerk voor inwoners te realiseren. Met daarbij een andere belangrijke doelstelling: de kosten moeten binnen de perken blijven, want de verzorgingsstaat dreigt onbetaalbaar te worden. Decentraliseren kon daaraan bijdragen, want – zo ging de koning verder in de troonrede – gemeenten kunnen beter beoordelen of een traplift of taxivergoeding echt nodig is, en of iemand vergoeding nodig heeft voor het organiseren van huishoudelijke hulp. Deze decentralisatie was met de eerste Wmo in 2007 al ingezet: voorzieningen voor mensen met een beperking of chronische ziekte werden voortaan door gemeenten georganiseerd. In 2015 werd de decentralisatie ook ingezet voor de jeugdzorg, met de nieuwe Jeugdwet. Tegelijk werd het beleid voor de voorzieningen gericht op arbeidsparticipatie, waar gemeenten al verantwoordelijk voor waren, grondig herzien met de Participatiewet. Voor al deze terreinen geldt, dat voorzieningen dichtbij mensen – lokaal – en in goede samenhang moeten worden vormgegeven. Naar deze drie wetten verwijzen we als 'de decentralisaties' en 'de transities'. En het is natuurlijk meer dan alleen invoering van een paar wetten, het is een ware transformatie. Het gaat om grote, structurele veranderingen, met veel impact binnen gemeenten, voor organisaties en bij inwoners.

Het gewenste effect van de transitie is samengevat in de term 'participatiesamenleving'. Maar wat wordt daar eigenlijk mee bedoeld? Was de verzorgingsstaat niet altijd al gericht op participeren: iedereen kan meedoen? 'Participatie' kan verschillende uitleggen krijgen (Jager-Vreugdenhil, 2011). Het kan gaan over de vraag of mensen deelnemen en meeprofiteren van de verworvenheden van onze rijke samenleving, maar ook over de vraag of mensen hun steentje bijdragen. En het kan gaan over de vraag of mensen **kunnen** meedoen, maar net zo goed over de vraag of ze **willen** of **moeten** meedoen.

De verzorgingsstaat was er vooral op gericht om te zorgen dat mensen **konden deelnemen**. Het lijkt erop dat in 2013 het Kabinet het woord 'participatie' heel anders ging gebruiken, namelijk dat mensen **moeten bijdragen.** En sterker nog: mensen willen bijdragen: ze **willen** hun eigen leven inrichten en voor elkaar zorgen.

Wat de koning als heel vanzelfsprekend voorlas – dat mensen hun eigen keuzes willen maken en voor elkaar zorgen – is een opmerkelijke uitspraak van de politiek over een maatschappij die misschien wel helemaal niet meer zo in elkaar zit. Een uitspraak die op twee gedachten hinkt: enerzijds individuele vrijheid – mensen willen eigen keuzes maken –, anderzijds een gemeenschapsideaal – mensen willen voor elkaar zorgen. Zoals Kuiper (2020) terecht opmerkt, doet het Kabinet daarmee een beroep op een stukje sociaal en moreel kapitaal, waarvan het echter maar de vraag is of dat er nog is na jaren van verzorgingsstaatvoorzieningen waar mensen een individueel recht op konden laten gelden en waarin heel lang géén beroep was gedaan op eigen verantwoordelijkheid of op sociale verbanden. Hij beschrijft dat dit tot frustraties bij burgers leidt: zij zijn in de verzorgingsstaat opgevoed met het idee dat de overheid een verdeelmachine is die voorziet in materiële behoeften waar een individueel

recht op geldt; maar nu wil diezelfde overheid dat mensen zelf verantwoordelijkheden gaan nemen voor zichzelf en de eigen omgeving.

In het proefschrift 'Nederland Participatieland?' (Jager-Vreugdenhil, 2012) is beschreven hoe ingrijpend die verandering van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving is: het veronderstelt dat mensen anders gaan nadenken over hun eigen rol, hun sociale netwerk en professionele voorzieningen. De Wmo deed in 2007 al een sterk beroep op de eigen verantwoordelijkheid van mensen voor hun eigen zorg en tegelijk op de verantwoordelijkheid van mensen voor elkaar. Iedereen moet meer bijdragen om te zorgen dat iedereen, ook met beperkingen, meer mee kán blijven doen. In de nieuwe Wmo die in 2015 werd ingevoerd, werd dat nog eens versterkt: hierin werd expliciet opgenomen in de wettekst dat gemeenten alleen voorzieningen verstrekken als mensen niet zelf of in hun eigen sociale netwerk een oplossing hebben kunnen vinden (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, artikel 1.2.1).

Ook in de Jeugdwet kwam de nadruk te liggen op participatie: "Kinderen moeten veilig opgroeien en hun talenten kunnen ontwikkelen, om later naar vermogen te participeren in de samenleving" (Koning Willem-Alexander, 2013). En ook de Participatiewet zette stevig in: de ambitie was dat er 125.000 banen bij kwamen voor mensen in de bijstand of met een arbeidsbeperking, en als dat niet lukte door hen zelf te ondersteunen dan werd het bedrijven verplicht een bepaald percentage mensen met een arbeidsbeperking in dienst te nemen (Koning Willem-Alexander, 2013). Kortom, Kabinet Rutte I legde het woord participatie uit als: iedereen moet bijdragen, zo goed als hij kan. Met als argument: iedereen wil dat toch ook? Want je wilt zelf kiezen hoe je je leven inricht.

Deze nieuwe uitleg van 'participatie' betekent "een nieuwe balans in verantwoordelijkheden, zowel tussen burgers en overheid als tussen overheden en ook tussen burgers onderling", zoals de Memorie van Toelichting bij de Wmo 2007 dat omschreef (Kamerstukken II, 30131 nr. 3, 1 juni 2005, p. 1). Het woord 'participatie' beschrijft de gewenste vernieuwing van de verhouding tussen overheden, individuen en de verschillende sociale verbanden waar zij deel van uitmaken. Het is juist die verhouding die sterk in ontwikkeling is geweest tijdens de opbouw van de verzorgingsstaat, zoals in de volgende paragraaf verder zal worden onderbouwd, en die nu opnieuw zou moeten veranderen. Waarbij de vraag gesteld kan worden – en dat doet bijvoorbeeld Kuiper (2020) – of daarvoor de noodzakelijke 'maatschappelijke democratie' nog wel bestaat: een mensengemeenschap, die functioneert op basis van een verbindende maatschappelijke moraal, onderlinge betrokkenheid en een gevoelde verantwoordelijkheid voor de gemeenschap als gezamenlijke onderneming. Waarbij de burger niet tegenover de overheid staat – met frustratie over het ontnemen van individuele rechten – maar waarbij de burgers zelf vormgeven aan de samenleving op basis van een onderling verbond, waarbij de overheid een belangrijke bondgenoot is. Dit oorspronkelijk protestantse beeld van een samenleving op basis van een 'verbond' is echter in de loop van de geschiedenis steeds meer vervangen door een meer seculier beeld van een samenleving op basis van een 'contract', waarin de overheid er is om afspraken te handhaven voor mensen die eigenlijk elkaars vijanden zijn met concurrerende belangen. In zo'n contractsamenleving zijn individuele rechten

belangrijke middelen. Kunnen die nu zomaar afgeschaft worden? En gaan mensen elkaar dan weer zien als bondgenoten? Of blijven we – inclusief onze overheid – toch denken in termen van 'contracten', waarbij we gefrustreerd kunnen raken over het steeds minder voordelig worden van de voorwaarden van die contracten?

Dat is een spannende vraag voor overheden: hebben ze met de transities van 2015 de verwachte oplossingen gevonden voor de houdbaarheid van de Nederlandse verzorgingsstaat? Maar of Nederland echt een 'participatieland' kan zijn, is vooral een vraag voor de inwoners zelf. Gaan zij inderdaad vanzelf denken in termen van onderling bondgenootschap? Is er nog een gemeenschappelijk ideaal van voor elkaar zorgen en samen dingen organiseren? En als dat er nog wel is – er zijn best voorbeelden van zorg-, woon- en energiecorporaties te vinden – kan iedereen daar dan deel van uitmaken? Lukt het dan om iedereen 'naar vermogen' mee te laten doen, ook als dat vermogen beperkt is? Wat betekent het beroep op eigen verantwoordelijkheid voor mensen die het moeilijk vinden om hun leven zelf in te richten en eigen keuzes te maken? En wat betekent het voor professionals als ze zich niet langer moeten richten op het 'kunnen deelnemen' van mensen, maar op het 'moeten bijdragen'? Daar gaat dit boek vooral over: wat gebeurt er vanuit het perspectief van gewone mensen en van professionals in het sociaal domein, in deze tijd van zoeken naar een 'nieuwe balans in verantwoordelijkheden'?

Om deze vraag in perspectief te zetten, zal hieronder worden geschetst hoe de verhouding tussen individu, sociale verbanden en overheden zich ontwikkelde in de geschiedenis van de Nederlandse verzorgingsstaat. Daarna zal de onderzoeksvraag van deze studie verder uitgewerkt worden. In hoofdstuk 2 zal nog verder worden uitgediept waarom deze ontwikkelingen in internationaal en wetenschappelijk perspectief zo belangrijk zijn. In hoofdstuk 3 worden de door het lectoraat gehanteerde visie en theorieën verder geïntroduceerd, waarna in de hoofdstukken 4 tot en met 8 de opbrengsten van de praktijkonderzoeken uit de afgelopen tien jaar worden beschreven. In de hoofdstukken 9 en 10 brengen we deze opbrengsten samen en beschrijven we onze gezamenlijk geleerde lessen en conclusies.

## 1.2 Oorspronkelijke rol van de staat: beschermer van collectieve belangen

De manier waarop de 'participatiesamenleving' geïntroduceerd is door de politiek heeft alles te maken met de verhouding tussen individuen, sociale verbanden en de overheid. Deze verhouding is sterk veranderd in de loop van de geschiedenis. En ook de onderlinge verhouding tussen lokale en hogere overheden is daarin steeds veranderd. De rol van de overheid in het leven van individuele burgers was tot het begin van de twintigste eeuw nog beperkt; belangrijker waren de lokale sociale verbanden waar mensen deel van uitmaakten. Die waren zelfs noodzakelijk om individuele risico's zo goed mogelijk te beperken (De Swaan, 1989).

De Swaan (1989) beschrijft hoe al vroeg sprake was van een bepaalde institutionalisering van de zorg voor armen, zieken, wezen en mensen met een beperking. In de Middeleeuwen was in West-Europa deze zorg georganiseerd via vrijwillige, collectieve charitatieve stelsels.

De stelsels waren lokaal georganiseerd, per stad, dorp of parochie (dus bij uitstek decentraal), en stonden onder toezicht van notabelen en geestelijken. Deelname aan de stelsels voor armenzorg was grotendeels vrijwillig. Om de risico's van oorlogen, hongersnood en epidemieën goed te verdelen over lokale gemeenschappen, dorpen en steden werd vanaf de zeventiende eeuw de zorg voor armen meer op regionaal en ook nationaal niveau georganiseerd, door met nationale wetgeving enkele basale normen voor te schrijven voor wat elke gemeente moest doen voor armen. Dit ging gepaard met een invoering van de heffing van een armenbelasting. Daarmee had armenzorg niet langer uitsluitend een vrijwillige basis. Het werd in verschillende landen zelfs verboden om aalmoezen te geven en daklozen te huisvesten. De Swaan laat zien hoe steeds meer een beroep werd gedaan op de staat om armenzorg vorm te geven en landloperij tegen te gaan, omdat het om collectieve belangen ging die de belangen van individuele burgers en afzonderlijke dorpen en steden overstegen. Met de toenemende bevolkingsgroei, urbanisatie en industrialisering nam de noodzaak toe om de zorg voor armen, wezen, zieken en mensen met een beperking op een steeds hoger niveau te organiseren: eerst in de grote steden en regionaal, maar in toenemende mate ook op centraal, nationaal niveau.

De noodzaak om op steeds hoger niveau de armenzorg te coördineren, ging gepaard met een steeds sterkere positie van centrale autoriteiten. Voor de aanpak van diverse hardnekkige problemen rond collectieve hygiëne bleek een centrale organisatie en coördinatie door overheden beter te werken dan particulier initiatief. Het ging om dure en grootschalige oplossingen die alleen effectief waren als niet alleen rijken, maar ook armen ervan profiteerden: de aanleg van waterleidingen, riolering en andere infrastructuur voor afvalverwerking. Een ander terrein waarop steeds meer collectieve coördinatie nodig werd, was dat van de arbeidersverzekeringen. Aanvankelijk boden diverse kleine, vrijwillige verzorgingsarrangementen bescherming, maar deze hadden de neiging de mensen met de grootste risico's uit te sluiten. Bovendien waren ze niet altijd even deskundig en professioneel. De Swaan (1989) beschrijft hoe vrijwillige, kleinschalige verzorgingsarrangementen plaats maakten voor nationale arrangementen waar alle arbeiders verplicht aan moesten bijdragen, onafhankelijk van hun individuele risico. Dat bood een oplossing voor de dilemma's van de vrijwillige verzorgingsarrangementen, maar ze betekenden ook bureaucratisering, schaalvergroting en wettelijke dwang. Wat De Swaan laat zien voor de ontwikkelingen rond collectieve hygiëne en inkomenszekerheid, is dat er steeds meer zekerheid voor individuen mogelijk werd gemaakt, maar dat dat vroeg om meer centrale coördinatie, organisatie en wetgeving: een sterkere staat. Toch was aan het begin van de twintigste eeuw particulier initiatief nog altijd vanzelfsprekend. Alleen daar waar door de grote complexiteit en de ongelijke verdeling van risico's staatsinvloed noodzakelijk was, had de rijksoverheid een rol. Die rol betrof niet zozeer het zelf bieden van zorg, als wel het verdelen van de risico's en verantwoordelijkheden tussen diverse lokale en regionale partijen.

Eind negentiende en begin twintigste eeuw was het dan ook niet de rijksoverheid die verantwoordelijk was voor zorg en inkomen, maar er bestonden diverse particuliere voorzieningen om ook voor minder kansrijke bevolkingsgroepen gezondheid, onderwijs, huisvesting en so-

ciale zekerheid mogelijk te maken. Zo werden lokale woningbouwverenigingen opgericht om betere huisvesting voor arbeiders te realiseren en werden de verschillende kruisverenigingen opgericht (het Witte, Groene, Wit-Gele en Oranje-Groene Kruis) ten behoeve van de volksgezondheid. Rijke burgers richtten volkshuizen op waarin zij activiteiten aanboden 'ter verheffing van het volk'. Kerken boden diaconale (financiële) ondersteuning aan arme kerkleden. Predikanten en kloosterordes richtten opvangtehuizen op voor verwaarloosde kinderen en ongewenst zwangere vrouwen. Dat de rol van de overheid in deze voorzieningen beperkt was, blijkt ook uit de wetgeving: in de Armoedewet (1854) werd vastgelegd dat armenzorg primair de taak was van kerken en particulieren, en de overheid alleen een vangnet vormde voor wie met deze armenzorg niet voldoende bereikt werd. Ook het Kinderwetje van Van Houten in 1874, de Woningwet, Gezondheidswet en Ongevallenwet in 1901, de Sociale Zekerheidswet in 1903, de Invaliditeitswet in 1919, de Ziektewet in 1930 en het Ziekenfondsbesluit in 1941 legden de verantwoordelijkheid voor de uitvoering ervan primair bij werkgevers en particuliere weldoeners. Deze wetten waren vooral bedoeld ter bescherming van de arbeidersklasse. Het ging daarbij om de verzekering van ernstige sociaaleconomische risico's: een verzekering van enig inkomen en toegang tot onderwijs en huisvesting, ook voor mensen die niet in staat waren te werken door arbeidsongevallen of ouderdom. De staat zelf had met deze wetten nog geen *verzorgende*, maar voornamelijk een *beschermende* rol. De arrangementen die er waren, waren bovendien niet van de staat, maar betroffen collectieve arrangementen van particulieren en werkgevers. De term 'verzorgingsstaat' is dus nog niet van toepassing op de situatie aan het begin van de twintigste eeuw.

## 1.3 Van welvaartstaat naar verzorgingsstaat

Na de Tweede Wereldoorlog werd een groot aantal nieuwe wetten aangenomen die de rol van de rijksoverheid steeds meer uitbreidden. Dit werd aanvankelijk ook nog niet als 'verzorgingsstaat' getypeerd. Gebruikelijk was de term 'welvaart-staat', in het Engels '*welfare state*', dit in contrast met de '*warfare state*' van Hitler. Al tijdens de Tweede Wereldoorlog werd deze '*welfare state*' voor Nederland ontworpen door het kabinet-Gerbrandy in Londen. Van grote invloed daarbij was het zogenaamde *Beveridge Report* (Beveridge, 1942), waarin de rol van de Engelse overheid afgebakend wordt tot het garanderen van een minimum inkomen in '*co-operation between State and the individual*'. Een belangrijke drijfveer was om te voorkomen dat ooit weer op zo grote schaal zoveel armoede en misstanden konden ontstaan dat er een voedingsbodem zou zijn voor extremistische opvattingen zoals die van Hitler. In navolging van Beveridge benadrukte in Nederland de Commissie Van Rhijn ook de eigen verantwoordelijkheid van mensen:

> De gemeenschap, georganiseerd in de staat, is aansprakelijk voor de sociale zekerheid en vrijwaring tegen gebrek van al haar burgers, op voorwaarde dat deze leden zelf het redelijke doen om zich die sociale zekerheid en vrijwaring tegen gebrek te verschaffen. (Commissie Van Rhijn, geciteerd in Bannink, 1999, p. 51)

Let op de formulering 'de gemeenschap, georganiseerd in de staat', waarmee nadrukkelijk

overheid en bevolking niet tegenover elkaar worden gesteld, maar 'de gemeenschap' het uitgangspunt is en 'de staat' daarin een bondgenoot. De zaken waarvoor de overheid een beschermende rol op zich nam, waren aanvankelijk beperkt tot het terrein van sociaal-economische zekerheid – het verzekeren van een basaal welvaartsniveau – en niet op het terrein van zorg en welzijn. Dat betekent niet dat er geen zorg bestond voor mensen die dat nodig hadden; dat was de vanzelfsprekende verantwoordelijkheid van sociale verbanden, en nog niet van de overheid. In Nederland werden in de eerste jaren na de Tweede Wereldoorlog diverse wetten ingevoerd die de rol van de overheid op sociaal-economisch terrein vergrootten: de Noodwet Ouderdomsvoorziening in 1947, de Noodwet Kinderbijslag Kleine Zelfstandigen in 1951, een stelsel voor studiefinanciering in 1951, de Werkloosheidswet in 1952, de Algemene Ouderdomswet (AOW) in 1957 en de Algemene Wet Werkeloosheidsverzekering (AWW) in 1959. In 1965 verving de Algemene Bijstandswet de Armenwet uit 1914 en de Wet Arbeidsongeschiktheid (WAO) verving alle eerdere afzonderlijke arbeidsongeschiktheidswetten. In deze nieuwe wetten kwam steeds meer het idee van een bepaalde 'nationale solidariteit' tot uitdrukking (Trommel & Van der Veen, 1999) en daarmee werd ook de rol van de staat steeds groter. Niet de kleinere samenlevingsverbanden, maar de nationale staat werd de context waarbinnen burgers verantwoordelijkheid hadden voor elkaar, en de overheid kon deze verantwoordelijkheid vormgeven door het inrichten van collectieve arrangementen op nationaal niveau. Dat leidde ook wel tot protest. Zo protesteerde de katholieke voorman C.P.M. Romme in 1950 tegen het staatspensioen, onder andere omdat het de eigen verantwoordelijkheid zou ondermijnen en de waarde van de eigen arbeidskracht zou ontkennen (Schuyt & Taverne, 2000). Ook in protestantse kringen werd de toenemende rol van de overheid gewantrouwd, want trad deze nu niet in de verantwoordelijkheid van kerken en sociale verbanden? Kritiek op de ingevoerde wetten draaide steeds om de verdeling van verantwoordelijkheden tussen individu, overheid en sociale verbanden. Kuiper (2020) laat zien dat het in feite ook ging om het vervangen van een oorspronkelijk protestants 'verbondsdenken', waarin mensen elkaars bondgenoten waren, naar een seculier 'contractdenken', waarin de overheid door middel van steeds meer regels en voorzieningen moest bemiddelen tussen mensen met tegenstrijdige individuele belangen. Niet voor niets lieten juist de christelijke partijen zich horen als tegenstanders van een al te uitgebreide verzorgingsstaat (Jager-Vreugdenhil, 2012, hoofdstuk 6). Katholieken hanteerden het beginsel van de subsidiariteit, protestanten een vergelijkbaar principe van soevereiniteit in eigen kring. Beide principes komen erop neer dat verantwoordelijkheid vormgegeven moet worden op zo klein mogelijke schaal. Het belangrijkste verschil is dat 'subsidiariteit' uitgaat van een bepaalde hiërarchie tussen sociale verbanden, en 'soevereiniteit in eigen kring' van een nevengeschiktheid daarvan. Beide gaan uit van een bepaalde mate aan sociaal en moreel kapitaal op basis waarvan individuele en gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de samenleving vorm krijgt (Kuiper, 2020). De verzorgingsstaat doet echter wat met die verantwoordelijkheid, analyseert bijvoorbeeld ook Idenburg (1983), die stelt dat er een nieuw maatschappelijk ethos ontstaat waarin begrippen als verantwoordelijkheid, plicht en trouw vervangen zijn door een consumptie-ethiek.

Aanvankelijk ging het in de 'welvaartstaat' nog alleen om arrangementen op het terrein van werk, inkomen en opleiding, om werkloosheid en arbeidsongeschiktheid op te vangen en ar-

moede en daarmee sociale uitsluiting tegen te gaan. In deze arrangementen bleef steeds een belangrijke rol voor werkgevers, werknemers, vakbonden en marktpartijen. 'De welvaartstaat' moet dus niet uitgelegd worden als aanduiding voor een overheid die voor haar burgers de welvaart verzorgt, maar als een subtiel evenwicht tussen individuele en collectieve belangen van burgers, in zo veel mogelijk door hen zelf vorm te geven arrangementen (Idenburg, 1983; Kuiper, 2009). Overheid, markt en burgersamenleving zijn op allerlei manieren afhankelijk van elkaar voor hun functioneren (Schuyt, 2006). Kort na de Tweede Wereldoorlog was de rol van de staat vooral die van beschermer van collectieve belangen, vooral daar waar individuele en collectieve belangen van burgers onderling conflicteerden, en die van verzorger van enkele individuen die toch nog buiten de boot vielen.

In het economisch zeer gunstige tijdperk van de jaren vijftig en zestig ontstond een groot optimisme over de mogelijkheden van een overheid om niet alleen een welvaarts*minimum* te bewaken, maar ook een welzijnsgarantie te bieden aan individuen. De welvaartstaat werd met een aantal zorgarrangementen uitgebreid. In 1965 werd de Algemene wet bijzondere ziektekosten (Awbz) ingevoerd, en de Ziekenfondswet kwam in de plaats van het Ziekenfondsbesluit. In de jaren zeventig werden bovendien plannen gemaakt voor een dekkend stelsel dat de planning, de bouw en de bekostigingssystematiek van de gezondheidszorg moest regelen. Deze Wet voorzieningen gezondheidszorg heeft lang de status van wetsvoorstel gehad, maar is uiteindelijk ingevoerd in 1982. In deze arrangementen bleef net als in de arrangementen op het terrein van sociale zekerheid, een belangrijke rol bestaan voor individuele en collectieve verantwoordelijkheid. Toch nam de overheid vanaf toen een beduidend grotere rol op zich op het terrein van zorg, niet in de laatste plaats omdat ze aan individuele burgers bepaalde rechten op zorg garandeerde. Mensen die zorg nodig hadden, waren hiervoor niet langer aangewezen op gunsten, maar konden aanspraak maken op rechten. Dat gold ook voor rechten op andere terreinen, bijvoorbeeld huisvesting: in 1975 werd een regeling voor individuele huursubsidie ingevoerd.

De nieuwe arrangementen waarin de overheid rechten van individuele burgers op zorg waarborgde, pasten goed in de trend van individualisering die de laatste decennia van de twintigste eeuw typeerde; én ze maakten die individualisering tegelijkertijd ook mogelijk. Het werd steeds meer mogelijk gemaakt om ook los van de – soms als beperkend ervaren – sociale verbanden te leven, doordat er zowel voor sociale zekerheid als voor zorg en welzijn een beroep kon worden gedaan op de overheid. En dat gebeurde dan ook in toenemende mate. Ook particuliere zorg- en welzijnsorganisaties lieten zich steeds meer financieren vanuit de rijksbegroting. Daartoe aangemoedigd door het toenmalig Ministerie van CRM (Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk werk) vervingen ze steeds meer hun vrijwillige krachten door beroepskrachten. Zo ontstond een steeds grotere sector van professionele, collectief gefinancierde zorg- en welzijnsvoorzieningen waar burgers een beroep op konden doen. Ze waren hierdoor ook niet langer afhankelijk van particuliere initiatieven en de bereidheid van vrienden en familieleden. Het is met name deze ontwikkeling die ertoe leidde dat de typering 'verzorgingsstaat' steeds meer van toepassing werd (Idenburg, 1983). Vanuit het denken in termen van individuele vrijheid zijn dit mooie verworvenheden, maar het ondergroef het

denken over de samenleving als gemeenschap van mensen die zelf verantwoordelijk waren voor elkaar en de organisatie van de samenleving (Kuiper, 2020).

Het is overigens nooit zo geweest dat 'de staat', of de rijksoverheid, totaal verantwoordelijk is geweest voor de zorg en het welzijn van alle individuele burgers 'van de wieg tot het graf'. Die beweging leek wel te zijn ingezet, maar in de jaren zeventig en tachtig ook alweer geremd (Idenburg, 1983). In de jaren zeventig werd nog wel de Kaderwet specifiek welzijn voorbereid, waarin provincies en gemeenten verdergaande zeggenschap zouden krijgen over voorzieningen op het terrein van welzijn, zorg en onderwijs. Maar deze wet is nooit officieel ingevoerd, hoewel de Tweede Kamer in 1975 na lange tijd toch positief adviseerde over de invoering ervan (Kamerstukken II, 14493 nr. 1 en 2, 18 mei 1977; Kamerstukken I, 30131C, 21 april 2006). Het eerste kabinet-Lubbers, met haar beleidsfilosofie van de 'zorgzame samenleving', trok het wetsvoorstel alsnog in. Wel voerde ze diverse rijksbijdrageregelingen in, die gemeenten in staat stelden het lokale welzijnsbeleid vorm te geven. Zo werd al vóór de eerste nationale welzijnswet werd ingevoerd, het welzijnsbeleid direct weer gedecentraliseerd. In 1987 werd toch de Welzijnswet ingevoerd, waarin deze regelingen gebundeld werden en elke bestuurslaag – gemeente, provinciale en rijksoverheid – een eigen taak werd toegewezen. Wat wel met deze wet werd vastgelegd, is de overheidsverantwoordelijkheid voor het welzijn van individuen. In 1994 is een nieuwe Welzijnswet ingevoerd, waarin meer werd uitgegaan van gezamenlijke inspanning van de drie overheidslagen én maatschappelijke organisaties, waarmee alweer een zekere verbreding werd gezocht (Kwekkeboom et al., 2002).

## 1.4 Groeiende kritiek op de verzorgingsstaat

Al direct in de jaren vijftig werd kritiek geuit op toename van overheidsinvloed op het terrein van zorg en welzijn. Deze kritiek betrof juist de verhouding tussen individu, sociale verbanden en overheid. Met name de Antirevolutionairen vertolkten de opvatting dat de overheid niet de zorgende taak van sociale verbanden moest overnemen (Schuyt & Taverne, 2000). Hierboven is al iets beschreven van deze protesten, die terug te voeren zijn op het rooms-katholieke subsidiariteitsbeginsel en het vergelijkbare protestantse beginsel van de soevereiniteit in eigen kring.

Vanaf de jaren zeventig verschenen diverse boeken waarvan de titels suggereerden dat de verzorgingsstaat in een crisis was beland en aan herziening toe was: 'De stagnerende verzorgingsstaat' (Van Doorn & Schuyt, 1977), 'De nadagen van de verzorgingsstaat' (Idenburg, 1983), 'Op zoek naar het hart van de verzorgingsstaat' (Schuyt, 1991), 'De verdeelde samenleving' (Schuyt & Van der Veen, 1986) en 'De herverdeelde samenleving' (Trommel & Van der Veen, 1999). Belangrijke punten van kritiek zijn al in deze boeken, zowel vanuit bestuurskundige als sociologische, juridische, economische en filosofische hoek, te vinden: de oplopende kosten en de toenemende bureaucratie, de groeiende invloed van de overheid in het leven van mensen en het verdwijnen van 'warme' solidariteit tussen mensen.

Oppervlakkig gezien lijkt in de kritiek op de verzorgingsstaat vooral een pragmatisch bezwaar

de boventoon te voeren: de kosten van het stelsel stegen te veel. En dat is voor een belangrijk deel ook zo: met name demografische ontwikkelingen – vergrijzing, 'ontgroening' – zijn belangrijke redenen om het stelsel te herzien. Er is echter meer aan de hand. De oorzaken voor de stijging van de kosten zijn mede terug te voeren op de verschuiving in de verhouding tussen overheid, individu en sociale verbanden. Zo heeft de stijging van de kosten voor zorg en welzijn op de overheidsbegroting alles te maken met de verstatelijking van zorg en welzijn. Direct na de invoering van de Awbz groeide bijvoorbeeld het aantal verpleeghuizen sterk. Het aantal professionele dienstverleners in de zorg- en ook in de welzijnssector nam in de jaren zeventig explosief toe. Het aantal vrijwillige diensten vanuit kerken en vrijwilligersorganisaties nam tegelijkertijd af. Collectief bekostigde beroepskrachten van zorg- en welzijnsdiensten vervingen de onbetaalde en vanuit sociale verbanden geboden zorg en ondersteuning. De stijging van de kosten voor zorg en welzijn is dus direct verbonden met de verschuiving van verantwoordelijkheid voor zorg en welzijn: van burgers en hun sociale verbanden, naar overheid en professionals.

De stijgende kosten werden ook toegeschreven aan de toename van de vraag naar zorg- en welzijnsvoorzieningen. Als oorzaak wijzen de verschillende auteurs – naast demografische ontwikkelingen –diverse algemene trends in de samenleving aan. Schuyt (1991) noemt onder andere de ontzuiling, de secularisering, de democratisering, de "groei van immateriële verlangens naar meer", veranderingen in normen en waarden. Deze ontwikkelingen versterkten elkaar en leidden ertoe dat steeds mondiger burgers steeds meer eisen stelden aan de overheid. Adriaansen en Zijderveld (1981) beschrijven dit 'gedemocratiseerd hedonisme': het steeds meer vanzelfsprekend worden van instant-behoeftebevrediging ten aanzien van materiële, maar ook immateriële goederen. Idenburg (1983) noemt dit de 'consumptie-ethiek'. Dit is niet alleen een verandering in de opstelling van individuele burgers, maar ook de overheidsvoorzieningen worden hiernaar ingericht. Beck en Beck-Gernsheim (2002) beschrijven het resultaat van deze ontwikkelingen als "geïnstitutionaliseerde individualisering". Deze term suggereert dat er éérst sprake was van toenemend individualisme dat vervolgens ingebed werd in bepaalde instituties. Maar is het niet juist de institutionalisering die het individualisme mogelijk maakte? De nieuwe arrangementen van de verzorgingsstaat vormden de voorwaarde voor individualisme. In de politieke besluitvorming over de inrichting van deze arrangementen is het ideaal van de emancipatie van het individu namelijk een belangrijke drijfveer geweest. Maar pas dóór het institutionaliseren van de verzorgingsstaatarrangementen werd een individualistische levenswijze op grote schaal daadwerkelijk mogelijk. Het is dus niet alleen maar de politiek die van opvatting verandert, maar de politiek vertaalt het maatschappelijke denken in daarbij passende instituties. Dit is dus wat Kuiper de verschuiving noemt van 'verbondsdenken' naar 'contractdenken': we zijn steeds meer gaan denken over de samenleving als verzameling individuen met soms tegenstrijdige belangen waartussen de overheid door middel van regels en rechten optreedt, in plaats van de samenleving als een gezamenlijke verantwoordelijkheid met de overheid als een bondgenoot daarin (Kuiper, 2020).

Een ander deel van de kritiek op de verzorgingsstaat richt zich op de bureaucratisering van zorg en welzijn. De veelheid aan voorzieningen en uitvoerende partijen vormen samen een

weinig overzichtelijk geheel, waarbinnen zorgvragers alleen de weg vinden via diverse bureaus en tussenpersonen. Zo kon het gebeuren dat 'het profijt van de overheid' niet zozeer ten goede kwam aan mensen die er het meest baat bij zouden hebben, maar vooral aan mensen die er toch al goed voor stonden (Idenburg, 1983). Bureaucratisering betekent ook: de verwording van mensen tot administratieve eenheden. Er zijn zoveel regelingen die allemaal maar een onderdeel van het leven van een afhankelijke persoon betreffen, dat er een "cumulatie van afhankelijkheden" optreedt (Schuyt, 1991). Hierdoor is het zicht op de afhankelijke personen als 'hele mensen' zoekgeraakt. Schuyt omschrijft dit als "het niet meer kunnen lokaliseren van de meest hulpbehoevenden en de 'zwaksten in de samenleving' anders dan in administratieve categorieën van anonieme personen" (Schuyt, 1991, p. 11). Dat is niet alleen onaangenaam voor die 'zwaksten' zelf, maar leidt er ook toe dat voorzieningen slecht aansluiten bij de totale levenssituatie van de hulpbehoevende en dus niet efficiënt en effectief kunnen worden ingezet. Bovendien ondergraaft deze anonieme administratieve solidariteit de bereidheid van verzorgingsstaatburgers om de lasten gezamenlijk te dragen, doordat de 'lokalisering van solidariteit' steeds moeilijker is geworden. Ook in deze kritiek gaat het dus om de verhouding tussen individu en overheid. De overheid heeft steeds meer verantwoordelijkheid voor zorg en welzijn, maar slaagt er niet voldoende in aan te sluiten op het individu als uniek persoon. Doordat het organiseren van solidariteit tussen individuen een taak van de overheid is geworden, zijn sociale verbanden geheel uit het zicht verdwenen.

Dit onvermogen van de overheid om aan te sluiten bij de leefwereld van het individu is een centraal thema in het werk van Jürgen Habermas. Zijn kritiek op de verzorgingsstaat vat hij samen in het essay 'De nieuwe onoverzichtelijkheid: de crisis van de welvaartstaat en de uitputting van utopische krachten' (Habermas, 1989). Hij beschrijft hoe 'utopische krachten' – de utopie van een 'arbeidsmaatschappij', gekoppeld aan een sterk geloof in maakbaarheid en een groot vertrouwen in techniek – de samenleving dreven tot 'het project verzorgingsstaat'. Dat project kwam tot stand als een coproductie van twee systemen: het kapitalistische economische systeem en het staatsapparaat. Gebaseerd op de overtuiging van vroeg-socialisten – van Marx tot Weber – dat de structuur van de maatschappij wordt vormgegeven door marktgestuurde, kapitalistisch benutte en bedrijfsvormig georganiseerde loonarbeid, werd een contract gesloten tussen het economische en het bureaucratische systeem. De staat zou haar politieke macht aanwenden om het welzijn van arbeiders te garanderen en zou in ruil daarvoor premies mogen heffen bij die werknemers. Habermas werpt de vraag op hoe houdbaar dit contract is: kan een interventionistische staat het kapitalistische systeem daadwerkelijk inperken? En vervalt in een tijd van economische stagnatie en stijgende werkloosheid de maatschappelijke basis voor de bekostiging van de verzorgingsstaat niet snel? Ook Schuyt wijst op dit gevaar, wanneer hij beschrijft dat er in de jaren zeventig "een groeiende kloof ontstond tussen het maatschappelijk gewenste of wenselijk geachte en het economisch mogelijke" (Schuyt, 1991, p. 9). Habermas stelt dat zowel het bureaucratische als het economische systeem in de loop van de tijd zeer complex zijn geworden, doordat er – met de nieuwe zorgende functies die aan de overheid werden toegekend – allerlei nieuwe subsystemen in het leven zijn geroepen. Hoe complexer deze systemen, hoe groter de kans op disfunctionele nevengevolgen, stelt Habermas (1989). Een ernstig nevengevolg is de 'ontkoppeling van

systeem- en leefwereld': zowel het bureaucratische als het economische systeem zijn als het ware een zelfstandig leven gaan leiden, door vergaande juridisering een eigen werkelijkheid gaan vormen met een eigen jargon en eigen doeleinden, waarin steeds minder rekening werd gehouden met de 'leefwereld', de dagelijkse leefomgeving van mensen, hun manier van communiceren en hun motivatie. Ook de Nederlandse socioloog Van Doorn stelt vraagtekens bij deze scheiding tussen mensen en systeem. Hij stelt dat twee gevaren de ontwikkeling van de verzorgingsstaat "als een schaduw begeleiden": te hoge verwachtingen koesteren van het systeem, en te lage verwachtingen van mensen (Van Doorn & Schuyt, 1977).

Samengevat gaat het in de kritiek op de verzorgingsstaat over het centrale vraagstuk van de verhouding tussen overheid, individu en sociale verbanden. Er is kritiek op de toename van overheidsinvloed op steeds meer levensterreinen; op het vervangen van de 'warme' onderlinge zorg vanuit sociale verbanden door anonieme publieke voorzieningen; op de veeleisendheid van mondige, individualistische burgers die zich veel meer opstellen als consumenten dan als mede-eigenaren van publieke en collectieve arrangementen. Toch moet deze kritiek niet gezien worden als alleen een protest tegen een goede organisatie van collectieve zorgsystemen als zodanig. De meeste auteurs beschrijven naast hun kritiek ook de belangrijke verworvenheden van de moderne samenleving. Ook de WRR stelt in 2006: de Nederlandse verzorgingsstaat doet het goed. Maatschappelijke ongelijkheid en armoede wordt tegengegaan, werkgelegenheid wordt op peil gehouden, de inflatie wordt teruggedrongen en de economische groei vergroot. Een groot aantal arrangementen vormt samen een omvangrijk stelsel van verzekeringen en voorzieningen. Nederlanders zijn daarmee beschermd tegen extreme armoede en verzekerd van goede zorg ook als ze oud, ziek of arbeidsongeschikt worden. Er is een georganiseerde vorm van solidariteit vormgegeven tussen mensen die gezond en draagkrachtig zijn en mensen die dat niet zijn. Vergeleken met de situatie van vóór de Tweede Wereldoorlog, is dat een enorme vooruitgang, die tot stand gebracht is door de sterke groei van de verzorgingsstaat (WRR, 2006). De kritiek op de verzorgingsstaat en de verworvenheden van diezelfde verzorgingsstaat zijn twee zijden van eenzelfde medaille. Adriaansens en Zijderveld (1981) beschrijven hoe de moderne verzorgingsstaat juist heeft kunnen ontstaan dóór structurele differentiatie en abstrahering van betekenissen en waarden. Veel van de kritiek die hierboven beschreven is, heeft betrekking op de keerzijde van diezelfde voorwaarden. Specialisatie en professionalisering verhogen de kwaliteit van de zorg, maar zijn wel duurder en kunnen ertoe leiden dat mensen zich minder verantwoordelijk voelen. Abstrahering van betekenissen en waarden maakt een efficiënte organisatie van zorg mogelijk, maar heeft ook het risico in zich van anonimiteit en consumentisme. Dit zijn belangrijke dilemma's waar politici, beleidsmakers en wetenschappers tijdens de ontwikkeling van de verzorgingsstaat voortdurend mee worstelden: hoe kunnen de negatieve effecten van de modernisering worden tegengegaan zonder het kind met het badwater weg te gooien, dus zonder afbreuk te doen aan de verworvenheden van de verzorgingsstaat?

Centraal in deze dilemma's staat de verhouding tussen individuen, sociale verbanden en overheden. Niet voor niets worden daarom vanaf de jaren tachtig oplossingen voor een verdere groei van de verzorgingsstaat vooral gezocht in een herschikking van deze verhou-

dingen, aanvankelijk vooral door een beroep op de markt. Op het terrein van zorg en welzijn wordt met de invoering van de Wmo in 2007 ook een nieuw beroep gedaan op de verantwoordelijkheid van mensen voor elkaar binnen sociale verbanden. En datzelfde gebeurt ook op de terreinen van jeugdhulp, passend onderwijs en arbeidsparticipatie, zoals in 1.7 verder beschreven zal worden. Eerst volgen we nog even de ontwikkeling van de verzorgingsstaat in de jaren tachtig, waarin deze koerswijziging zich langzamerhand begon af te tekenen.

## 1.5 Minder overheid, meer 'eigen verantwoordelijkheid' en 'zorgzame samenleving'

De herwaardering van individuele en gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor zorg en welzijn ontstaat in de economisch magere jaren tachtig van de vorige eeuw onder invloed van neoliberale politieke opvattingen. Door minister Brinkman werd onder het devies 'minder overheid, meer markt' het principe van vraagsturing ingevoerd in zorg- en welzijnsinstellingen. Tegelijkertijd deed Brinkman expliciet een beroep op burgers om voor zorg en welzijn niet alleen naar de overheid te kijken, maar mensen moesten ook weer meer voor elkaar zorgen en zo een 'zorgzame samenleving' gaan vormen. Zo werd in de Nota 'Volksgezondheid bij beperkte middelen' (Kamerstukken II, 18108 nrs. 1 en 2, 1983) bepaald dat de zorg moest verschuiven van intramuraal naar extramuraal, van verzorgingstehuizen naar zelfzorg en mantelzorg. In deze periode werd dus de verhouding tussen overheid en individu expliciet ter discussie gesteld, en kwam nieuwe aandacht voor de sociale verbanden waar individuen deel van uitmaakten. In de 'Nieuwe nota geestelijke volksgezondheid' (Kamerstukken II, 18463 nrs. 1 en 2, 1984) werd het concept van 'vermaatschappelijking', 'de-institutionalisering' of 'extramuralisering' gelanceerd: niet langer zouden mensen met bijvoorbeeld ernstige psychische aandoeningen of met een verstandelijke beperking in een instelling moeten worden weggeborgen, maar ze zouden als lid van de samenleving ook daadwerkelijk midden in de samenleving moeten wonen.

Kwekkeboom (2010) geeft een overzicht van de discussie die oplaaide over de eigen verantwoordelijkheid van mensen voor zichzelf en voor elkaar. Deze discussie had zowel betrekking op de rol van mantelzorgers als op de rol van beroepskrachten in zorg en welzijn. Onder anderen door minister Brinkman, en door toenmalig wetenschappelijk medewerker van het wetenschappelijk bureau van het CDA Jan Peter Balkenende, werd begin jaren tachtig de stelling geponeerd dat het wenselijk was om zorg zo weinig mogelijk te zien als verantwoordelijkheid van de overheid en beroepskrachten en zoveel mogelijk als de verantwoordelijkheid van mensen voor zichzelf en voor elkaar. Deze opvatting kon rekenen op bijval, maar ook op kritiek. De kritiek kwam zowel van hulpverleners als van vrouwengroepen, die deze opvatting zagen als een gevaar voor de werkgelegenheid en voor de arbeidsparticipatie van vrouwen. De discussie over mantelzorg ging ook over de vraag wanneer zorg tussen familieleden nu 'gebruikelijke zorg' was en wanneer 'mantelzorg', dus over de vraag wat wel en niet vanzelfsprekende verantwoordelijkheden waren van sociale verbanden. Een ander onderdeel van deze discussie over de eigen verantwoordelijkheid van mensen was de rol van professionals in het welzijnswerk. Zij zouden datgene afbreken

dat ze juist wilden bevorderen: autonomie en zelfredzaamheid van individuen. Hoe meer zorg- en welzijnsvoorzieningen aangeboden vanuit de overheid, des te minder mensen de neiging zouden hebben zelf oplossingen te zoeken en voor elkaar te zorgen. Ossewaarde (2006) onderscheidt drie discourses over 'eigen verantwoordelijkheid' in de loop van de geschiedenis: eigen verantwoordelijkheid als de individuele keuzes die mensen maken in hun eigen leven, eigen verantwoordelijkheid als een door de overheid overgedragen verantwoordelijkheid voor het oplossen van sociale kwesties, en eigen verantwoordelijkheid als het zelf dragen en verminderen van risico's. In de discussie rond de verzorgingsstaat spelen al deze opvattingen een rol.

Ook in de jaren negentig ging de discussie over de eigen verantwoordelijkheid van mensen en de rol van beroepskrachten door, en werd de ingezette koers voortgezet, niet in de laatste plaats ingegeven door de nog altijd stijgende kosten van de verzorgingsstaat. In het begin van de jaren negentig werden diverse ingrepen in de wetgeving gedaan om de kosten van de zorgvoorzieningen beter te kunnen beheersen. Een belangrijke vernieuwing was invoering van de persoonsgebonden budgetten (pgb's) die vanaf 1996 werden ingevoerd in het kader van de Awbz. De pgb's waren een instrument om zorg beter aan te passen aan de individuele behoefte van burgers. Het SCP beschreef in haar publicatie 'De opmars van het pgb' (Sadiraj, Oudijk, Van Kempen & Stevens, 2011) wat de verwachtingen van het instrument waren. Mensen die een indicatie hadden voor een bepaald zorgaanbod, konden zelf kiezen of ze deze zorg 'in natura' wilden ontvangen of in plaats daarvan een bedrag waarvoor ze zelf naar eigen inzicht zorg konden inkopen. De pgb's betekenden dus een belangrijk instrument waarmee de vraagsturing in de zorg kon worden vormgegeven. In theorie zou dit bovendien een besparend effect moeten opleveren. De pgb's zouden namelijk goedkoper zijn dan zorg in natura, omdat er een maximum kon worden aangehouden. Bovendien zou de zorg tegelijkertijd meer op maat zijn, zodat er geen onnodige zorg werd ingekocht. In de praktijk blijken de pgb's juist tot meer kosten te leiden, zo laat hetzelfde SCP-rapport zien. Wel zijn afzonderlijke pgb's inderdaad goedkoper dan zorg in natura: pgb's voor extramurale zorg bedragen in Nederland zo'n 75 tot 85 procent van de zorg in natura. Maar de pgb's blijken ook een 'aanzuigend' of 'vraagstimulerend' effect te hebben: mensen die eerder afzagen van zorg omdat het aanbod onvoldoende aansloot bij hun behoefte, maken wel aanspraak op zorg als de mogelijkheid van een pgb wordt geboden (Sadiraj et al., 2011).

Een andere belangrijke vernieuwing in de jaren negentig is dat het stelsel voor voorzieningen voor mensen met een beperking werd geherstructureerd en gedecentraliseerd. Belangrijke stap in deze herstructurering was de invoering van de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) in 1994. Mensen met een beperking konden eerder een beroep doen op de Algemene arbeidsongeschiktheidswet (Aaw) voor voorzieningen, op de Regeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten (RGSHG) voor woningaanpassingen, en als ze 65 jaar of ouder waren alleen op de Algemene bijstandswet (Abw). Met de Wvg werd de verstrekking van voorzieningen en woningaanpassingen, ook voor 65-plussers, in één wet samengevoegd. Mensen met een beperking konden zo hun voorzieningen bij één loket aanvragen. De verantwoordelijkheid voor het verstrekken van de voorzieningen werd neergelegd bij gemeenten. De

verwachting was, dat het hierdoor beter mogelijk zou zijn te komen tot een “zoveel mogelijk integrale benadering van de hulpvragen in de woon- en leefsfeer en bij behoefte aan zorg” (Kamerstukken II, 22815 nr. 3, 1992, p. 5). Gemeenten kregen daarbij de ruimte zelf te bepalen welke voorzieningen ze zouden verstrekken, met als enige criterium dat ze ‘verantwoorde’ voorzieningen zouden bieden. Een nieuw aspect van de Wvg was, dat gemeenten met het oog op de kostenbeheersing een groter beroep moesten gaan doen op de eigen verantwoordelijkheid van de aanvrager in de vorm van een eigen bijdrage. Mensen die voorzieningen kregen, gingen vanaf de invoering van de Wvg daar zelf aan meebetalen voor een bepaald deel, deels afhankelijk van de hoogte van hun inkomen.

Er kwam veel kritiek op de Wvg. Diverse geraadpleegde organisaties, waaronder de Sociale Verzekeringsraad (SVr) en de Gehandicaptenraad, gaven negatieve adviezen bij de invoering van de wet. Ze vonden dat er voor het beperken van de kosten van het zorgstelsel te veel een beroep werd gedaan op de solidariteit van mensen met een beperking, en te weinig op de hele bevolking. De vrees was dat ze met het nieuwe stelsel minder gemakkelijk toegang zouden krijgen tot de voorzieningen die ze nodig hadden om zelfstandig te functioneren, en dat ook de lastenverzwaring te groot zou worden om die zelfstandigheid te behouden. Veel kritiek was er ook op decentralisatie naar gemeenten. Hiermee zou de rechtsgelijkheid van zorgvragers in het geding komen, want zorgvragers in de ene gemeente zouden minder voorzieningen kunnen krijgen dan in de andere gemeente. Cliëntenbelangenbehartigers hadden liever veel meer centraal de verantwoordelijkheid van de overheid in de wet verankerd willen houden. Ondanks deze kritiek is de wet ingevoerd.

De invoering van de Wmo in 2007 kan worden gezien als een volgende stap in de koers die sinds de jaren tachtig is ingezet, naar meer marktwerking en vraagsturing, decentralisering, meer vermaatschappelijking en een steeds groter beroep op de ‘zorgzame samenleving’ als alternatief voor professionele zorg. Na enkele jaren ervaring met de Wvg, werd besloten dat gemeenten ook de verantwoordelijkheid zouden krijgen voor andere, voorheen centraal geregelde voorzieningen. De Wmo verving een aantal eerdere wetten: de Wvg, delen van de Awbz (in elk geval de huishoudelijke zorg), delen van de Wcpv (openbare geestelijke gezondheidszorg) en de Welzijnswet.

## 1.6 De vier beleidsroutes van de Wmo

Dat de Wmo een nieuwe verschuiving betekende in de verhoudingen tussen overheid en individuen, stond met zoveel woorden te lezen in de beleidsbrief van april 2004 aan de Tweede Kamer, waarin het Kabinet de komst van de Wmo aankondigde. Hierin werd expliciet gesteld dat het Kabinet met de Wmo “historisch gegroeide vanzelfsprekendheden in zorg en ondersteuning” ter discussie stelde, door de Awbz af te slanken tot “een Awbz die verzekert waarvoor ze bedoeld is: zware chronische en continue zorg” (Kamerstukken II, 29538 nr. 1, 23 april 2004, p. 2). De Wmo betekende een ingreep in het zorgstelsel waardoor eerder gegarandeerde rechten van mensen op professionele ondersteuning vervielen. Hiervoor in de plaats werden in de Wmo 2007 mindere zekere ‘prestatievelden’ en een ‘compensatieverplichting’ ingesteld.

Deze prestatievelden betroffen niet alleen voorzieningen die eerder onder de Wvg vielen (aanpassingen aan woningen, huishoudelijke hulp), maar ook opvoedingsondersteuning, ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers, en het bevorderen van sociale samenhang. Deze wijziging werd uitgebreid onderbouwd door de verantwoordelijke bewindslieden.[2] Met name de oplopende kosten van de verzorgingsstaat werden genoemd. Daarbij werd wel benadrukt dat het de bedoeling bleef dat mensen de nodige steun zouden blijven ontvangen om mee te kunnen doen in de samenleving. De aanpak waarmee de Wmo deze dubbele doelstelling – bezuiniging en toch mensen blijven ondersteunen – wilde bereiken, bestond uit vier routes (Jager-Vreugdenhil, 2012):

1. de decentralisering van welzijns- en ondersteuningstaken naar lokale partijen onder regie van lokale overheden;
2. verschuiving van 'recht op zorg' naar beleidsvrijheid door gemeenten;
3. het terugleggen van verantwoordelijkheid bij de vragers van ondersteuning; en
4. een beroep op de *civil society*.

Deze routes betekenden gezamenlijk een expliciete verschuiving van de verdeling van verantwoordelijkheden voor zorg en welzijn tussen overheden, individuen en sociale verbanden. Deze routes zijn voortgezet in de nieuwe Wmo die in 2015 werd ingevoerd.

De eerste route van de decentralisering hield in dat diverse welzijns- en ondersteuningstaken, die eerder in centrale wetten geregeld waren, vanaf toen onder verantwoordelijkheid van gemeenten vielen, die daarvoor 'derden' inschakelden. Van deze decentralisering werden diverse effecten verwacht. In de eerste plaats een besparend effect: de verwachting was dat door welzijn en ondersteuning onder één lokale regisseur te brengen, zorg goedkoper kon worden verleend. In de tweede plaats werd verwacht dat door organisatie van de zorg op decentraal niveau, en door meer marktwerking, ook veel meer ondersteuning op maat kon worden verleend. Dit effect werd versterkt door de mogelijkheid van de inzet van pgb's waarmee zorgvragers zelf hun voorzieningen kunnen inkopen. De verwachting dat via de eerste route van decentralisering inderdaad besparende effecten uitgaan, was gebaseerd op een (neo)liberale opvatting dat meer marktwerking als vanzelf tot goedkopere en beter bij de 'klant' passende 'producten' zou opleveren. In 2015 werd een belangrijke aanpassing gedaan: persoonlijke verzorging werd niet vanuit de Wmo, maar vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) georganiseerd. Dit werd gedaan om te zorgen dat de eerstelijns zorg versterkt werd en dat er een financiële prikkel kwam voor zorgverzekeraars om mensen in de eigen woonomgeving persoonlijke verzorging en verpleging te bieden, waarbij werd aanbevolen dit te organiseren in kleinschalige 'buurtteams' van wijkverpleegkundigen die goed samenwerken met huisartsen en sociale (wijk)teams.

2 Twee belangrijke documenten in deze correspondentie zijn, naast de Memorie van Toelichting bij de Wmo:
- De beleidsbrief van de staatssecretaris van VWS in april 2004, aangekondigd door middel van een brief aan de Tweede Kamer met de titel "Op weg naar een bestendig stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijk ondersteuning"; ook wel de 'contourennota' genoemd (Kamerstukken II, 29538 nr. 1, 23 april 2004);
- De brief van de staatssecretaris aan de Tweede Kamer in september 2004: "Stappen naar een toegankelijke, betaalbare, solidaire en doelmatige AWBZ" (Kamerstukken II, 26631 nr. 56, 15 september 20013)

De tweede beleidsroute van de Wmo was het vervangen van een 'recht op zorg' door beleidsvrijheid. Voor de voorzieningen die vanaf 2007 onder de Wmo vielen, gold niet langer een recht op zorg. In plaats daarvan kregen gemeenten een bepaalde mate aan vrijheid zelf te bepalen welke voorzieningen zij bieden. Waar eerder de Awbz een verschuiving betekende 'van gunst naar recht', zorgde de Wmo voor een verschuiving 'van recht naar beleidsvrijheid'. Dat was niet helemaal een omgekeerde beweging, terug naar uitsluitend 'gunst'. Deze vormen van zorg werden niet langer door de rijksoverheid gegarandeerd, en evenmin door de gemeenten. Wel hadden gemeenten de plicht om beleid vast te stellen. Dat moesten ze doen in overleg met vertegenwoordigers van de gebruikers van Wmo-voorzieningen, aanvankelijk in Wmo-adviesraden, inmiddels na 2015 meestal in bredere adviesraden voor het sociale domein waarin ook gebruikers van de Jeugdwet en Participatiewet vertegenwoordigd zijn.

De derde route waarmee de wetgever met de Wmo wilde bereiken dat het zorgstelsel niet verder belast wordt en mensen toch voldoende ondersteund worden, was een beroep op de eigen verantwoordelijkheid van vragers van ondersteuning. Van hen werd verwacht dat wanneer ze op problemen stuitten, ze hiervoor niet direct naar het voorzieningenaanbod zouden kijken, maar eerst nagaan welke oplossingen ze zelf konden zoeken. Pas wanneer hun eigen mogelijkheden en die van hun directe sociale omgeving uitgeput waren, konden ze een beroep doen op de lokale overheid. In de Wmo 2007 werd dit nog niet zo expliciet voorgeschreven, maar alleen in de toelichting bij de wet gesuggereerd. In de Wmo 2015 werd concreet omschreven dat voorzieningen en opvang alleen toegekend werden voor zover een aanvrager "in verband met een beperking, chronische psychische of psychosociale problemen niet op eigen kracht, met gebruikelijke hulp, met mantelzorg of met hulp van andere personen uit zijn sociale netwerk voldoende zelfredzaam is of in staat is tot participatie" (Wmo 2015, art. 1.2.1). Dit betekende dus dat de verantwoordelijkheid van individuen en hun sociale netwerken expliciet voorop werden gesteld. Daarmee werd de omslag in denken die in de Wmo 2007 nog alleen gesuggereerd en aangemoedigd werd, voortaan ook voorgeschreven. Want vanaf dan moest het denken toch echt veranderd zijn, vond de wetgever:

> De regering wil het automatisme doorbreken dat ingezetenen zich bij elke hulpvraag tot de overheid wenden. In de omslag die met dit wetsvoorstel in gang wordt gezet, is het niet meer vanzelfsprekend dat de overheid bij iedere hulpvraag bijspringt. Uitgangspunt is dat iedere ingezetene eerst kijkt wat hij zelf kan doen, wat zijn sociale omgeving voor hem kan doen of wat hij zelf voor een ander kan doen. (Kamerstukken II, 33841 nr. 3, 15 januari 2014, p. 25)

De vierde route van de Wmo bestond uit een beroep op de *civil society*. In de wet, althans in de Memorie van Toelichting daarbij, werd een grote rol toegedicht aan allerlei verbanden in de samenleving: familie en vrienden (als de genoemde 'directe sociale omgeving'), maar ook sportverenigingen en andere vrijwilligersorganisaties, religieuze verbanden en buurten. Deze *civil society* werd aangesproken op haar zelforganiserend vermogen om te functioneren als "voorliggende structuur", voorliggend namelijk aan professionele, uit publieke middelen betaalde zorgvoorzieningen:

> De regering is van mening dat een krachtige sociale structuur nodig is, waar zelforganisatie, maatschappelijke binding en eigen verantwoordelijkheid een belangrijke plaats in innemen, die voorliggend is aan professionele arrangementen van zorg, cultuur, ontspanning en welzijn. (Kamerstukken II, 30131 nr. 3, 1 juni 2005, p. 2)

De eerste drie routes zoals beschreven zijn te typeren als een verschuiving in de verantwoordelijkheidsverdeling van overheid naar individu: individuen hebben minder vanzelfsprekend recht op ondersteunende voorzieningen die door de overheid worden georganiseerd. Het was een expliciete ambitie van de Wmo om het beroep op de voorzieningen van de verzorgingsstaat te beperken, door meer een beroep te doen op de eigen verantwoordelijkheid van burgers en door hen te stimuleren eerst een beroep op hun eigen omgeving te doen. De Wmo zou een terugtrekken van de overheid betekenen, en wel volgens het Ministerie van VWS "redelijk streng".[3] Dat hoefde niet in te houden dat er dus helemaal geen voorzieningen meer werden verstrekt door de overheid, maar wel dat ze alleen ter beschikking zouden worden gesteld "voor mensen die het echt nodig hebben", zoals de beleidsbrief van april 2004 het formuleerde. Impliciet werd hiermee aangegeven, dat er tot dan toe teveel mensen die het niet echt nodig hadden, toch een beroep deden op voorzieningen. Vanuit de kritiek op de verzorgingsstaat op macroniveau, dat de overheid in de loop van de tijd teveel verantwoordelijkheid naar zich toe heeft gehaald en dat er teveel 'democratisch hedonisme' is ontstaan, was de boodschap van de wetgever begrijpelijk. Dat maakte de impliciete boodschap op het microniveau van de zorgvragers niettemin onsympathiek. Zij voelden een beschuldigende vinger in hun richting wijzen: jullie kosten ons teveel, en dat komt doordat je je niet verantwoordelijk genoeg gedraagt. Cliëntenorganisaties hebben zich in de voorbereiding van de Wmo dan ook sterk verzet tegen het vervallen van het gegarandeerde recht van cliënten op diverse vormen van ondersteuning. Met de invoering van de Wmo verviel dat recht, en in plaats daarvan werd maatschappelijke ondersteuning onderwerp gemaakt van lokale politieke afwegingen. Zorg kon vanaf toen in principe wordt uitgeruild voor lantaarnpalen en stoeptegels, was de vrees van cliëntenbelangenbehartigers.

De vierde route van de Wmo had een heel ander karakter. Het betrof niet de verhouding tussen overheid en individu, maar de verhouding tussen sociale verbanden en individuen. De Memorie van Toelichting bij de Wmo 2007 beschreef wat de wetgever verwacht van maatschappelijke organisaties en individuele burgers in reactie op de terugtrekkende beweging van de overheid. Er werd een beroep gedaan op aanwezig veronderstelde positieve krachten in de samenleving. Er werd een beeld geschetst van een zorgzame samenleving, die veel zelf kan zonder interventie van een overheid. Als iedereen maar zijn eigen verantwoordelijkheid zou vormgeven en meedoen, participeren, dan was de overheid ook minder nodig. Bij de Wmo 2015 werd deze oproep versterkt: er zou een groter beroep worden gedaan op het sociale netwerk van mensen en daar waar mogelijk op vrijwilligers, stelde de Memorie van Toelichting (Kamerstukken II, 33841 nr. 3, 15 januari 2014, p. 3). Daarbij werd niet alleen ingezet

3 Gesprek in 2009 met dhr. E.H.M. Holman, projectleider implementatie Wmo, directie Maatschappelijke Ondersteuning, Ministerie van VWS.

op extra ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers, maar ook op meer samenwerking tussen informele en formele zorg. En dat werd ook expliciet in verband gebracht met een bezuinigingsopgave:

> De regering verwacht dat gemeenten, door een groter beroep te doen op de eigen mogelijkheden van mensen en hun sociale netwerk en door gebruikmaking van algemene voorzieningen en maatwerkvoorzieningen, de ondersteuning met een beperkter budget kunnen uitvoeren dan de rijksoverheid. (Kamerstukken II, 33841 nr. 3, 15 januari 2014, p. 3, 4)

## 1.7 De decentralisatie verbreed: Wmo 2015, Jeugdwet, Participatiewet en passend onderwijs

In 2015 werd een **nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning** ingevoerd, waarin enkele aanpassingen werden gedaan op basis van de ervaringen sinds 2007; met name de rol van zorgverzekeraars voor de persoonlijke verzorging en verpleging was hierin een belangrijke bijstelling. Ook werden de ervaringen met deze eerste decentralisatie nu gebruikt in een aantal andere decentralisaties die tegelijk werden ingevoerd. De verschillende decentralisaties samen betekenden een brede nieuwe opgave voor gemeenten:

> De regering beoogt met dit wetsvoorstel en de voorgenomen decentralisaties op het terrein van jeugd, werk en inkomen en passend onderwijs, gemeenten breed verantwoordelijk te maken voor het bieden van ondersteuning aan mensen met beperkingen binnen het sociaal domein. Het is de bedoeling dat mensen ondersteuning en zorg aangeboden krijgen die aansluit op hun persoonlijke omstandigheden en levensfase. (Kamerstukken II, 33841 nr. 3, 15 januari 2014, p. 2)

Nadrukkelijk werd in de toelichting bij de nieuwe Wmo benoemd dat er samenhang was met deze andere decentralisaties, inclusief passend onderwijs. De zorg en ondersteuning op alle levensdomeinen – gezondheid, welzijn, onderwijs, wonen, werk – werd zo vanaf 2015 de verantwoordelijkheid van gemeenten. En die gemeenten werden daarmee ook verantwoordelijk voor de samenhang tussen de hulp en ondersteuning op die gebieden.

De **Jeugdwet** die ingevoerd werd in 2015 verving de eerdere Wet op de Jeugdzorg en was erop gericht dat alle kinderen gezond en veilig moesten kunnen opgroeien, hun talenten ontwikkelen en naar vermogen participeren in de samenleving. De wet volgt vergelijkbare principes als de Wmo; de vier beleidsroutes kwamen in een bepaalde vorm terug:

1. Decentralisatie: de verantwoordelijkheid voor alle vormen van jeugdzorg werden decentraal, bij gemeenten ondergebracht. Gemeenten zouden dat beter, efficiënter en effectiever kunnen. Die moesten de geboden hulp op maat verzorgen en in goede samenhang met andere ondersteuning.
2. Verschuiving van recht op zorg naar beleidsvrijheid: het recht op zorg verviel, en werd vervangen door een ‘jeugdhulpplicht’. Er werd voortaan alleen ondersteuning geboden

als een gezin er zelf niet uitkwam. Daarvoor gaf de Memorie van Toelichting als reden, dat eerder veel te vroeg en te vaak een beroep op professionele zorg werd gedaan. Het doel van de Jeugdwet was expliciet het terugdringen van het beroep op zorg, onder de noemer 'demedicalisering'. Er zou sprake zijn van 'een doorgeschoten tendens om sociale problemen op te lossen in het medische regime', en die tendens moest gekeerd worden. Wat in de plaats van het medische regime komt, is denken vanuit het gewone leven van alle dag. Daarvoor wordt later steeds meer de term 'normalisering' gebruikt.

3. Terugleggen van verantwoordelijkheid: er werd een groter beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid, burgers (hier: ouders) zijn eerst zelf verantwoordelijk, er wordt verwacht dat zij ook een beroep doen op hun sociale netwerk, en alleen als dat niet lukt is de gemeente verantwoordelijk voor ondersteuning.
4. Beroep op de *civil society*: dit was eigenlijk niet zozeer een beroep – er werd gewoon vanuit gegaan dat er een sterke verbanden van burgers zijn en dat die ten goede zouden komen aan gezinnen en kinderen. Sterker nog, er werd ook gesteld dat het onderling zorgen voor elkaar tot gevolg zou hebben dat er een nog sterkere samenleving zou ontstaan.

Dat laatste stelde de Memorie van Toelichting bij de Jeugdwet:

> De regering vindt dat de zelfredzaamheid van de burger en diens netwerken en verbanden maximaal dient te worden gefaciliteerd en gestimuleerd. Goede zorg, goede gezondheid en actieve deelname aan de maatschappij zijn niet alleen een zaak van de overheid. De zorgrelaties tussen mensen onderling staan voorop. Zorgrelaties tussen mensen, binnen het gezin, in familie-, buurt- of andere informele of gemeenschapsverbanden vormen een belangrijk en natuurlijk vehikel voor sociale cohesie en een bron van sociaal kapitaal. Zorgen voor elkaar versterkt de individuele en collectieve vermogens in de samenleving, in een zichzelf versterkend proces. De overheid dient dit proces zoveel als mogelijk te faciliteren en er daarbij voor te waken dat zij deze eigen samenlevingsdynamiek niet doorkruist door zorgtaken te snel over te nemen. (Kamerstukken II, 33684 nr. 3, 4 juli 2013, p. 6)

De beleidsredenering van de Wmo 2007, die toen nog alleen indirect bleek uit een analyse van de beleidsdiscussie rond de invoering (Jager-Vreugdenhil, 2012), werd in de Jeugdwet in 2015 dus heel expliciet beschreven: de wetgever verwachtte dat mensen meer zouden gaan participeren – zelf verantwoordelijkheid nemen voor zichzelf en elkaar –, dat daardoor meer sociale cohesie zou ontstaan, en dat daardoor mensen nog meer in staat zouden worden verantwoordelijkheid te nemen voor zichzelf en voor elkaar. Het omgaan met uitdagingen van alle dag moest weer meer gewoon worden en minder snel in de sfeer van zorg en hulpverlening worden uitgelegd. Dat dat een cultuuromslag betekende, werd ook expliciet beschreven:

> De stelselwijziging vraagt een cultuuromslag naar demedicaliseren, ontzorgen en normaliseren: ander gedrag van professionals en burgers, een andere cultuur bij instellingen en professionals en andere werkwijzen. De nieuwe wet biedt hiertoe

> richting, kaders en ruimte. Zorg, hulp en ondersteuning worden zo ingericht en opgezet dat een 'normale' manier van opgroeien en opvoeden wordt gestimuleerd. Dat betekent dat wordt uitgegaan van de mogelijkheden en de behoeften van de individuele jeugdigen en hun ouders en dat hulp en ondersteuning aanvullend is aan wat ouders en jeugdigen zelf kunnen. Ouders en jeugdigen moeten leren (weer) op eigen vaardigheden te vertrouwen zodat zij zelf in hun verbanden verder kunnen. Door vroegtijdige ondersteuning, een positief opvoed- en opgroeiklimaat, goede basisvoorzieningen en een woonomgeving die uitnodigt tot sporten, spelen en talentontwikkeling kan een onnodig beroep op gespecialiseerde zorg of (inkomens) voorzieningen worden voorkomen. (Kamerstukken II, 33684 nr. 3, 4 juli 2013, p. 19)

In dit kader werd ook de **Wet passend onderwijs** genoemd. Deze werd met ingang van het schooljaar 2014-2015 ingevoerd, zodat dit ook samenviel met de decentralisaties. De stelselwijziging die met deze wet ingezet werd, hield onder andere in dat scholen voortaan samen binnen een samenwerkingsverband moesten zorgen dat alle kinderen een goede plek in het onderwijs hadden. Dit moest ertoe leiden dat reguliere scholen langer hun best bleven doen om kinderen met een beperking of gedragsproblematiek in hun klas mee te laten doen en daar ondersteuning te geven, in plaats van het doorverwijzen van deze kinderen naar het speciaal onderwijs. Samen werden de reguliere en speciale scholen in hun samenwerkingsverband verantwoordelijk dat de leerling op de voor hem/haar best passende plek onderwijs kreeg. Hun plannen moesten de samenwerkingsverbanden afstemmen met gemeenten in een zogenoemd 'op overeenstemming gericht overleg' (oogo). In de Memorie van Toelichting bij de Jeugdwet werd uitgelegd waarom dat van belang was: het werd zo namelijk mogelijk om jeugdhulp en onderwijs beter met elkaar samen te laten werken:

> De school is een belangrijke plek om problemen vroeg te signaleren, zodat snel en adequaat lichte zorg verleend kan worden en voorkomen kan worden dat problemen escaleren en uitval optreedt. Door jeugdhulp in en om de school te brengen, krijgen leraren ondersteuning bij het omgaan met gedrags- en andere opgroeiproblematiek, zoals problematisch middelengebruik. De inzet van jeugdhulp in school omvat ook begeleiding en persoonlijke verzorging in de klas ten behoeve van een leerling met een verstandelijke beperking of psychische stoornis. Medewerkers van het centrum voor jeugd en gezin (cjg) kunnen op school ondersteuning bieden. De verwachting is dat de inzet van gespecialiseerde jeugdhulp, de afstroom naar onderwijs op een lager niveau en de uitstroom naar het (voortgezet) speciaal onderwijs daardoor zullen worden beperkt. Zorg in en om de school (met name rondom het voortgezet onderwijs en het middelbaar beroepsonderwijs) vormt één van de pijlers van het regeringsbeleid om voortijdig schoolverlaten tegen te gaan en de aansluiting met werk te bevorderen. (Kamerstukken II, TK 2012-2013, 33684 nr. 3, 4 juli 2013, p. 22)

Gemeenten en schoolbesturen kregen samen de verantwoordelijkheid om de individuele ondersteuning aan kinderen en gezinnen af te stemmen met andere voorzieningen op het gebied van zorg, onderwijs, maatschappelijke ondersteuning en werk en inkomen.

Daarmee werd direct ook een link gelegd met de derde decentralisatie die wordt ingevoerd met de **Participatiewet**. Deze werd aanvankelijk voorbereid als de Wet werken naar vermogen (Wwnv) die ingevoerd zou worden in 2013, maar de invoering werd gelijkgetrokken met de andere decentralisaties en de wet kreeg de naam 'Participatiewet' die werd ingevoerd in 2015. De Participatiewet verving de eerdere WWB (Wet werk en bijstand) die gericht was op arbeidsre-integratie, de Wet sociale werkvoorziening (Wsw) en een deel van de Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten (Wajong). Ook deze wet ging uit van de gedachte dat burgers vooral eerst zelf verantwoordelijk zijn. Volgens de Memorie van Toelichting bij de Wwnv pasten bij een weerbare samenleving "geen burgers die onnodig afhankelijk zijn van de overheid. Of verantwoordelijkheid afschuiven op de overheid, waar zij problemen zelf kunnen oplossen. De regering sprak mensen daarom uitdrukkelijk aan op hun eigen verantwoordelijkheid" (Memorie van toelichting, p. 1). Daarbij werd streng gewezen op de noodzaak tot solidariteit:

> Solidariteit betekent niet alleen recht op hulp en ondersteuning voor degenen die het nodig hebben. Het betekent ook dat degenen die de kosten moeten dragen erop kunnen rekenen dat alleen hulp en ondersteuning wordt geboden aan wie dat echt nodig heeft. Tegenover het vanzelfsprekende recht op hulp en ondersteuning, staat de vanzelfsprekende plicht daar geen beroep op te doen als dat niet strikt noodzakelijk is. (Kamerstukken II, 33161 nr. 3, 2 februari 2012, p. 2)

Ook hier werd gesproken van een mentaliteitsomslag, maar dan een andere: dat mensen met een beperking meer vanzelfsprekend in een regulier bedrijf zouden kunnen werken en niet werden aangekeken op wat ze níet konden, maar aangesproken op wat ze wél konden.

## 1.8 Centrale vraag van dit boek

Het was dus een omvangrijke operatie om op al deze terreinen decentralisaties door te voeren, en het veronderstelde een enorme transformatie met de verschuiving van recht op zorg naar beleidsvrijheid, een verschuiving van verantwoordelijkheden terug naar burgers zelf, en een groter beroep op hun inzet in de *civil society.* Een belangrijk doel van dit alles was: zorgen dat de verzorgingsstaat betaalbaar blijft, door een aantal trends die de kosten opdreven te doorbreken, maar intussen toch ondersteuning van goede kwaliteit mogelijk blijven maken voor ieder die dat nodig heeft. Zijn deze decentralisaties nu succesvol? Dé reden om de uitvoering van al deze wetten bij gemeenten te leggen was dat zij dan ook de kans hadden om de wetten in meer onderlinge samenhang uit te voeren. Waarbij de aanname is dat gemeenten dichtbij inwoners staan, dus ook in staat zijn maatwerk te leveren en inwoners écht centraal te stellen. Maar lukt het inderdaad om passende en integrale ondersteuning te organiseren voor inwoners?

Vanaf 2014 tot en met nu hebben we als Centrum voor Samenlevingsvraagstukken van Hogeschool Viaa vorm mogen geven aan eerst de Wmo-werkplaats, daarna de opvolger ervan: de Werkplaats Sociaal Domein voor de Regio Zwolle. Onder die vlag deden we diverse onderzoeken voor en met het werkveld: gemeenten, zorg- en welzijnsorganisaties, vertegenwoordigers

van inwoners (cliënten, vrijwilligers, mantelzorgers, mensen met een burgerinitiatief), ervaringsdeskundigen en met docenten en studenten van beroepsopleidingen. In de volgende hoofdstukken presenteren we de resultaten van diverse van deze onderzoeken en ontwikkelprojecten, waarbij we de onderlinge samenhang en lessen uit meerdere onderzoeken samenbrengen: een synthese van de opbrengst van twee lectoraatsperiodes (2014 – 2018 en 2018 – 2022). De gepresenteerde projecten zijn steeds gedaan binnen de professionele praktijken waarin de transities daadwerkelijk vorm moest krijgen. Van elk van de onderzoeken is al eerder een rapportage gepubliceerd, waarmee professionals, inwoners, beleidsmakers en onze beroepsopleidingen al aan de slag konden met de opbrengsten. Nu bundelen we deze opbrengst nogmaals, letterlijk in één bundel, waarbij we voor elk daarvan zoeken naar het antwoord op deze centrale vraag:

> "Hoe ontstaat er volgens de ervaringen van inwoners en professionals meer samenhang in de ondersteuning voor inwoners, zoals de wetgever beoogt met de transities?"

Voor de beantwoording worden de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Wat is precies de ambitie van de wetgever met de brede decentralisatie op meerdere terreinen tegelijk? Hoe zouden deze tot meer samenhang moeten leiden voor inwoners? En hoe zou die samenhang eruit moeten zien?
2. Welke ontwikkelingen bij de overheid of in de samenleving zijn ingezet om die samenhang te realiseren?
3. Wat zij de ervaringen van inwoners en professionals die deze ambities moeten vormgeven in de praktijk?

Om deze vragen te beantwoorden, wordt in het volgende hoofdstuk eerst op basis van literatuuronderzoek een nadere analyse gegeven van wat de ambitie was van de transities, specifiek wat het beoogde effect was van de bundeling van verantwoordelijkheden bij gemeenten. Dit wordt in zo concreet mogelijke ambities omschreven (eerste twee deelvragen).

Vervolgens wordt beschreven wat we gevonden hebben als antwoord op de derde vraag in de lectoraatsprojecten van sinds 2014 vanuit de Werkplaats Sociaal Domein Regio Zwolle. Inleidend aan de presentatie van deze onderzoeksopbrengsten wordt in hoofdstuk 3 geschetst wat het karakter van het werkplaatsonderzoek was en vanuit welke visie en uitgangspunten het onderzoek werd uitgevoerd. In de hoofstukken 4 tot en met 8 worden de verschillende onderzoeken gepresenteerd. In de laatste twee hoofdstukken wordt antwoord geformuleerd op de hoofdvraag van deze studie, en geven we een vooruitblik naar de onderzoeksplannen die er liggen voor de komende jaren.

# 2 De ambitie van de transities om te werken aan meer samenhang

Zoals in het vorige hoofdstuk beschreven, werden met de decentralisaties diverse taken bij gemeenten ondergebracht, omdat die beter, effectiever en efficiënter die taken zouden kunnen uitvoeren. Waarom werd dat eigenlijk gedacht? Het is wel opmerkelijk in de lijn van de geschiedenis, zoals geschetst in het vorige hoofdstuk. De verschillende taken die de Rijksoverheid in de loop van de twintigste eeuw op zich heeft genomen, zijn juist door hen opgenomen en op een centraal niveau vormgegeven omdat dat beter zou zijn: de Rijksoverheid kon bemiddelen tussen belangen van werkgevers en werkgevers, rijken en armen, marktpartijen en gemeenten. En het was ook efficiënt dat binnen de verschillende domeinen mensen zich konden specialiseren, bijvoorbeeld in het re-integreren van mensen op de arbeidsmarkt, of het begeleiden van mensen met psychosen, of het ondersteunen van gezinnen en kinderen. Het hoogtepunt van deze professionalisering was in de zorg zichtbaar rond de jaren '90, met onder andere een sterke nadruk op functiedifferentiatie, scholing oftewel deskundigheidsbevordering en de methodisering in de zorg. Zo hebben verschillende beleidssectoren en professionele disciplines zich decennialang verbeterd in hun aanpakken en geleerd over wat effectief was. Des te opmerkelijker is daarmee de ambitie van de transities. Waarom zou het nu toch opeens beter zijn om aan integratie en samenhang te werken?

Er is dan ook meer aan de hand dan alleen een andere strategie van beleidsmakers en politici. De roep om meer integratie en samenhang is breder. Dat willen we in dit hoofdstuk uitwerken. Dat doen we in twee delen: eerst analyseren we wat er in het beleid precies aan argumenten werd gebruikt rond de invoering van de decentralisaties. Daarna zal uitgezoomd worden naar de grotere culturele ontwikkeling waarbinnen deze discussie plaatsvindt: een algemeen verlangen naar meer samenhang en heelheid (§ 2.2). We sluiten dit hoofdstuk af met een aantal concrete illustraties van de beweging die op gang is gekomen en waarin gezocht wordt naar nieuwe wegen om de samenleving, inclusief de zorg voor kwetsbare mensen, samen vorm te geven (§ 2.3, § 2.4 en § 2.5).

## 2.1 Welke argumenten werden gebruikt door de wetgever en beleidsmakers?

De verschillende argumenten die gebruikt werden om te decentraliseren, staan in het volgende citaat uit de Memorie van Toelichting bij de Wmo 2015 compact samengevoegd:

> De regering legt voor de uitvoering van dit wetsvoorstel een belangrijke relatie met de decentralisaties op de beleidsterreinen jeugd, werk en inkomen en

> passend onderwijs. Gemeenten krijgen met de verschillende decentralisaties, in combinatie met hun huidige verantwoordelijkheden, een bredere en volledige verantwoordelijkheid voor het sociaal domein. De regering verwacht dat dit ten goede komt aan mensen die hierop zijn aangewezen omdat gemeenten als «eerste overheid» het dichtst bij mensen staan en in staat zijn rekening te houden met de verschillen tussen mensen en hun behoeften aan ondersteuning. Deze bredere verantwoordelijkheid voor het sociaal domein stelt gemeenten in staat verbindingen te leggen in het beleid, in het ondersteuningsaanbod en individueel maatwerk te leveren. (Kamerstukken II, 33841 nr. 3, 15 januari 2015, p. 6).

De verschillende gebruikte argumenten in deze en andere teksten worden hieronder nader uitgewerkt.

### 2.1.1 Het is beter als voorzieningen letterlijk dichtbij zijn

Een eerste praktisch argument is, dat zorg en ondersteuning letterlijk dichtbij beschikbaar moeten zijn, 'in de eigen leefomgeving', en dat mensen met een hulpvraag daarvoor niet naar een ver regionaal kantoor hoeven te reizen. Dat was ook het uitgangspunt voor eerdere hervormingen in de jeugdzorg: zo kort mogelijk, zo licht mogelijk en zo dichtbij mogelijk (WRR, 2007). Destijds werd dat uitgewerkt door preventieve en algemene voorzieningen breed beschikbaar te stellen bij gemeenten, terwijl meer gespecialiseerde zorg wel verder weg kon zijn, onder andere in de provinciaal gepositioneerde Bureaus Jeugdzorg. Met de nieuwe Jeugdwet wordt gepoogd ook de zwaardere vormen van jeugdhulp letterlijk dichterbij aan te bieden. Daarmee wordt een knelpunt geadresseerd dat al jaren als een probleem werd gezien. Ook rond arbeidsparticipatie wordt het als een voordeel gezien dat gemeenten de wet uitvoeren: zij hebben immers ook contacten met lokale werkgevers, met wie zij afspraken kunnen maken over het in dienst nemen van mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt (Kamerstukken II, 33161 nr. 3., 2 februari 2012).

### 2.1.2 De gemeente staat dichtbij inwoners

Een terugkerend argument bij alle decentralisaties – ook al in de eerdere Wet voorziening gehandicapten en bij de Wmo 2007 – is, dat gemeenten dichter bij inwoners staan en daarom ondersteuning en zorg kunnen aanbieden die goed bij hen past. Gemeenten zouden beter in staat zijn om zorg en ondersteuning zó te organiseren dat het 'aansluit op de persoonlijke omstandigheden en levensfase' van mensen (Kamerstukken II, 33841 nr. 3, 15 januari 2015, p. 2). Gemeenten worden in dat kader 'de eerste overheid' genoemd. Daarmee wordt gesuggereerd dat vanuit het oogpunt van inwoners de gemeente de eerste overheid is waar ze mee te maken hebben. In zekere zin is dat natuurlijk zo: mensen die in een gemeente een huis kopen of huren betalen belasting aan die gemeente en ze moeten op dat gemeentehuis zijn voor het aangeven van een geboorte, voor een bouwvergunning of een identiteitsbewijs. Maar het gaat natuurlijk nog wel een stap verder om te stellen dat de gemeente de inwoners dus ook persoonlijk kent; zo goed dat een gemeente ook voorzieningen helemaal op maat kan maken en daarbij goed kan inschatten waar een bewoner zelf verantwoordelijk voor kan worden gehouden.

Om daadwerkelijk inwoners zo goed te leren kennen dat er ook een goede inschatting gemaakt kan worden wat zij aan ondersteuning nodig hebben, werden in de meeste gemeenten sociale teams (wijkteams, gebiedsteams, 'Samen Doen-teams', toegangsteams etc.) ingericht, al dan niet als onderdeel van de gemeentelijke organisatie; daarover meer in hoofdstuk 4. Wat is nu het voordeel ervan dat die teams lokaal of zelfs buurt- of wijkgericht zijn? Waarom zouden ze gemakkelijker de bewoner kunnen kennen dan bijvoorbeeld regionaal georganiseerde indicatieorganen? Ook professionals in een wijkteam kennen een bewoner meestal niet vooraf en moeten beginnen met een intake om hem of haar te leren kennen.

Wat wel een voordeel kan zijn, is dat een lokaal of zelfs buurtgericht sociaal team zicht kan krijgen op meer collectieve problematiek en meer collectieve oplossingen, voor zover dat om buurtgerelateerde problematiek en oplossingen gaat, of als er een concentratie van een bepaald type (problematiek van) inwoners voorkomt. Als bijvoorbeeld veel inwoners in een buurt klachten hebben die in verband gebracht kunnen worden met een ongezonde levensstijl, kan op buurtniveau ingezet worden op het realiseren van meer speelvoorzieningen en het instellen van een welzijnscoach, in plaats van iedere bewoner een persoonlijke leefstijlcoach aan te bieden. Of als er in een buurt bijvoorbeeld veel ondernemende jonge mensen wonen, dan kan in plaats van een voorziening door professionals eerder gedacht worden aan het ondersteunen van initiatieven van inwoners zelf. En als er sprake is van een concentratie van bepaalde vraagstukken in een buurt, bijvoorbeeld doordat er vooral woningen zijn voor minima, of voor ouderen, of voor gezinnen, dan kan een sociaal team zich specialiseren in de problematiek die vaak in hun buurt voorkomt. En misschien kan dan inderdaad een efficiëntieslag gerealiseerd worden.

Een aanvullende redenering daarbij wordt gemaakt onder andere in de Memorie van Toelichting bij de Wmo 2015:

> Belangrijke aandachtsgebieden vormen de komende jaren het verbeteren van de mogelijkheden tot het combineren van informele hulp en professionele ondersteuning en het demedicaliseren van de geboden hulp en ondersteuning. Het is van belang de ondersteuning te richten op de persoon en diens omgeving in plaats van uitsluitend op diens aandoening, beperking of indicatie. (Kamerstukken II, 33841 nr. 3, 15 januari 2015, p. 2)

Hier gaat het erover dat een gemeente niet alleen individuele inwoners goed in beeld heeft, maar ook de informele structuren. Zo kan een gemeente aansluiten bij wat lokale sport- en buurtverenigingen, lokale geloofsgemeenschappen en mogelijk ook buurtnetwerken al doen. Voor die informele buurtnetwerken geldt wel de kanttekening dat mensen over het algemeen liever een beroep doen op familie en vrienden dan op buren, zeker als het om persoonlijke zorg gaat (Jager-Vreugdenhil, 2012; Linders, 2009). Maar dat neemt niet weg dat informele organisaties, als die er zijn, een rol kunnen spelen bij de ondersteuning van mensen, en dat het dus zinvol is dat gemeenten, concreet hun lokale sociale teams, zorgen dat ze de informele structuren goed in beeld hebben.

### 2.1.3 Doordat alle verantwoordelijkheden bij gemeenten liggen, kunnen zij samenhang realiseren

Een derde argument voor de decentralisaties is dat gemeenten samenhang tussen de verschillende vormen van zorg en ondersteuning kunnen realiseren. Zij krijgen immers de verantwoordelijkheid voor een heel breed scala aan voorzieningen: op het terrein van zorg, welzijn, jeugdhulp, arbeidsparticipatie; en ze waren al verantwoordelijk voor een heel aantal andere beleidsterreinen: waaronder de fysieke omgeving, bouwbeleid, sport, veiligheid, leerplicht en publieke (jeugd)gezondheidszorg. Er liggen dus mooie kansen om beleid dat zich vanuit verschillende domeinen richt op dezelfde bewoner, beter in onderlinge samenhang uit te voeren. Dat schetst de Memorie van Toelichting bij de Wet werken naar vermogen (Wwnv; voorloper van de Participatiewet) concreet. Mensen 'met een afstand tot de arbeidsmarkt' zijn in de praktijk vaak mensen die ondersteuning vragen op andere levensdomeinen:

> De WWNV stelt gemeenten in staat een samenhangende aanpak te ontwikkelen voor mensen met een (grote) afstand tot de arbeidsmarkt. Dat vraagt ook inzet op andere terreinen waarvoor gemeenten nu ook al verantwoordelijk voor zijn of binnenkort voor worden, zoals (jeugd)zorg, welzijn, schuldhulpverlening en begeleiding vanuit de AWBZ. De WWNV biedt gemeenten ook de ruimte om reintegratie in te zetten voor mensen met meervoudige problemen die beschikken over arbeidsvermogen, desgewenst in combinatie met het aanpakken van die meervoudige problemen. De decentrale aanpak en het vergroten van de samenhang bieden bij uitstek kansen om de WWNV tot een succes te maken, waarbij iedereen die kan werken dat ook doet en met een overheid die bescherming blijft bieden aan mensen die dat nodig hebben. (Kamerstukken II, 33161 nr. 3, 2 februari 2012, p. 7)

Dat is in theorie logisch, zeker vanuit het perspectief van de betreffende bewoner en alle vormen van participatie die voor hem of haar aan de orde zijn. In de praktijk is het juist een groot probleem dat de voorzieningen van de verzorgingsstaat niet altijd in samenhang uitgevoerd werden, zoals beschreven in hoofdstuk 1 als een belangrijk punt van kritiek op de verzorgingsstaat: er is sprake van veel bureaucratie en van anonimisering van mensen tot beleidscategorieën en dat is met name lastig voor mensen met problematiek op meerdere levensdomeinen gelijktijdig. Het is nu de veronderstelling dat gemeenten dit kunnen oplossen na de invoering van de gedecentraliseerde wetten. De landelijke wetgever ziet het wel voor zich in de Memorie van Toelichting bij de Wmo 2015:

> De regering vraagt van gemeenten om de komende jaren actief aan de slag te gaan met het voeren van samenhangend beleid voor het sociaal domein. Dit wetsvoorstel biedt daarvoor ook de mogelijkheden. Het gemeentelijke plan voor maatschappelijke ondersteuning kan bijvoorbeeld worden samengevoegd met andere wettelijk verplichte beleidsplannen, waarmee in een gemeentelijk beleidsplan uitvoering wordt gegeven aan de Jeugdwet, Wmo 2015 en de Wpg. In samenhang met de uitvoering van de Participatiewet biedt dit wetsvoorstel

> nieuwe mogelijkheden voor het bieden van ondersteuningsvormen die tevens gericht zijn op het opdoen van (betaalde) werkervaring of het verrichten van maatschappelijke nuttige activiteiten. Dit wetsvoorstel voorziet daarom bewust in een grote mate van beleidsruimte voor gemeenten om naar eigen inzicht, mogelijkheden en gewoonten het buurtgericht werken verder te ontwikkelen en het voorzieningenaanbod in te richten op de specifieke omstandigheden en ondersteuningsbehoeften van hun inwoners. (Kamerstukken II, 33841 nr. 3, 15 januari 2015, p. 7)

Ook de Memorie van Toelichting bij de Jeugdwet beschrijft hoe gemeenten daarmee aan de slag kunnen, namelijk met één plan voor diverse beleidsterreinen gezamenlijk:

> Gezien de inhoudelijke samenhang tussen de beleidsvelden van de Wmo respectievelijk het onderhavige wetsvoorstel, is het goed denkbaar dat gemeenten ervoor kiezen om één plan te maken dat beide beleidsvelden bestrijkt, met aandacht voor de samenhang met de Wpg, de Participatiewet en het passend onderwijs. (Kamerstukken II, 33684 nr. 3, 4 juli 2013, p. 14)

En bij de Participatiewet wordt daar het beeld van één loket bij geschetst:

> Het is wenselijk dat de gemeente zich daarbij laat leiden door de één-loketgedachte en dat zij ernaar streeft dat een cliënt zich niet vaker dan eenmaal tot de gemeente hoeft te wenden om over zijn bredere ondersteuningsvraag de nodige informatie te verkrijgen. Daarbij dient de gemeente zich niet te beperken tot de voorzieningen waarvoor zij zelf geheel of gedeeltelijk verantwoordelijk is, maar ook informatie te geven over relevante aanpalende domeinen, zoals zorg, wonen en onderwijs. (Kamerstukken II, 33161 nr. 3, 2 februari 2012, p. 54)

Eén beleidsplan en één loket, dat is gemakkelijker geschreven dan gedaan: in gemeenten zijn geheel in het verlengde van het landelijke verkokerde beleid, beleidsafdelingen die ieder verantwoordelijk waren voor hun deel van de voorzieningen, en daarin ook gespecialiseerd, met hun eigen taal, jargon en cultuur. Het schrijven van één beleidsplan zal dus ook moeten betekenen dat binnen het gemeentehuis goed samengewerkt wordt tussen die verschillende afdelingen, dat er meer één cultuur en taal ontstaat; of dat gekozen wordt voor een radicalere samenvoeging van deze afdelingen. In veel gemeenten zijn daarom nieuwe afdelingen 'sociaal domein' ontstaan, of zijn de verschillende beleidsafdelingen ondergebracht onder één directeur of programmadirecteur sociaal domein. In de praktijk zijn dat stevige organisatieveranderingen. Wat tot nog toe op het niveau van de rijksoverheid nooit gelukt is, moeten alle vierhonderd gemeenten nu wel realiseren: het daadwerkelijk integreren van alle beleid op de verschillende levensdomeinen van inwoners.

De nieuwe samenhang wordt niet alleen binnen het gemeentehuis gezocht, maar wordt ook gezien als een opdracht aan de professionals die daadwerkelijk de voorzieningen vormgeven

voor inwoners, met name vanuit CJG's (Centra voor Jeugd en Gezin) of sociale teams. Vanuit hun professionele inschatting wat er nodig is in een situatie, moeten zij een goede mix kunnen bieden uit de verschillende beleidsdomeinen. Zo schetst de Memorie van Toelichting bij de Jeugdwet:

> In handen van de gemeente kan de jeugdhulp beter aansluiten op de problematiek zoals die zich concreet voordoet. De verschillende vormen en instrumenten van ondersteuning, hulp en zorg kunnen naar bevind van zaken worden ingezet, wat de kwaliteit en de doeltreffendheid van zorg ten goede komt. Hulp en ondersteuning kunnen laagdrempelig, vroegtijdig en integraal aangeboden worden, met veel ruimte voor de professional om casusgericht te werken: één gezin, één plan, één regisseur. (Kamerstukken II, 33684 nr. 3, 4 juli 2013, p. 3)

### 2.1.4 Gemeenten kunnen beter samenwerken met verzekeraars en aanbieders

De Memorie van Toelichting bij de Wmo 2015 stelt bovendien:

> Samenwerking tussen gemeenten, verzekeraars en aanbieders kan de kwaliteit van de dienstverlening vergroten (met een samenhangend aanbod van zorg en ondersteuning) en de kosten beheersen. (Kamerstukken II, 33841 nr. 3, 15 januari 2015, p. 5)

Dit is een argument van heel andere aard. Waarom zij dat beter zouden kunnen, is niet terug te vinden. Het is wel een logisch gevolg van de decentralisaties dat ook de contractering van de nodige voorzieningen voortaan lokaal zal moeten vorm krijgen; maar waarom dat de kwaliteit van de dienstverlening zou verhogen en hoe daarbij de kosten beheerst kunnen worden, is niet onderbouwd in de onderzochte kamerstukken. Mogelijk is de redenering in de lijn van de eerste argumenten: dat de gemeente de lokale situatie het beste kent, en dus ook de aanbieders. Dat lijkt wel wat gesuggereerd te worden in de Memorie van Toelichting bij de Jeugdwet, waarbij geschetst wordt dat gemeenten zicht hebben op alle relevante partijen, zelfs 'niet gebruikelijke partners':

> Een meer integrale benadering van de specifieke situatie is ook het vertrekpunt voor de gemeente bij de vraag of het voor de te verlenen ondersteuning van belang is samen te werken met partijen op het gebied van de zorg, jeugdhulp, onderwijs, wonen, welzijn, werk en inkomen. In voorkomende gevallen zullen ook niet-gebruikelijke partners moeten worden benaderd met het oog op bijvoorbeeld wonen en werk. Doel is te komen tot een zo goed mogelijk op elkaar afgestemde dienstverlening met het oog op de behoefte aan ondersteuning van zelfredzaamheid en participatie, beschermd wonen of opvang. (Kamerstukken II, 33684 nr. 3, 4 juli 2013, p. 21, 22)

Mogelijk betekent de zinsnede dat samenwerking tussen gemeenten, verzekeraars en aanbieders de kwaliteit van de dienstverlening kan vergroten ook niet zozeer dat de wetgever

denkt dat gemeenten hier zoveel beter in zijn dan tot nu toe de verschillende overheden en organisaties, maar gaat het er hier meer om te verwijzen naar de complexe wijze waarop het samenspel tussen overheden, verzekeraars en aanbieders vorm krijgt en gaat het er hier ook vooral om de rol van die verzekeraars in het geheel aan te wijzen. Want het is niet zo eenvoudig dat gemeenten afspraken met alle aanbieders zouden kunnen maken. Voor diverse vormen van zorg zijn niet gemeenten, maar verzekeraars verantwoordelijk voor de financiering en contractering. Daarbij wordt ook wel verwacht dat verzekeraars vanuit een zakelijk belang zullen investeren in allerhande ontwikkelingen – preventieve maatregelen, innovatieve samenwerkingen – die het beroep op hun uitkeringen zullen verminderen (al zijn er ook wel beperkingen: verzekeringsgeld mag niet zomaar overal aan worden besteed). In de Wmo 2015 is er zelfs bewust voor gekozen om de uitgaven voor persoonlijke zorg en verpleging niet langer in de Wmo te houden, maar over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) en wel om een financiële prikkel te creëren voor zorgverzekeraars om te investeren in preventie. Blijkbaar was die prikkel er eerder niet voldoende of was het omgekeerde aan de hand: zolang gemeenten verantwoordelijk waren voor deze basale zorgvoorzieningen, hadden gemeenten er voordeel van als ze inwoners 'door konden schuiven' naar zwaardere vormen van zorg die wel door de Zvw gedekt werden.

Een concrete vorm waarin deze samenwerking nu plaatsvindt, wordt voorgesteld in de Memorie van Toelichting bij de Wmo 2015: daarin wordt beschreven dat de persoonlijke verzorging en verpleging georganiseerd moet worden in integrale teams van onder andere wijkverpleegkundigen, en dat vanuit die teams overleg moet plaatsvinden met de sociale teams die de andere gemeentelijke taken vormgeven. Het doel is daarbij niet alleen kostenbesparing en het voorkomen van perverse financiële prikkels, maar ook dat het voor inwoners goed georganiseerd is:

> Cliënten mogen in het dagelijks leven geen hinder ondervinden van de verschillende stelsels van waaruit zorg en ondersteuning wordt geleverd. De regering verwacht dan ook van zorgverzekeraars en gemeenten dat zij actief investeren in onderlinge samenwerkingsafspraken op lokaal niveau over de zorgverlening aan individuele cliënten. (Kamerstukken II, 33841 nr. 3, 15 januari 2015, p. 22)

### 2.1.5 Gemeenten kunnen beter werken aan preventie en normalisering

Aan al deze argumenten wordt nog een belangrijke redenering toegevoegd: gemeenten zouden ook beter in staat zijn om te werken aan preventie en normalisering of de-medicalisering. Dat heeft in de eerste plaats te maken met de rol die gemeenten al hadden en nu nog nadrukkelijker krijgen voor het organiseren van breed toegankelijke algemene voorzieningen, denk aan de openbare gezondheidszorg (consultatiebureaus), buurthuizen, sportzalen, peuterspeelzalen, bibliotheken, speelplaatsen, straatmeubilair et cetera, en ook voor veiligheid, publieke gezondheid en leerplicht. De gemeente is kortom een logische partij in het alledaagse leven van haar inwoners. Daarbij is de redenering dat als gemeenten verantwoordelijk zijn voor de uitgaven aan ondersteuning, zij ook extra hun best zullen doen om de preventie zó goed te organiseren dat die uitgaven niet oplopen. Zij hebben zo een financiële

prikkel om echt te investeren in preventie. In de tweede plaats kunnen gemeenten – doordat ze inwoners en hun informele verbanden en vrijwillige initiatieven kennen – gericht investeren in die informele en vrijwillige verbanden, zodat inwoners zoveel mogelijk in de eigen sociale omgeving hulp kunnen ontvangen. De Jeugdwet zet daar zo mogelijk nog sterker op in dan de Wmo. Volgens de Memorie van Toelichting bij de Jeugdwet…

> … is de regering van oordeel dat er een omslag (transformatie) nodig is in de ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en gezinnen naar:
> 1. preventie en uitgaan van eigen verantwoordelijkheid en eigen mogelijkheden (eigen kracht) van jeugdigen en hun ouders, met inzet van hun sociale netwerk;
> 2. demedicaliseren, ontzorgen en normaliseren door onder meer het opvoedkundig klimaat te versterken in gezinnen, wijken, scholen en in voorzieningen als kinderopvang en peuterspeelzalen:
> 3. eerder de juiste hulp op maat te bieden om het beroep op dure gespecialiseerde hulp te verminderen;
> 4. integrale hulp aan gezinnen volgens het uitgangspunt 'één gezin, één plan, één regisseur'; door ontschotting van budgetten ontstaan meer mogelijkheden voor betere samenwerking en innovaties in ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en gezinnen;
> 5. meer ruimte voor professionals om de juiste hulp te bieden door vermindering van regeldruk; betrokken professionals die sociale netwerken in de omgeving van het gezin weten in te schakelen en die kunnen samenwerken met vrijwilligers en familieleden en hun kracht weten te benutten.
>
> (Kamerstukken II, 33684 nr. 3, 4 juli 2013, p. 1)

Twee van de vijf genoemde aspecten van de gewenste transformatie betreffen het uitgaan van de bestaande sociale netwerken, en het goed weten in te schakelen en te benutten van die netwerken.

Daardoor, en door goede investeringen in preventie, zou minder problematiek moeten ontstaan, en zo dus minder zorgkosten en minder 'gemedicaliseerde problematiek'. Dat is met name in de Jeugdwet een belangrijk doel:

> Door deze manier van organiseren en interveniëren kan het beroep op specialistische en gedwongen hulp worden verminderd. In deze opzet ligt een prikkel besloten voor de gemeente om extra te investeren in preventie, vroeghulp en hulp tot zelfhulp. (Kamerstukken II, 33684 nr. 3, 4 juli 2013, p. 3)

Hier zit veel meer achter dan alleen een argument van kostenbesparing. Er zit een diepere argumentatie onder: het moet niet langer gaan om alleen maatwerk vanuit collectieve voorzieningen voor persoonlijke verzorging en begeleiding op maat, maar er moet veel meer ingezet gaan worden op het ondersteunen van participatie en zelfredzaamheid, oftewel 'van

zorgen voor naar zorgen dat'. Hierin zit een belangrijke gedachte achter de decentralisatie die hieronder nader beschreven zal worden, maar die ook al met name in de Memories van Toelichting bij de Jeugdwet en Participatiewet omschreven wordt:

> Belangrijk motief achter de hervorming van de langdurige zorg is het streven van de regering om te komen tot een samenleving waarin mensen, waar nodig, meer oog hebben voor elkaars situatie, een samenleving waarin professionele zorg en ondersteuning goed aansluiten op de daadwerkelijke wensen en behoeften van mensen. Het doel is mensen niet eerder dan noodzakelijk vanuit een medisch perspectief te benaderen omdat de behoefte aan ondersteuning vaak is ingegeven door een bredere sociale problematiek. Dit wetsvoorstel draagt ertoe bij dat mensen ondersteund worden in hun maatschappelijke participatie en beoogt te voorkomen dat sociale problematiek wordt gemedicaliseerd. Dit draagt tevens bij aan de financiële houdbaarheid van het stelsel. (Kamerstukken II, 33684 nr. 3, 4 juli 2013, p. 22, 23)

Hierin wordt aangestipt dat er een omslag nodig is van een medisch perspectief naar een bredere kijk. Van een benadering gericht op het oplossen van problemen, naar een benadering gericht op het versterken van potentie en kracht. Dat is ook zichtbaar in andere zinsneden in de beleidsstukken, bijvoorbeeld de volgende:

> Kerndoel daarbij is dat de kinderen en jongeren in het gezin zich (weer) zonder belemmering of bedreiging kunnen ontwikkelen en naar vermogen kunnen participeren in de maatschappij. (Kamerstukken II, 33684 nr. 3, 4 juli 2013, p. 17)

De taal die hiermee meer gekozen wordt, is inclusiever van karakter. Er wordt geen onderscheid meer gemaakt in cliënten of zorgvragers enerzijds en gewone mensen anderzijds; maar alle mensen participeren. Als ze daar belemmeringen of bedreigingen bij ervaren, wordt dat niet meteen geframed als een individueel medisch probleem, maar wordt breder gekeken naar mogelijke oorzaken en oplossingen, op alle levensterreinen en op diverse systeemniveaus: individueel, in het netwerk, en in de manier waarop de samenleving georganiseerd is.

### 2.1.6 Kortom: gemeenten kunnen beter 'de hele mens' centraal stellen

Uit alle argumenten die hierboven gegeven zijn, zijn twee rode draden zichtbaar: één is de nadrukkelijke wens om efficiënter en effectiever te werken om zo de kosten van de voorzieningen in de hand te houden. De eerste evaluaties (van het SCP: Kromhout, Van Echteld & Feijten, 2020; en bijvoorbeeld de kritische bijdrage van Weijers, 2021) zijn wat dat betreft niet veelbelovend. De tweede belangrijke rode draad is de wens om vanuit het perspectief van inwoners meer samenhang te realiseren, waarbij niet het aanbod vanuit de verschillende domeinen centraal staat, maar hun gewone leven en wat ze ervoor nodig hebben dat goed vorm te geven. Daarmee willen de decentralisaties een antwoord geven op een belangrijke kritiek, dat met de groei van de verzorgingsstaat de systeemwereld te veel de leefwereld is gaan overheersen (zie ook hoofdstuk 1). De mens moet centraal staan, en niet alleen als cliënt of

consument van een systeem; het systeem moet ten dienste staan van de mens. Wouter Hart noemt dit in zijn boek “Verdraaide organisaties” (2012): het teruggaan naar ‘de bedoeling’. Een term die doet denken aan de wijze waarop de christelijke filosofie verschijnselen in de samenleving analyseert aan de hand van de vraag of ze nog aan hun ‘bestemmingsfunctie’ voldoen (Cusveller, 2021). In hoofdstuk 1 verwezen we ook al naar de filosoof Habermas (1989), die de ‘systeemwereld’ verwijt inbreuk te doen op de ‘leefwereld’. In het volgende hoofdstuk gaan we nader in op deze visies. In de hier bestudeerde teksten klinkt de wens door om ‘de systeemwereld’ weer meer aan te sluiten op ‘de leefwereld’: de mens moet weer centraal staan. Een mens voor wie de levensdomeinen natuurlijk met elkaar verweven zijn, en daarom moet het beleids- of zorgsysteem die levensdomeinen ook niet uit elkaar willen houden. Daarmee staan de decentralisaties in het teken van een veel grotere culturele en maatschappelijke ontwikkeling. Daar willen we in de volgende paragraaf uitgebreider op ingaan.

## 2.2 Brede maatschappelijke paradigmashift: van reductionisme naar holisme

De decentralisaties in het sociaal domein staan niet op zich, maar zijn onderdeel van een veel grotere ontwikkeling waarin we samen zoeken naar een nieuwe manier om naar de samenleving te kijken en haar te organiseren: minder vanuit een reductionistische visie en meer met een holistische kijk op mensen als onderdeel van een groter geheel. Dat is een fundamentele vraag die breed in de wetenschap gesteld wordt – onder andere de sociologie, biologie en filosofie: of individuen bepaald worden door hun omgeving, of de omgeving gevormd wordt door individuele acties; of de afzonderlijke delen het geheel bepalen, of het geheel de delen. Het is ook een fundamentele vraag in de wetenschapsfilosofie hoe we als mensen het beste grip op de werkelijkheid kunnen krijgen. Een klassieke oplossing is het reduceren van de complexe werkelijkheid tot voor mensen behapbare delen, zodat we die aan onderzoek kunnen onderwerpen. Dit is lange tijd een zeer succesvolle strategie geweest, en heeft geleid tot een enorme wetenschappelijke, economische en maatschappelijke ontwikkeling in de negentiende en twintigste eeuw. Dat was op allerlei manieren zichtbaar. Door fabrieksprocessen op te delen in onderdelen en elk daarvan te optimaliseren, werd het mogelijk om op grote schaal producten te maken. Door in landbouwsystemen in te zoomen op het genetisch materiaal van planten en dieren en daarin verbeteringen aan te brengen, werd de landbouwproductie en daarmee de voedselvoorziening op een hoger plan gebracht. En op eenzelfde manier werd door het opdelen van het dagelijks leven in verschillende domeinen en die per stuk efficiënt te organiseren, een mooie verzorgingsstaat opgebouwd. En lange tijd ging dat gepaard met een enorm geloof in de maakbaarheid van de wereld, in een vooruitgangsgeloof. Deze periode – grofweg de negentiende en een groot deel van de twintigste eeuw – wordt ook wel aangeduid als het tijdperk van het modernisme (Medema, 1997).

Toch groeide tegelijk met deze ontwikkelingen ook langzamerhand het inzicht dat ook al deze grote vooruitgangen een keerzijde hadden. De grootschalige productie in fabrieken leidde tot veel afval en vervuiling, en mensen verwerden tot productiefactoren. De landbouwsystemen die zo efficiënt produceerden, bleken ook op grote schaal te zorgen voor uitputting

van de bodem, achteruitgang van de biodiversiteit, verarming van lokale boeren in ontwikkelingslanden, en degeneratie – en nu wordt ook voor de oorzaak van de Covid-pandemie gewezen naar de te grootschalige dierlijke productiesystemen. En zo kwam ook van de verzorgingsstaat een keerzijde tevoorschijn. In hoofdstuk 1 werden al genoemd: de hoge kosten, het afnemen van warme solidariteit, het verworden van mensen tot anonieme categorieën, bureaucratie, het overnemen van de 'leefwereld' door de 'systeemwereld'.

Het zichtbaar worden van deze keerzijde van de vooruitgang leidde tot een corrigerende beweging. In de wetenschap ontwikkelt zich als reactie het 'systeemdenken', niet te verwarren met de eerder genoemde 'systeemwereld': het systeemdenken, ook wel '*systems movement*', is de stroming die zich afzet tegen reductionistisch denken door verschijnselen altijd in relatie tot hun context te zien (Jager-Vreugdenhil, 2001). De *systems movement* heeft in de professionele en beleidspraktijk een belangrijke toepassing die inmiddels bekend staat als 'transformatiedenken', waarover hieronder meer.

Het systeemdenken heeft al een vroege oorsprong in de filosofie, biologie en sociologie. In de filosofie zijn onder andere Plato, Spinoza, Kant, Hegel en Marx voorstanders van een synthetische, holistische filosofie. Zo vraagt Marx aandacht voor het 'vervreemdende' effect van grootschalige fabrieksprocessen op arbeiders en vraagt hij aandacht voor de hele mens. In de biologie openen onder andere Von Bertalanffy, Maturana en Varela de ogen van collega-wetenschappers door te laten zien dat systemen meer zijn dan de optelsom van hun delen, en dat het dus ook niet voldoende is om onderzoek naar bijvoorbeeld de vraag wat 'leven' is, alleen te richten op de delen, maar juist ook op het gedrag van gehelen, de systemen, en hun wisselwerking met de omgeving. In de sociologie zijn het onder andere Durkheim en Spencer die de maatschappij beschrijven als een systeem waarin de delen onderling verbonden zijn en reageren op verandering (Jackson, 2000). Ook wiskundigen, psychologen, economen, fysiologen en technische wetenschappers sluiten zich aan bij het systeemdenken. Daarmee zetten ze zich af tegen conventionele wetenschap, en wel specifiek tegen drie aspecten daarvan: het sterk reductionistische karakter, de versnippering van de wetenschap in talloze disciplines, en het existentiële vacuüm dat ontstaat (Jager-Vreugdenhil, 2001). Over het algemeen wijzen ze de verworvenheden van deze conventionele wetenschap niet af, maar ze zoeken naar manieren om opnieuw de samenhang en zingeving terug te vinden, zowel op inhoudelijk vlak als ook organisatorisch, door integrale samenwerking. Het systeemdenken wil de koers van de wetenschap veranderen, waardoor antwoorden kunnen worden gegeven op '*real-world problems*', waaronder zingevingsvragen en complexe praktijkvragen. Daartoe vraagt het systeemdenken nieuwe aandacht voor het grotere geheel (systemen), voor het verschijnsel dat eigenschappen van systemen meer zijn dan de optelsom van eigenschappen van hun delen (hiervoor wordt de term '*emergent properties*' gebruikt), voor relaties tussen delen onderling en tussen delen en systemen, voor betekenissen van die relaties, voor evenwichten en verandering (Jager-Vreugdenhil, 2001). Omdat het systeemdenken zo radicaal kritiek betekent op de conventionele wetenschap en hierin een heel nieuwe manier van denken introduceert, spreken we hier van een 'paradigmashift' (Rotmans, 2015).

Deze beweging blijft niet beperkt tot een ontwikkeling binnen de wetenschap. Breed maatschappelijk is een culturele omslag gaande die getypeerd wordt als de overgang van het moderne naar het postmoderne tijdperk. 'Post-modernisme' is een begrip van de Franse filosoof Jean-François Lyotard, die daarmee beschrijft dat het modernisme failliet is. Het geloof van het modernisme in het vermogen van mensen om grip te hebben op de werkelijkheid, haar te beheersen en te verbeteren, blijkt te vaak te falen. Het post-modernisme betekent het einde van de grote verhalen, de grote denksystemen. Allesomvattende 'ismen' die in de moderne tijd bepalend waren voor het denken, zoals het rationalisme, humanisme, liberalisme en marxisme en die de pretentie hadden dat vanuit hun uitgangspunten de hele wereld te begrijpen en te beheersen was, raakten steeds meer hun geloofwaardigheid kwijt. Wursten (2002) noemt het post-modernisme 'een diepe cultuurcrisis', omdat de grote verhalen waar in de samenleving alle instituties ook op gebouwd werden, niet langer houdbaar leken, of in elk geval niet leidden tot vooruitgang. Harry Kunneman (1998) maakt een onderscheid tussen het culturele en filosofische failliet van de grote verhalen enerzijds en het maatschappelijke en politieke failliet anderzijds. Het eerste betreft het in elkaar storten van ideologische en levensbeschouwelijke 'grote verhalen' die de samenleving bond, het tweede gaat over het haperen van onze politieke, economische en juridische instituties. Het post-moderne tijdperk betekent dus niet alleen een maatschappij-brede omslag in denken, maar ook het opnieuw inrichten van die instituties. Nieuwe structuren en nieuwe manieren van organiseren worden gezocht, waarbij het streven steeds is om weer meer ruimte te krijgen voor het grote geheel, voor zin en betekenis. De *systems movement* krijgt zo een belangrijke toepassing in de organisatie- en bestuurskunde in de vorm van een nieuwe deskundigheid: het transformatiedenken. Eén van de Nederlandse vertegenwoordigers is hoogleraar Jan Rotmans (2015), die in zijn boek 'Verandering van tijdperk. Nederland kantelt' beschrijft hoe ingrijpend de omslag – kanteling – in alle sectoren van de samenleving aan de orde is. En waarom dat belangrijk is: want alleen vanuit een veel systemischer visie kunnen daadwerkelijk oplossingen gevonden worden voor de grote vraagstukken van de samenleving. Zo ook voor de organisatie van de verzorgingsstaat.

## 2.3 Concrete internationale ontwikkelingen: mensenrechten, *sustainable development goals* en nieuw denken over inclusie

De beschreven ontwikkeling is een wereldwijde. Overal is het de vraag of de grote systemen nog wel houdbaar zijn: hoe economische processen zijn ingericht, hoe voedselproductie plaatsvindt; en ook hoe verzorgingsstaten zijn vormgegeven. De bezinning op de mogelijke negatieve gevolgen van economische en politieke ontwikkelingen gaat gepaard met een toenemende aandacht voor de beschermwaardigheid van mensen en het belang van gelijkwaardigheid en inclusie. Belangrijke markeringspunten zijn de Verklaring van de Rechten van de Mens in 1948, en meer recent de vaststelling van internationale *sustainable development goals* (2015).

De Verklaring van de Rechten van de Mens in 1948 betekende een belangrijke markering van de internationale roep om vrede en bescherming voor alle mensen. Eerder waren al wel in veel landen mensenrechten vastgelegd in grondwetten of verdragen, maar nu werd

naar aanleiding van de twee wereldoorlogen de urgentie ervaren om internationaal samen te werken aan vrede. Hiertoe werden de Verenigde Naties (VN) opgericht. Eén van de eerste daden van de VN was het vastleggen van een internationale – universele – Verklaring van de Rechten van de Mens. Daarin wordt uitgesproken dat alle mensen recht hebben op vrijheid en leven, op een basis van gelijkwaardigheid. Op het fundament van dit verdrag zijn daarna diverse andere verdragen en verklaringen opgesteld, waaronder het VN-verdrag 'inzake de rechten van personen met een handicap', dat is vastgesteld in 2006. In dit verdrag verklaren de ondertekenende landen dat ze willen dat mensen met een beperking net zo goed mee kunnen doen aan de samenleving als anderen, en dat ze het recht hebben om beslissingen te nemen over hun eigen leven.

De internationale '*sustainable development goals*' (sdg's) zijn in 2015 vastgesteld door alle leden van de Verenigde Naties, in de 'Agenda 2030'. Het gaat om zeventien doelen die samen gericht zijn op een meer duurzame toekomst voor de hele wereld, waaronder: geen armoede, geen honger, goede gezondheid en welzijn, goed onderwijs voor iedereen en verminderen van ongelijkheid. Ook 'vrede, recht en sterke instituties' is één van de zeventien doelen. De Agenda 2030 beschrijft voor de periode 2020 tot en met 2030 per doel concreet meetbare indicatoren.

Naar een groot aantal van deze doelen verwijst de *International Federation of Social Workers* in haar verklaring uit 2016 van het '*universal right to social protection*' (IFSW, 2016). De strekking van deze verklaring is, dat alle mensen recht hebben op toegang tot goede sociale voorzieningen en daarmee een garantie hebben op een minimum aan welvaart en welzijn. Daarbij wordt de rol van sociaal werkers beschreven: als voorvechters van dit recht, als uitvoerders van bepaalde sociale voorzieningen en ook als 'navigators' binnen de sociale stelsels:

> … social protection systems tend to be complicated. The growing variety and complexity of insurances, schemes and programmes, of laws and regulations, of administrative procedures and bureaucratic decisions often call for social services as link between social administration on the one side and inhabitants demanding social services and claimants for benefits on the other. Social services have a multitude of tasks to fulfil, which may also include navigating complex social protection systems. (International Federation of Social Workers, 2016)

De aandacht die er in de Nederlandse decentralisaties is voor het weer centraal stellen van de menselijke maat, staat dus in een bredere internationale beweging.

Een belangrijke component binnen deze beweging is dat er nieuwe inzichten ontstonden rond de plek van mensen met een beperking. Tot diep in de twintigste eeuw waren mensen met een beperking aan de kant gezet. Weggestopt in grote instellingen in de bossen en op de hei, leidden zij hun leven buiten de hoofdstroom van de samenleving, gemarginaliseerd. Als gevolg van de groeiende aandacht voor mensenrechten en de menselijke maat groeide

echter de kritiek op deze praktijken. Hierbij kan gedacht worden aan de Franse filosoof en activist Michel Foucault en zijn beroemde boek 'Geschiedenis van de Waanzin' ('Histoire de la folie à l'âge Classique', 1961). Daarnaast het invloedrijke 'Totale instituties' van socioloog Erving Goffman (1961, 1975) met de centrale stelling dat het leven van mensen in dergelijke instellingen volledig wordt beheerst, net zoals bij gevangenen. Men begon in te zien dat wat op deze instellingsterreinen gebeurde in strijd was met de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (1948).

In de jaren '60 en '70 van de vorige eeuw zwol de kritiek op de uitsluiting van deze zogenoemde 'kwetsbare burgers' aan. Patiënten en hun vertegenwoordigers raakten geëmancipeerd, en men voerde actie tegen het onrecht van sociale exclusie. De beweging van de kritische psychiatrie - vaak (denigrerend) 'antipsychiatrie' genoemd - kon rekenen op bijzonder veel bijval (Blok, 2004). Zo gingen de exemplaren van 'Wie is van hout...' (1971) van psychiater Jan Foudraine als warme broodjes over de toonbank. Enkele andere invloedrijke werken waren 'De waan van de waanzin: de psychiatrie als voortzetting van de Inquisitie' (1972) van Thomas S. Szasz, en 'Lof der onaangepastheid: een studie in sociale aanpassing, niet-aanpassing, onmaatschappelijkheid' (1969), het proefschrift van de socioloog Herman Milikowski.

Belangrijke denker was daarnaast Wolf Wolfensberger, gevlucht vanuit nazi-Duitsland naar Amerika, en bekend van het concept 'Social Role Valorization'. Het 'normaliseringsbeginsel', zoals omschreven door Nirje (1969) gericht op mensen met een verstandelijke beperking, kwam in samenwerking met Wolfensberger tot stand. Het normaliseringsbeginsel houdt in dat de context, inclusief de bejegening, bepaalt hoe 'gek' of 'anders' iemand zich gaat gedragen. Hierop werd voortgebouwd in het denken over burgerschap, dit moest er niet wezenlijk anders uitzien voor mensen met een beperking. Nee, gewoon burgerschap is voor hen het ideaal: zo gewoon mogelijk wonen en werken midden in de samenleving.

Dit alles (en meer) zette in de jaren negentig van de vorige eeuw het lange, tot op heden lopende proces in gang van 'de-institutionalisering' en 'extramuralisering' (het scheiden van wonen en zorg). Maar er was nog meer nodig, en nog steeds werd grote urgentie gevoeld om werk te maken van sociale inclusie (Overkamp, 2000) van de 'doelgroepen' mensen met verstandelijke beperking en mensen met (ernstige) psychische problematiek. Want, het lukte wel om deze mensen te plaatsen in de gewone wijken van de samenleving (fysieke integratie), maar het mee doen en het erbij horen (de functionele en sociale integratie) vloeide daar niet spontaan en vanzelfsprekend uit voort. Sociale netwerken bleven erg klein, mensen bleven sterk afhankelijk van zorgprofessionals. Sociale inclusie bleef een taaie opgave, ook omdat de solidariteit tussen individuen veelal een taak van de overheid was geworden zoals beschreven staat in hoofdstuk 1 van dit boek. In hoofdstuk 7 gaan we verder in op de ontwikkeling van het denken over sociale inclusie in Nederland, sterk gevoed door de hier beschreven internationale beweging.

## 2.4 Nationale ontwikkelingen

De internationale ontwikkelingen die hierboven beschreven zijn, hebben ook in Nederland de roep om meer samenhang en het centraal stellen van de menselijke maat, versterkt. Behalve de hierboven al uitgebreid beschreven decentralisaties, gaat het om een aantal andere concrete ontwikkelingen.

### 2.4.1 Lokale inclusieagenda's

Als uitwerking van het VN-verdrag 'inzake de rechten van personen met een handicap' is in Nederland het Ministerie van VWS verantwoordelijk voor de uitvoering van het verdrag. Het ministerie heeft daartoe waar nodig wetten aangescherpt, waaronder de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (Wgbh/cz). En gemeenten hebben de verantwoordelijkheid gekregen om – als onderdeel van hun beleidsplannen voor Wmo, Jeugdwet en Participatiewet – beleid te ontwikkelen conform het VN-verdrag. Om mensen daadwerkelijk mee te kunnen laten doen in de praktijk, is een wetswijziging natuurlijk niet genoeg. Het ministerie heeft daarom in 2017 ook een 'Implementatieplan' vastgesteld, samen met gemeenten, bedrijfsleven en cliëntenbelangenbehartigers. Het gaat er ook om dat overal in de samenleving – in winkels, bedrijven, scholen, cafés en in de publieke ruimte – iedereen zich mee inzet om mensen met een beperking mee te laten doen. In de praktijk betekent dat veel meer dan het weghalen van letterlijke drempels, maar ook werken aan bewustwording van mechanismen van in- en uitsluiting. Hoe ze daaraan werken, leggen gemeenten vast in een zogeheten 'lokale inclusie-agenda'. Die wordt opgesteld samen met vertegenwoordigers van mensen met een handicap of chronische ziekte. Daarbij wordt ook expliciet ingezet op het benutten van 'ervaringsdeskundigheid'.

### 2.4.2 Positieve gezondheid en aandacht voor preventie

Een andere opvallende ontwikkeling is een toenemende aandacht voor 'positieve gezondheid'. Dit is een concept dat is opgekomen vanuit het domein van de gezondheidszorg. 'Positieve gezondheid' staat voor een brede benadering van gezondheid. Gezondheid is meer dan het afwezig zijn van ziekte; gezondheid is het vermogen je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven, stelt Machteld Huber (2011). Gezondheid wordt steeds meer in relatie gebracht met verschillende andere factoren dan alleen biologische. Ook de sociale en fysieke omgeving is van invloed op de gezondheid van mensen en de mate waarin zij 'zin' (in de betekenis van 'zingeving') ervaren in het leven. Ook leefstijl speelt een belangrijke rol. 'Positieve gezondheid' is inmiddels bij veel gemeenten een belangrijk onderdeel van hun visievorming. Het biedt namelijk goede handvatten voor integraal beleid. De in de decentralisaties gewenste integrale aanpak wordt in veel gemeenten dan ook onderbouwd vanuit Hubers model van 'Positieve gezondheid'. Het model biedt een kader waar zowel publieke gezondheidszorg als welzijnswerk als fysiek beleid in samenhang kan worden gezien.

De erkenning dat bij gezondheid veel meer dan alleen biologische factoren een rol spelen, betekent ook dat er meer aandacht is voor preventie en gezonde leefstijl. De nadruk op preventie is in de decentralisaties duidelijk herkenbaar. De waarde van 'preventie' wordt

overigens niet alleen gezien in het voorkómen van zorgkosten, maar ook vanwege de waarde die het op zich al heeft: het is voor mensen fijn als ze geen problemen ontwikkelen, als het gewone leven plezierig verloopt, als gezinsleden het goed hebben met elkaar en kinderen voorspoedig opgroeien, als mensen 'gewoon' werk hebben, 'gewoon' naar school gaan en het 'gewoon' gezellig hebben in hun buurt.

### 2.4.3 Kritiek op professionalisering in de zorg

Deze nieuwe nadruk op het gewone leven betekent fundamentele kritiek op de professionaliseringsbeweging in de zorg. Een indrukwekkende kroniek die daaraan bijdroeg, is het werk van Inge Mans in 2016, 'Het hart van de zorg. Idealen en praktijken in de verstandelijk gehandicaptenzorg bij de Hafakker (1960-2010)'. Zij beschrijft hoe op het terrein van de Hafakker zich de beweging voltrok van instellingsgebonden zorg naar veel meer aandacht voor sociale inclusie. Deel 3 van het boek is getiteld 'De zorg als professioneel systeem 1996-2004' en Mans toont aan hoe de zorg in die periode professionaliseerde. Zij doet dat vooral aan de hand van verhalen van bewoners en begeleiders, die volgens Mans het 'hart van de zorg' vormen. Haarfijn beschrijft ze hoe de zorgplanmethodiek werd ingevoerd om de doelen van cliënten centraal te stellen, terwijl familie vaak iets anders wilde dan cliënten, en de gedragskundige uiteindelijk het meeste gewicht in de schaal legde. Hoe er functiedifferentiatie kwam, maar hoe dat resulteerde in een afschuiven op elkaar oftewel een bureaucratie waar cliënten de dupe van werden. Hoe door managers de zeggenschap van begeleiders werd ondermijnd, met het oog op de zeggenschap van cliënten, wat volgens Mans (2016) de plank totaal missloeg, want:

> Begeleiders wilden graag opnieuw onderzoeken wat bewoners wilden en hoe dat gerealiseerd kon worden. Maar zij merkten dat de nieuwe directeur en zijn managers al meenden te weten wat 'de cliënt' wilde: zelfstandig wonen, liefst in de maatschappij; normaal werk doen, liefst betaald; geen innige relaties met begeleiders en geen gezelligheid met elkaar, maar sociale contacten buiten de Hafakker, liefst met normale mensen. De Hafakkerwerkers stelden daar vraagtekens bij. (Mans, 2016, p. 298)

Onder meer door de 'professionele' afstand en de striktere scheiding van de sferen van werk en privé, zoals men die sinds de jaren '90 van de vorige eeuw in acht ging nemen, ging de opvatting leven dat begeleiders niet tot het sociale netwerk van cliënten mogen behoren. Zoals Mans (2016) dit verwoordt:

> Sinds de professionalisering is vriendschappelijk contact tussen cliënt en begeleider taboe. (Mans, 2016, p. 374)

Ook de versnelde doorstroom van personeel maakte dat werkers zichzelf steeds meer gingen beschouwen als 'passanten' in het leven van de cliënt, terwijl familierelaties blijvend van karakter zijn.

De hoogtijdagen van de instelling lokaliseert Inge Mans in de periode 1971 tot 1996. Wie het boek leest, wordt overvallen door een hevige melancholie naar een tijd waarin het 'relatiemodel' leidend was: begeleiders gingen een langdurige band aan met bewoners, trokken er 1-op-1 op uit, samen naar de winkel, en maakten het 's avonds gezellig. De professionalisering en de hiërarchische organisatie met top-down management maakten aan dit soort dingen een einde. Mans weet de spijtigheid hiervan bijzonder goed invoelbaar te maken, omdat zij zelf groepsleider is geweest op de Hafakker. Treffend schrijft ze:

> Als oud-groepsleider denk ik dat bewoners meer behoefte hebben aan begeleiders die 'gewoon samen mens' willen zijn dan aan professionals die 'cliëntgerichte zorg bieden'. (Mans, 2016, p. 364)

De kritiek van Mans is tekenend voor de tegenbeweging die inmiddels in gang is gezet in de zorg: een roep om meer aandacht voor de menselijke maat en minder professionele afstand. Hier wordt verder op ingegaan in hoofdstuk 7 van dit boek.

### 2.4.4 Nieuwe ggz

De hierboven beschreven aandacht voor positieve gezondheid en de tegenbeweging tegen te sterke professionalisering is ook zichtbaar binnen de ggz-sector. In een gezamenlijk pamflet uit 2015 (Boevink, Delespaul, Milo & Van Os, 2015) stelt een groep psychiaters, psychologen en therapeuten dat er meer aandacht moet zijn voor veerkracht en herstelvermogen, dat het belangrijk is dat mensen met een psychische kwetsbaarheid daar niet zozeer van genezen, maar vooral mee om leren gaan en leren hoe het leven toch betekenisvol is. Daarmee geven ze woorden aan het groeiende inzicht in hun sector dat geestelijke gezondheid iets anders is dan afwezigheid van geestelijke ziekte. Als alternatieve definitie voor goede geestelijke gezondheidszorg wordt de volgende beschrijving gebruikt: "Goede ggz is de persoon en zijn omgeving bijstaan in een persoonlijk en moeilijk leerproces van 'je ding kunnen doen' ondanks de uitdaging van een meer dan gemiddelde psychische gevoeligheid"[4]. Belangrijk principe van de nieuwe ggz is dat het perspectief van de 'hulpvrager' uitgangspunt moet zijn van de nieuwe organisatie van de zorg.

De nieuwe ggz is expliciet een tegenbeweging tegen het bestaande systeem dat op meerdere manieren tegen grenzen aanloopt. Hierboven werd al beschreven dat er steeds meer reactie kwam op de doorgaande professionalisering. Bovendien werd steeds meer zichtbaar dat de ggz niet langer aan de groeiende vraag kon voldoen, niet alleen in kwantitatieve zin (steeds meer cliënten), maar ook in kwalitatieve zin: mensen krijgen niet altijd de zorg die goed voor hen is. Dat wordt onder andere duidelijk beschreven door de trekkers van de beweging, in het boek 'Goede GGZ!' (Delespaul, Milo, Schalken, Boevink & Van Os, 2016). Zij zetten zich expliciet af tegen wat wel het 'medisch model' wordt genoemd, waarin mensen gediagnosticeerd en behandeld worden op basis van *evidence-based* behandelingen voor duidelijk omschreven aandoeningen (DSM-5). Ook hier is dezelfde paradigmashift zichtbaar als bij

4 Motto op de site www.denieuweggz.nl/

de decentralisaties: de mens moet centraal staan, niet het systeem. Zo wordt bijvoorbeeld steeds meer aandacht gegeven aan de rol van trauma in de ontwikkeling van een 'stoornis', in plaats van het behandelen van die stoornis als zodanig. Ook de inzet van 'open dialoog' en de inrichting van cliëntgestuurde zelfregie- of herstelcentra zijn recente ontwikkelingen gericht op het erkenning geven aan de hele mens zonder hem of haar te reduceren tot een diagnose (Kroeze, Munneke & Kruiter, 2018).

### 2.4.5 Domeinoverstijgende samenwerking

Een laatste ontwikkeling in Nederland waar we op willen wijzen, is de toenemende aandacht voor domeinoverstijgende samenwerking. Die ontwikkeling is direct gevolg van de beweging om de mens centraal te stellen. Want om voor de burger samenhangende ondersteuning te organiseren, moet actief samengewerkt worden tussen de verschillende sectoren en organisaties die elk een deel van deze ondersteuning bieden. Daar wordt dan ook volop aan gewerkt. En daarmee krijgt ook het domeinoverstijgend samenwerken als thema steeds meer aandacht. Samenwerking tussen verschillende typen professionals gaat nu eenmaal niet vanzelf. Ieder heeft eigen jargon ontwikkeld, een eigen organisatiecultuur, eigen visies, eigen structuren, financieringsstromen, protocollen. Het vraagt veel van professionals en hun opleiders om die verschillen te overbruggen (De Waal, 2018).

## 2.5 De mens centraal in de 'participatiesamenleving'?

Kortom, de ambitie van de transities betekent meer dan een correctie op de verzorgingsstaat, of een kostenbesparing. Er is sprake van een brede beweging, een paradigmashift in het sociaal domein en ver daarbuiten, in Nederland en internationaal. Gaat het lukken om de menselijke maat echt centraal te stellen en niet te laten overgroeien door te zware en onhoudbare systemen?

Als we vanuit deze analyse weer kijken naar het begrip 'participatiesamenleving' zoals gebruikt door het Kabinet Rutte, dan kijken we daar kritisch naar. Wat bedoelt de wetgever hier nu eigenlijk? Participatie zou in principe van alles kunnen betekenen: dat mensen meedoen aan het tot stand komen van overheidsbeleid, dat ze stemmen, zich als vrijwilliger inzetten en zelf verantwoordelijkheid nemen voor het organiseren van zorg. Dan ligt de nadruk vooral op het moeten bijdragen van burgers aan de door de overheid georganiseerde regelingen en voorzieningen. Waar het woord 'participatie' gebruikt wordt, gebeurt dat al gauw vanuit een dergelijke geïnstitutionaliseerde betekenis, waarbij er eigenlijk een norm vanuit de 'systeemwereld' wordt opgelegd aan de veronderstelde participanten (zie ook Jager-Vreugdenhil, 2011). Maar we kunnen het woord ook in bredere zin gebruiken, als een aanduiding voor de verhouding tussen mensen en de contexten waarin ze een rol spelen. Waarbij het niet alleen gaat om wat zij daaraan moeten bijdragen, maar ook om de vraag of ze kunnen en mogen deelnemen. En dan moet het niet meer gaan om de vraag of burgers wel kunnen aansluiten bij de systeemwereld, maar vooral of het de systeemwereld lukt goed aan te sluiten bij de leefwereld.

De vraag of mensen wel kunnen en mogen deelnemen is extra urgent, omdat we te maken hebben met een samenleving waarin tweedelingen steeds groter worden, discussies polariseren, mensen steeds minder tolerant zijn naar elkaar toe en ook vaak wantrouwend richting overheid en instituties (Den Ridder, Vermeij, Maslowski & Van 't Hul, 2021). Dat gaat om meer dan de vraag of we samen het zorgstelsel kunnen betalen en organiseren; het gaat om de vraag hoe we samen samenleving zijn. Kunnen mensen inderdaad wel – zoals het Kabinet zegt – hun eigen keuzes maken en hun leven inrichten zoals ze dat willen? Dat klinkt vanzelfsprekend, maar is het niet voor mensen met een chronische ziekte, mensen die de taal niet spreken, mensen die leven met de gevolgen van trauma, mensen die net afwijken van wat we als normaal bestempelen. Pas als zij 'gewoon' hun leven kunnen inrichten zoals ze willen, zijn we echt een 'participatieland'.

In dit boek willen we daar het licht op zetten: hoe ervaren inwoners zelf allerlei goedbedoelde pogingen om hen te laten participeren? Hoe ziet vanuit hun perspectief en dat van de professionals die met hen werken de samenleving eruit? Dat presenteren we in de volgende hoofdstukken. Eerst geven we iets meer informatie over de context waarin deze onderzoeken plaatsvonden en keuzes die daarbij gemaakt zijn (hoofdstuk 3); daarna gaan we in vijf hoofdstukken in op de inhoud van een groot aantal onderzoeken uit de afgelopen jaren, en de spanningsvelden die we daarbij ontdekten (hoofdstukken 4 tot en met 8).

# 3 Introductie van de gepresenteerde werkplaatsonderzoeken

In de voorgaande hoofdstukken hebben we beschreven wat de ambitie van de transities is, namelijk – behalve kostenbesparing – het centraal stellen van de mens in plaats van de systemen van beleid en zorg- en welzijnsorganisaties. Onze vraag is nu, hoe de transities in de praktijk uitpakken: hoe ervaren inwoners en professionals zelf of deze ambitie waargemaakt wordt?

We zoeken naar antwoorden op deze vraag in de resultaten van het praktijkgericht onderzoek vanuit het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken in de afgelopen twee lectoraatsperiodes (2014 – 2018 en 2018 – 2022), waarin we zelf een rol mochten spelen in de zoektocht van inwoners, beleidsmakers en professionals naar nieuwe wegen. De meeste van deze onderzoeken waren gekoppeld aan de Werkplaats Sociaal Domein Regio Zwolle. Deze regionale samenwerking wordt hieronder verder beschreven.

In dit hoofdstuk vertellen we iets meer over de context en aard van de onderzoeken. Dat doen we door eerst te beschrijven wat praktijkgericht onderzoek is. We geven aan vanuit welke visie en met welke uitgangspunten en visie we het onderzoek uitvoerden. En we scherpen de vraag aan die we aan de hand van de gepresenteerde onderzoeken willen beantwoorden in dit boek.

## 3.1 Praktijkgericht onderzoek in het hoger beroepsonderwijs

De onderzoeken die het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken vormgeeft, zijn altijd praktijkgericht. Daarmee staan we in een ontwikkeling van ruim twintig jaar onderzoek binnen het hoger beroepsonderwijs (hbo). Hogescholen waren tot de eeuwwisseling eenzijdig opleidingsinstituten, anders dan universiteiten, waar opleidingen en onderzoek altijd al verweven waren. Het onderscheid zoals in Nederland gemaakt wordt tussen universiteiten en hogescholen wordt overigens niet overal ter wereld zo gemaakt: in het Engels worden beide ‘universities’ genoemd, en wordt om het onderscheid aan te duiden voor hogescholen de term ‘universities of applied science’ gebruikt en voor universiteiten ‘research oriented universities’. Vanaf 2001 zijn op de Nederlandse hogescholen lectoren aangesteld om het onderzoek ook daar vorm te geven. In hun lectoraten werken zij samen met docent-onderzoekers en vaak ook studenten aan onderzoek. In twintig jaar tijd heeft hun onderzoek zich ontwikkeld tot een specifiek type onderzoek dat past bij de praktijkgerichtheid van de beroepsopleidingen: het is onderzoek dat bijdraagt aan de beroepspraktijk waarvoor studenten van de hogescholen opgeleid worden.  Dat beschrijft het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen in 2019:

> Hogescholen kiezen een eigen oriëntatie in hun onderzoek waarmee ze met het praktijkgericht onderzoek een onmisbare positie innemen in de Nederlandse kennisinfrastructuur. Praktijkgericht onderzoek, fundamenteel onderzoek en toegepast onderzoek vullen elkaar aan. De verbondenheid van wetenschap met de samenleving is een kwaliteit van het praktijkgericht onderzoek. Hogescholen doen hun onderzoek vaak met inzet van studenten en niet alleen vóór, maar ook mèt het bedrijfsleven en mkb, de stad en regio, maatschappelijke partners, universiteiten en TO2-instellingen en het mbo. Hogescholen leggen met hun praktijkgericht onderzoek een verbinding tussen kennisontwikkeling en de vraag van de beroepspraktijk, en dragen daarmee bij aan de kennisbasis én aan verbinding in het onderzoekslandschap op nationaal en regionaal niveau. Omdat de unieke wisselwerking tussen onderwijs, praktijkgericht onderzoek en de (beroeps)praktijk kenmerkend is voor het hbo. (Ministerie van OCW, 2019, p. 33)

Lector methodologie van praktijkgericht onderzoek Daan Andriessen (2014) geeft als definitie: "praktijkgericht onderzoek is onderzoek waarvan de vraagstelling wordt ingegeven door de beroepspraktijk en waarvan de opgedane kennis direct bij kan dragen aan die beroepspraktijk".

Mede op basis van zijn werk hebben lectoren de volgende kenmerken van praktijkgericht onderzoek vastgesteld:

1. Het is geworteld in de beroepspraktijk, doordat de vraagstellingen zijn ingegeven door de praktijk en de kennis die het onderzoek oplevert, bijdraagt aan de praktijk.
2. Het is vaak multidisciplinair.
3. Het wordt vormgegeven binnen een scala aan organisatorische verbanden.
4. Het is methodologisch verantwoord.
5. Het heeft een sterke verbinding met andere activiteiten van hogescholen.
6. Het vindt plaats in netwerken met externe partijen.
7. Het is gevarieerd in soort onderzoek, wijze van publiceren, soort producten en netwerken waarin het plaatsvindt. (Vereniging Lectoren, z.d.)

De onderzoeken die in de volgende hoofdstukken worden gepresenteerd, zijn vormgegeven door het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken. Dit lectoraat is ingesteld in 2002, met als eerste lector Roel Kuiper. Het lectoraat is verbonden aan de academie Social Work & Theologie van Hogeschool Viaa in Zwolle. De onderzoeken van het lectoraat richten zich voornamelijk op de professionele praktijk van het sociaal werk. Het lectoraat onderhoudt vanaf haar oprichting contacten met de andere 'sociaal werk-lectoraten' in Nederland, met name via het Platform Lectoren Sociaal Werk. De lectoren ontmoeten elkaar een aantal malen per jaar, en ook de docent-onderzoekers die werkzaam zijn binnen de lectoraten hebben de gelegenheid elkaar te ontmoeten in de hiervoor jaarlijks georganiseerde tweedaagse leergangen. Deze ontmoetingen dragen sterk bij aan de ontwikkeling van het type onderzoek van sociaal werk lectoraten: methodieken en resultaten worden met elkaar gedeeld, publicaties worden geza-

menlijk geschreven en bediscussieerd, de lectoren en onderzoekers vinden in elkaar belangrijke peers om uitwisseling mee vorm te geven over hun relatief jonge vakgebied: het sociaal werk onderzoek. Dat gebeurt elders in het hbo ook op andere vakgebieden – inmiddels zijn er meerdere lectorenplatforms opgericht – maar het platform heeft specifiek voor het sociaal werk een extra belangrijke functie, omdat er op universiteiten nauwelijks onderzoek naar sociaal werk wordt vormgegeven in Nederland.

## 3.2 Werkplaats Sociaal Domein Regio Zwolle

Alle onderzoeken die we in de volgende hoofdstukken presenteren, zijn vormgegeven als project binnen de Werkplaats Sociaal Domein Regio Zwolle en haar voorganger de Wmo-werkplaats Zwolle. Deze werkplaats is onderdeel van een landelijk netwerk van vijftien Werkplaatsen Sociaal Domein, vormgegeven vanuit lectoraten in samenwerking met regionale partners en opleidings- en kennisinstituten. De werkplaatsen werken landelijk samen in de Associatie Werkplaatsen Sociaal Domein en worden gefinancierd door het Ministerie van VWS, de hogescholen zelf en de regionale partners.

**Figuur 3.1 Overzichtskaart Werkplaatsen Sociaal Domein**

bron: werkplaatsensociaaldomein.nl

De Werkplaats Sociaal Domein voor de ruime regio rond Zwolle (verder 'WSD Regio Zwolle') bestaat uit samenwerking van een groot aantal gemeenten, zorg- en welzijnsorganisaties, burger- en cliëntorganisaties en beroepsopleidingen in de brede regio rond Zwolle. Betrokken gemeenten zijn onder andere Zwolle, Kampen, Steenwijkerland, Ommen, Hardenberg, Zwartewaterland, Meppel, Westerveld, Deventer en gemeenten op de Noord-Veluwe. De structuur van de WSD – met een kleine stuurgroep van de meest betrokken gemeenten en uitgebreidere netwerken per programmalijn – is zo gekozen dat de slagkracht groot is, maar dat er tegelijkertijd veel ruimte in de diverse programmalijnen en op het niveau van de concrete onderzoeks- en ontwikkelprojecten en leernetwerken voor aansluiting van professionals, beleidsmakers en cliënten of inwoners uit gemeenten in een veel wijdere regio. In principe kunnen alle organisaties en gemeenten die dat willen deelnemen aan concrete activiteiten. In drie thematische programmateams wordt met de betrokkenen overlegd waar de activiteiten van de werkplaats zich concreet op moeten richten, en wordt hier in overleg met deze programmateams gezocht naar cofinanciering voor de gewenste activiteiten (Werkplaats Sociaal Domein Regio Zwolle, 2019).

WSD Regio Zwolle heeft samen met haar partners een kennis- en onderzoeksagenda opgesteld. De drie programmalijnen die gekozen zijn, zijn ook de onderzoeksthema's van het lectoraat (Werkplaats Sociaal Domein Regio Zwolle, 2019; CvSv, 2018):

- **Inclusieve samenleving:** een samenleving waarin alle mensen een eigen en waardige plek hebben, ook als een beperking of bepaalde omstandigheden of ervaringen hun participatie bemoeilijken. De focus ligt op de doelgroepen: mensen met (L)VB, ggz-achtergrond en/of afstand tot de arbeidsmarkt.
- **Integraal samenwerken met en voor bewoners:** echt integraal samenwerken voor (wijk- of dorps)bewoners, vanuit een sterke sociale basisinfrastructuur, vormgegeven door professionals, inwoners en hun formele en informele verbanden. De focus ligt hierin op de rol van sociale (wijk)teams (of in gemeenten waar niet gekozen is sociale teams: vergelijkbare 0-de tot 1e-lijnsteams) en burgerinitiatieven.
- **Interprofessioneel samenwerken met jeugd:** een manier van samenwerken door professionals – met ouders, met andere professionals en met alle andere relevante partijen – waardoor jeugdigen en hun gezinnen passende ondersteuning krijgen. De focus ligt hierin op (nieuwe) vormen van samenwerking die leiden tot de hoognodige normalisering en preventie in het jeugddomein.

Een vierde programmalijn, met als thema 'verbindende gemeenschappen', is in ontwikkeling. De gekozen thema's passen in de ambities van de transities en transformaties zoals beschreven in de vorige twee hoofdstukken.

## 3.3 Visie en uitgangspunten voor onderzoek

Het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken werkt vanuit een visie die aansluit bij de christelijke identiteit van Hogeschool Viaa. Viaa wil in haar opleidingen en onderzoeken studenten en professionals vormen tot hooggekwalificeerde, bezielde professionals:

> In de opleidingen van Hogeschool Viaa staat een duidelijke christelijke visie op mens en samenleving centraal. Wij leiden studenten op die van betekenis willen zijn voor andere mensen. Zij willen als professional betrokken zijn bij de ondersteuning van mensen en de verbetering van de kwaliteit van (samen)leven. De professional die bij Hogeschool Viaa is opgeleid, is iemand met een open blik voor de zinvragen en levensovertuiging van de mens die hij in zijn werk ontmoet, en die besef heeft van waar hij zelf levensbeschouwelijk voor staat. Wij worden gedreven door de kernwaarden bezieling, betrokkenheid, eigenaarschap en hoop. (Hogeschool Viaa, 2021, p. 7).

Voor het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken is in het lectoraatsprogramma (Jager-Vreugdenhil, 2018) beschreven welke noties belangrijk zijn in het onderzoek dat wordt vormgegeven:

1. **Zowel het individu als de gemeenschap is van waarde.** Mensen zijn waardevol als individu, en ook hun verbanden zijn waardevol, als plekken waarbinnen mensen ten volle tot hun recht komen in afhankelijkheid van elkaar. In de uitwerking van deze visie naar de praktijk en naar wetenschappelijke theorieën wordt goede aansluiting gevonden bij wetenschappers met een holistisch mensbeeld of een systemische benadering (bijvoorbeeld Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986; Boszormenyi-Nagy, 1987; Willemse, 2006) en bij modellen die erop gericht zijn alle aspecten van het mens-zijn in onderlinge samenhang te benaderen, bijvoorbeeld positieve gezondheid (Huber, 2014; Huber, Knottnerus, Green, Van der Horst, Jadad & Kromhout, 2015).
2. **Ieder mens en elk sociaal verband is 'soeverein in eigen kring'** (Chaplin, 2011). Elk sociaal verband is uniek en heeft een heel eigen karakter, waar niet van buiten af zomaar op ingegrepen kan worden (Jager-Vreugdenhil, 2012). In de uitwerking van deze visie naar de praktijk zoeken we aansluiting bij humanistisch georiënteerde wetenschappers, die op basis van de individuele keuzevrijheid van mensen ook komen tot de conclusie dat het in de praktijk tot vervreemding en 'verdringing van burgerschap' leidt wanneer de intrinsieke motivatie van individuen en sociale verbanden teveel geweld wordt aangedaan (Verhoeven & Ham, 2010).
3. We erkennen dat mensen **beperkt zijn in hun mogelijkheden** om te beantwoorden aan het doel dat God met hen heeft. Tegelijkertijd hebben mensen de mogelijkheden én de opdracht gekregen om ondanks deze gebrokenheid God te dienen en **voor elkaar te zorgen, te hopen op herstel, te werken aan vernieuwing.** Vanuit deze visie is een goede aansluiting mogelijk bij 'optimistische' theorieën, zoals – op het niveau van individuen – de herstelbenadering gericht op '*regaining valued roles*' en '*leading meaningfull lives*' (Anthony & Farkas, 2009); positieve psychologie (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) en – op het niveau van de samenleving – het nastreven van inclusie en integratie (Kröber, 2012).

### 3.3.1 Systemische benadering en meervoudig wetenschappelijk perspectief[5]

Voor het beschrijven van situaties in de samenleving hanteert het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken een benadering die recht doet aan zowel het individuele perspectief als het perspectief van de 'gehelen' waar iemand deel van uitmaakt. We gebruiken een systemische benadering van sociale praktijken, waarmee we aansluiten bij het systeemdenken zoals beschreven in hoofdstuk 2. Concreet betekent dit dat we in onze onderzoeken stilstaan bij de vraag welke personen en organisaties relevant zijn in een te onderzoeken situatie, welke relaties er zijn tussen deze 'eenheden', wat de grenzen zijn van dit systeem, en welke verschillende systeemniveaus er te onderscheiden zijn. Binnen deze concrete praktijken hebben de betrokken mensen en organisaties hun eigen doelen en motieven, en gelden voor iedere speler – verbonden aan hun sociale rollen – concrete regels en normen, die al dan niet expliciet zijn gemaakt. Professionals die gevraagd worden te helpen in een concrete praktijk, kunnen een belangrijke rol spelen in het verhelderen van de rollen die er gespeeld worden, de normen die een rol spelen, de aard van de relaties en betrekkingen op alle systeemniveaus en de mechanismen die deze relaties beïnvloeden; en vervolgens ook in het beïnvloeden van die relaties en mechanismen ten behoeve van de gewenste verandering (Sahlins, 1972; Searle, 1968; Zijderveld, 1974; Jager-Vreugdenhil, 2012; Jager-Vreugdenhil et al., 2016). Voor de duiding van de genoemde relaties en mechanismen kunnen theorieën uit verschillende wetenschappelijke disciplines behulpzaam zijn: sociologische, antropologische, theologische, psychologische, filosofische, bestuurlijke, enzovoort. Elk van deze theoretische perspectieven biedt eigen inzichten, elk van deze perspectieven is relevant, want praktijken hebben al deze aspecten gelijktijdig (Griffioen & Van Woudenberg, 1996; Chaplin, 2011). Om deze veelzijdige werkelijkheid recht te doen, kiezen we niet eenzijdig voor één van deze wetenschappelijke perspectieven, maar hanteren we meerdere theorieën uit diverse bronnen. Dat sluit aan bij de stelling in de beroepsprofielen (LOO's Sociaal Werk, 2017) dat agogische professionals, inclusief sociaal werk onderzoekers, een 'meervoudig wetenschappelijk perspectief' moeten hanteren. Ook de internationale Federatie Sociaal Werk geeft dit aan: in de globale definitie van sociaal werk beschrijven ze dat het beroep sociaal werk wordt onderbouwd door uiteenlopende theorieën en wetenschappen, maar ook door andere soorten kennis:

> Sociaal werk is zowel inter- als transdisciplinair en put uit een breed scala van wetenschappelijke theorieën en onderzoek. 'Wetenschap' moet in deze context in zijn meest elementaire betekenis begrepen worden, namelijk als 'kennis'. Sociaal werk put eveneens op de eigen permanent ontwikkelende theoretische fundering en onderzoek alsook uit theorieën uit andere menswetenschappen. Gemeenschapsontwikkeling, sociale pedagogie, bestuurlijke wetenschappen, antropologie, ecologie, economie, onderwijs, management, kinderzorg, psychiatrie, psychologie, openbare gezondheidszorg en sociologie maken daar deel van uit maar is daar niet toe beperkt. De uniciteit van het sociaalwerkonderzoek en -theorie ligt hierin dat het over toegepast en emancipatorisch onderzoek en

5 Deze en volgende paragrafen betreffen een bewerking van de tekst uit het inhoudelijke programma van het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken (Jager-Vreugdenhil, 2018).

> theorievorming gaat. Verder wordt veel sociaalwerkonderzoek in co-creatie met de gebruikers van diensten in een interactief, dialogisch proces opgezet en is van daaruit door specifieke praktijkomgevingen geïnspireerd. (*International Federation of Social Workers*, 2014)

In het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken werken dan ook onderzoekers met elkaar samen aan projecten vanuit uiteenlopende disciplines: sociaal werk, sociologie, (culturele) antropologie, filosofie, verpleegkunde, systeemtherapie en orthopedagogiek. Belangrijk kenmerk is ook dat in de onderzoeken nadrukkelijk inwoners, cliënten of andere 'eindgebruikers' een rol hebben. Dit komt ook tot uiting in de gepresenteerde onderzoeken in de volgende hoofdstukken.

Dat betekent niet zozeer dat verschillende onderzoekers elk vanuit hun eigen discipline werken, maar dat dit binnen het onderzoek in samenwerking met elkaar wordt vormgegeven. Dat is ook één van de kenmerken van praktijkgericht onderzoek, zoals hierboven beschreven: het is multi-methodisch. Leidend daarbij is de onderzoeksvraag uit de praktijk; onderzoeksmethoden worden gekozen die daarbij passen. Dat betekent een divers onderzoeksinstrumentarium. Methodieken kunnen kwantitatief en kwalitatief zijn en regelmatig wordt hierin de combinatie van kwantitatief en kwalitatief onderzoek gekozen. Omdat er vaak meerdere perspectieven relevant zijn en er aan allerlei praktische randvoorwaarden moet worden voldaan, is het bijna altijd nodig om meerdere methodieken gelijktijdig in te zetten. De onderzoeken moeten voldoen aan de standaarden voor validiteit, herhaalbaarheid en controleerbaarheid, zoals onder andere beschreven in Verhoeven (2016). Waar we onderzoek doen naar de ondersteuning van mensen, streven we ernaar hun eigen perspectief zo goed mogelijk mee te nemen. Dat betekent minimaal dat onderzoek wordt vormgegeven naar hun ervaringen. Of we kiezen voor participatieve vormen van onderzoek, waarbij we als onderzoekers deel uitmaken van een praktijk, omdat we daarmee dicht bij de beleving van de verschillende relevante betrokkenen kunnen komen. Ook kunnen we ervoor kiezen onderzoek samen met leden van een gemeenschap of met mensen met een beperking uit te voeren. Ons onderzoek heeft daarmee vaak het karakter van participatief of actie-onderzoek. Hiermee begeven we ons op het terrein van de zgn. 'kritische theorie' zoals bijvoorbeeld beschreven door Kröber en Zomerplaag (2007) en door Bohman (2005). We geven ons rekenschap van de invloed die we zelf als onderzoekers op de te onderzoeken praktijk hebben. Soms kunnen we die beïnvloeding voorkomen en nemen we een standpunt in als onderzoeker aan de zijlijn of 'vlieg op de muur'; maar soms past het beter bij de aard van de vraag uit de praktijk dat we juist wel zelf van invloed te zijn, bijvoorbeeld door mee te denken over verbeteringen in de onderzochte aanpak, of door zelf als onderzoeker actief deel te nemen aan een lerende gemeenschap. En wat dat betreft zijn we als sociaal werk-onderzoekers onderdeel van de beroepsgroep sociaal werkers: ook wij hopen met ons werk gemeenschappen te versterken, mensen een stem te geven of bij te dragen aan meer inclusie.

### 3.3.2 Normaliserende en positieve theorieën over inclusie

Voor onderzoek naar inclusie sluiten we aan bij literatuur hierover, die aandacht heeft voor het ideaal dat ieder mee kan doen, en tegelijkertijd ook aandacht heeft voor de grenzen die er zijn aan de mogelijkheden van zowel individuen als sociale netwerken. Een inclusieve samenleving kan niet geforceerd worden, maar kan alleen ontstaan vanuit een realistische visie op mensen met een beperking, die niet overvraagd moeten worden, en op hun sociale omgeving, die ook niet overbelast moet worden. We bouwen daarom graag voort op het werk van de leerstoel van Evelien Tonkens aan de Universiteit voor Humanistiek, mede vormgegeven door onze oud-collega Femmianne Bredewold. In eerder gezamenlijk onderzoek zagen we dat goed contact tussen mensen met een beperking en hun buurtgenoten mogelijk is, als ingezet wordt op randvoorwaarden als begrenzing, wederkerigheid en gezamenlijkheid (Bredewold, 2014). Ook is het belangrijk mensen met een beperking te ondersteunen door sociale regels voor hen begrijpelijk en hanteerbaar te maken (Haarsma, Stouten-Hanekamp, Riphagen-Fikse & Bredewold, 2015; Jager-Vreugdenhil, 2012; Bredewold, 2014; Sahlins, 1972). Daarbij is het niet realistisch om als (beleids)doel te stellen dat iedere inwoner een even groot sociaal netwerk heeft, maar voor de 'insluiting' van mensen met een beperking zijn ook interventies of werkwijzen waardevol die leiden tot 'gewone gezelligheid' of 'oppervlakkig contact' (Stouten-Hanekamp, Jager-Vreugdenhil, Bredewold & Velvis, 2017; Wiesel & Bigby, 2014). Dit sluit aan bij recente inzichten in de hulpverlening die stellen dat 'normaliseren' vaak beter werkt dan 'problematiseren', zoals de herstelbenadering (Anthony & Farkas, 2009). Ook sluit het aan bij de inclusiegedachte zoals verwoord door Kröber en Van Dongen (2011), die inclusie vertalen in 'gewoon' participeren. Mensen met een beperking hebben 'normale' wensen: een huis, een baan, een relatie, en het kunnen ontplooien van talenten en interesses. Met de keuze voor deze benaderingen sluiten we ook aan bij de ambitie van de transities om inclusief en normaliserend te werken en het gewone leven centraal te stellen. Daarom vinden we dat we Nederland pas echt een participatieland kunnen noemen als mensen gewoon kunnen deelnemen op alle levensdomeinen, op een manier die goed past bij hun eigen mogelijkheden en wensen.

### 3.3.3 Theorieën over interprofessioneel samenwerken en leren

Naast theorieën over de inhoud van de onderzoeken zijn ook theorieën van belang over de wijze waarop het leerproces van (toekomstige) professionals, beleidsmakers, docenten, onderzoekers en allerlei relevante betrokkenen wordt vormgegeven. We bouwen voort op de ervaring die in de afgelopen jaren is opgedaan met concepten van (team)leren, waaronder het gebruik van ontwikkelonderzoek en actieleren.

Leren is in principe een voortdurend proces van individuele mensen: zij gaan gaandeweg betekenis geven aan verschijnselen en verrijken daarmee hun persoonlijk referentiekader (Bolhuis, 2015). Voor de manier waarop professionals leren in hun werkpraktijk, maken Argyris en Schön (1978) onderscheid tussen single-loop en double-loop leren: single-loop leren is het ontdekken van fouten of problemen en het aanpassen daaraan door nieuwe actiestrategieën te ontwikkelen die passen in een situatie die bekend is. Double-loop gaat verder: niet alleen de fouten die zich voordoen, maar de onderliggende waarden en systemen worden ter dis-

cussie gesteld, en professionals passen niet zozeer hun actiestrategieën aan, maar proberen de diepere oorzaken te vinden en die aan te passen. Daarmee begeven ze zich op onbekend terrein, ze creëren nieuwe situaties en veranderen hun manieren van kijken en werken, waarbij ze steeds feedback ophalen over het effect van hun nieuwe werkwijze. Senge (1990) noemt dit voortdurend aanpassen van methoden van oplossen, het zoeken naar diepere oorzaken en het veranderen van routines: generatief leren. Nog een slag verder leren professionals ook om te leren van het leerproces. Dit noemen Argyris en Schön 'deutero-leren' oftewel: leren leren.

Met name deze tweede en derde vorm van leren – generatief leren en leren leren – zijn belangrijk in de transformaties. Professionals moeten op een andere manier gaan werken dan voorheen, beleids- en organisatiesystemen veranderen en vernieuwende vormen van samenwerking vormgeven. In de meeste werkplaatsprojecten bereiken we dit door het inrichten van lerende netwerken die niet alleen uitkomsten van het onderzoek bespreken, maar ook gedurende het onderzoek en het ontwikkelproces in de praktijk met elkaar uitwisselen wat nodig is, wat tussenuitkomsten betekenen en wat hun eigen ervaringen zijn. Daarbij hebben we als lectoraat een beweging gemaakt van eerst onderzoek waar professionals en inwoners onderwerp van zijn, naar steeds meer vormen van onderzoek waarin professionals en inwoners zelf betekenis geven aan onderzoeksgegevens en praktijksituaties. Dat betekent steeds projecten waarin lerende gemeenschappen van professionals en inwoners centraal staan die ondersteund worden met procesbegeleiding en onderzoek. Eenzelfde beweging is zichtbaar bij de andere Werkplaatsen Sociaal Domein in Nederland (Jansen, Van der Pas & Tilma, 2020). Zo transformeert het onderzoek van de werkplaatsen mee met de praktijk.

## 3.4 Vraagstelling voor de gepresenteerde onderzoeken

In hoofdstuk 1 is de hoofdvraag voor deze bundel geformuleerd:

> "Hoe ontstaat er volgens de ervaringen van inwoners en professionals meer samenhang in de ondersteuning voor inwoners, zoals de wetgever beoogt met de transities?"

Voor de beantwoording worden de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Wat is precies de ambitie van de wetgever met de brede decentralisatie op meerdere terreinen tegelijk? Hoe zouden deze tot meer samenhang moeten leiden voor inwoners? En hoe zou die samenhang eruit moeten zien?
2. Welke vernieuwingen zijn ontwikkeld om die samenhang te realiseren?
3. Wat komt in de praktijk terecht van deze ambitie volgens inwoners en professionals?

De eerste twee deelvragen zijn in hoofdstuk 1 en 2 behandeld op basis van literatuurstudie. Kort samenvattend: de ambitie van de wetgever is, dat de decentralisaties ertoe leiden dat inwoners en hun alledaagse leven centraal komen te staan en dat beleid en organisaties samenwerken om hen integraal ondersteuning te bieden. Vernieuwingen die daaraan bijdragen, zijn trends als 'normalisering', meer nadruk op preventief werken, en het inrichten van allerlei

nieuwe vormen van samenwerking rond en met inwoners. De vraag is nu: leiden deze vernieuwingen echt tot meer samenhang vanuit het perspectief van inwoners en professionals?

In hoofdstuk 4 tot en met 8 zal nader in worden gegaan op de derde deelvraag: wat komt in de praktijk terecht van deze ambitie volgens inwoners en professionals?

We hebben niet de illusie dat we deze vraag voor heel Nederland kunnen beantwoorden. Wel denken we dat we in de Werkplaatsen Sociaal Domein veel actuele en praktische ervaring hebben opgedaan en een rijke bron van leerervaringen en onderzoeksresultaten hebben waar veel meer inwoners, (toekomstige) professionals, beleidsmakers en wetenschappers van mee kunnen leren.

In de volgende hoofdstukken stellen we steeds een specifiek vraagstuk uit de praktijk centraal:
- Samenwerking in geïntegreerde of sociale teams (hoofdstuk 4);
- Samenwerking tussen gezinnen, onderwijs en jeugdhulp (hoofdstuk 5);
- Samenwerking tussen werk en zorg (hoofdstuk 6);
- Netwerkondersteuning in buurten en wijken (hoofdstuk 7);
- Samenwerking tussen welzijn en zorg (hoofdstuk 8)

Elk van deze hoofdstukken wordt op de volgende manier opgebouwd:
- Beschrijving van het onderwerp en waarom dit een antwoord zou zijn op de ambitie om meer samenhang voor inwoners te realiseren.
- Elk hoofdstuk beschrijft één of meerdere onderzoeken die uitgevoerd zijn binnen de WSD Regio Zwolle. Die onderzoeken betreffen steeds praktijken waarin beleidsmakers, professionals en inwoners samenwerkten aan een concrete innovatie. De onderzoeken die aangehaald worden, worden kort beschreven op herkenbare projectpagina's; daarin wordt ook verwezen naar de afzonderlijke onderzoeksrapportages die er eerder over verschenen.
- Beschrijving van de spanningen die we zien in deze praktijken tussen de ambitie van de transitie en de ervaringen van professionals en inwoners of cliënten. We werken deze spanningsvelden uit aan de hand van resultaten uit de onderzoeken, belicht vanuit specifieke theorieën en visie(s) die zijn gehanteerd in de gepresenteerde projecten.
- En we sluiten elk hoofdstuk af met de vraag 'hoe verder'; daarin beschrijven we welke richtingen we zien als uitweg in de geconstateerde spanningsvelden, of ook hoe we als lectoraat de komende jaren verder projecten vormgeven die voortbouwen op de inzichten uit de gepresenteerde onderzoeken.

In hoofdstuk 9 zullen we vervolgens een synthese presenteren van wat we geleerd hebben uit alle beschreven onderzoeken. In hoofdstuk 10 sluiten we af met aanbevelingen voor de (toekomstige) professionals en hun beroepsopleidingen, voor beleidsmakers en voor de wetenschap.

# 4 Samenwerking in geïntegreerde of sociale teams

Een nieuwe ontwikkeling sinds de transities is de invoering van sociale teams in veel gemeenten: teams waarbinnen ondersteuning op diverse levensdomeinen (zorg, werk, opvoeding) samengevoegd werd met een laagdrempelige toegang voor inwoners. In diverse gemeenten in onze regio – met name in Zwolle, Steenwijkerland, Ommen en Hardenberg – waren we als lectoraat betrokken bij de opkomst en doorontwikkeling van deze teams. We gebruiken het woord 'sociale teams' hier overigens als een verzamelnaam voor allerlei verschillende geïntegreerde teams, die in elke gemeente een andere naam hadden (sociaal wijkteam, gebiedsteam, SamenDoen-team) en die ook verschilden van samenstelling, taken en bevoegdheden. Hieronder beschrijven we eerst wat de aanleiding was voor het inrichten van deze teams en hoe we daar als lectoraat bij betrokken waren (§ 4.1). Daarna gaan we in op de spanningsvelden die we ontdekten tijdens ons praktijkgerichte onderzoek (§ 4.2 tot en met § 4.5).

## 4.1 Waarom sociale teams voor meer samenhang zouden zorgen

Eén van de aanleidingen om de transitie van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving in gang te zetten, was – naast de verwachte financiële onhoudbaarheid van het oude stelsel – de gedachte dat een verzorgende staat wel eens de natuurlijke zorgpatronen van mensen kon schaden (Kampen, Verhoeven & Verplanke, 2013). Al in de jaren negentig van de vorige eeuw werd ingezet op activering (Newman & Tonkens, 2011) en op vermaatschappelijking (Kwekkeboom, 2010), zodat ook mensen die zorg en ondersteuning nodig hadden toch zoveel mogelijk in een 'normale' context konden leven en zich ontwikkelen. Dat ideaal van vermaatschappelijking en normalisering werd, zoals ook beschreven in hoofdstuk 2, volop meegenomen in de ambities van de in 2015 ingevoerde wetten: de herziene Wet maatschappelijke ondersteuning, de Participatiewet en de Jeugdwet, en ook in de enkele maanden daarvoor ingevoerde Wet passend onderwijs. Op al deze terreinen werd het beleid en de uitvoering gedecentraliseerd: naar gemeenten overgeheveld. Overheveling van taken naar lokale overheden zou in de hand werken dat er meer maatwerk geleverd kon worden en versnippering en bureaucratie tegengegaan, omdat de gemeente als overheid het dichtst bij de inwoners staat. Daar doorheen speelde de wens een nieuwe rolverdeling te ontwikkelen tussen inwoners, gemeentelijke overheid en zorg- en welzijnsinstellingen, waarbij de eigen kracht van inwoners benut en versterkt werd (ook in hun netwerk), sociale problematiek integraal aangepakt werd en en passant ook nog forse bezuinigingen gerealiseerd werden (Oude Vrielink, 2014).

Om deze ambitie vorm te geven, werd vanuit de wetgever aangemoedigd dat gemeenten voor de verschillende nieuwe wetten samen één beleidsplan zouden maken en liefst ook één loket waar inwoners terecht konden voor ondersteuning op alle levensgebieden (zie ook § 2.1.3). Deze ontwikkelingen vonden hun beslag in de oprichting van sociale teams, die een laagdrempelige toegang moesten vormen voor inwoners en die een sleutelrol zouden moeten spelen in het vinden van een nieuwe balans tussen het collectief dan wel individueel oppakken van hulpvragen en tussen het inzetten van professionals dan wel het informele netwerk van een cliënt. Integraliteit in werken was daarbij het toverwoord.

De verwachtingen die aan de transitie binnen het sociaal domein werden gesteld, waren hoog gespannen. Beleidsmakers stelden acht zogenoemde 'bakens Welzijn Nieuwe Stijl' op (Kamerstukken II 30597 nr. 206, 2010; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2010). Het stimuleren van eigen kracht van de inwoner, aansluiten bij sociale verbanden en netwerken en het zoveel mogelijk vermijden van verkokering van dienstverlening kwamen in deze bakens samen.

De hooggespannen verwachtingen zijn door Hilhorst en Van der Lans in het jaar van de start van de sociale teams (2015) vertaald naar tien 'decentralisatiebeloften', die elk op hun eigen manier en in meer of mindere mate de sociale samenhang in de hulpverlening aan inwoners moesten stimuleren. In box 4.1 worden deze decentralisatiebeloften weergegeven in een overzicht met een korte omschrijving (zie ook Teekman, Slendebroek-Meints & Pruim, 2016).

**Box 4.1 – Tien decentralisatiebeloften (Hilhorst & Van der Lans, 2015)**

| Belofte | Omschrijving |
|---|---|
| 1. Nabijheid in de wijk | De decentralisatie zal zorgen dat de anonieme verzorgingsstaat waar burgers in eerste instantie profiteerden van alle voorzieningen om wordt gebogen naar een herkenbare verzorgingsstad waar de burgers elkaar kennen en helpen bij voorkeur in de eigen wijk en straat. Daardoor verdwijnt de afstandelijkheid en is er meer nabijheid tussen de bewoners in de wijk. |
| 2. Integraal werken als uitgangspunt | De belofte van de drie decentralisaties is dat problemen op meerdere levensdomeinen in hun samenhang worden opgepakt. Van verkokerd werken naar het meer integraal oppakken van vragen die vaak over meerdere leefgebieden reiken en waar voorheen meerdere professional bij betrokken konden zijn. De sociale wijkteams zou een oplossing moeten bieden en zorgen voor ontschotting. Nu gaat men uit van één gezin, één aanpak en één professional. Binnen het team wordt het motto gehanteerd dat de professionals generalisten zijn voor de bewoners, maar specialist zijn binnen het team. |

| | |
|---|---|
| 3. Anti-bureaucratisch | De decentralisaties bevorderen snelle, heldere en zo nodige onorthodoxe oplossingen en hebben daardoor een anti-bureaucratische inslag. Zo wordt het wijkteam de oplossing voor elk probleem zonder dat gekeken is naar de voorwaarden om van sociale wijkteams daadwerkelijk een succes te maken. De radicale inzet van de wijkteams is immers een dubbele revolutie: het afbreken van de bureaucratie en het opbouwen van wat we sociale veerkracht noemen, het vermogen van mensen om met elkaar het heft in eigen hand te nemen. |
| 4. Inwoners aan zet | De decentralisaties beogen de rol van burgers te veranderen: ze zijn niet langer klanten van voorzieningen, maar eigenaren van (onderdelen van) de publieke zaak. Hun positie in de besluitvorming over zorg- en dienstverlening verandert van consument tot producent, van passief naar actief. |
| 5. Gelijkwaardige verhoudingen tussen professionals en inwoners | De decentralisaties geven vorm aan andersoortige horizontale en gelijkwaardige verhoudingen tussen professionals en burgers/amateurs (sociale netwerken en informele zorg). |
| 6. Ruimte voor professionals | De decentralisaties bieden meer ruimte aan professionals en bevrijden deze van al te strakke protocollen en gedetailleerde verantwoordingsregimes. |
| 7. Generalistische werkwijze | De decentralisaties doorbreken de verkokering en het daarbij opknippen van problemen in door specialisten behandelbare deelproblemen. Ze maken meer ruimte voor een generalistische werkwijze. |
| 8. Preventie | De decentralisatie zorgt ervoor dat het accent, zowel in de organisatie van dienstverlening als in de professionele handelingsrepertoire, nadrukkelijk op preventie komt te liggen. |
| 9. Integrale kosten-baten analyse | De decentralisaties bewerkstelligen dat de economie van de publieke sector wordt omgedraaid: preventie loont en er komen integrale kosten-baten analysen. |
| 10. Leefwereld van inwoners bevrijden van juk van systeemwereld | De decentralisaties zijn erop gericht de leefwereld van burgers te bevrijden van het juk van de systeemwereld, waardoor de krachten van de samenleving optimaal kunnen ontwikkelen. |

Het sociaal team, ook wel sociaal wijkteam, gebiedsteam, consulententeam, uitvoeringsteam of buurtteam genoemd, vormt dus een belangrijke pijler in de nieuwe manier van werken na de transities. Per (deel)gemeente moest er zo'n sociaal team komen; hoe men het team

en het werk organiseren moest, werd aan het eigen inzicht van de gemeente overgelaten, zo lang er maar sprake was van ontschotting van de zorg- en hulpverlening en er aangesloten werd bij de inwoners. Professionals met verschillende beroepsgroepen als achtergrond moesten elkaar zien te vinden en met elkaar samenwerken, met als verbindende factor het belang van de vragende inwoner. Professionals van verschillende snit moesten zich tot elkaar en samen tot de inwoner zien te verhouden.

Het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken heeft in de afgelopen jaren een aantal projecten uitgevoerd met deze nieuwe sociale teams of geïntegreerde teams, gericht op meer integrale samenwerking ten behoeve van inwoners. Nog vóór de transitie in het sociaal domein goed en wel wettelijk van start ging (per 2015), legde het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken de eerste contacten met enkele sociale teams in oprichting. De ontwikkeling van de teams en de capaciteiten van de professionals werden gemonitord in de drie jaren daarop volgend. In de projectbeschrijving 'onderzoek naar sociale teams in regio Zwolle' wordt de onderzoeksreeks van het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken hieromtrent nader toegelicht. Deze onderzoeken zijn uitgevoerd als onderdeel van de leerinfrastructuur voor sociale teams, die we als werkplaats vormgaven. Hieraan namen de teamleiders deel van sociale teams uit de regio en ook vertegenwoordigers van hbo- en mbo-opleidingen uit de regio (naast Viaa ook Windesheim, Deltion, Landstede en Menso Alting). Onderling wisselden we uit wat de laatste ontwikkelingen waren, zowel bij de gemeenten en in de sociale teams, als binnen de beroepsopleidingen, en stemden we af op welke onderwerpen stages, onderzoeken en aanpassingen in de curricula van studenten gewenst waren. Zo spanden we ons in om vanuit onze verschillende rollen (beleidsmakers, teamleiders, opleiders) ons goed aan te passen aan de nieuwe praktijk. Het monitoren van de ontwikkelingen van de sociale teams en de wensen voor verdere ontwikkeling van hun capaciteiten was hier een terugkerend onderdeel. Ook werden vanuit deze leerinfrastructuur nieuwe vragen geformuleerd voor onderzoeken rond concrete sociale teams.

In het verdere van dit hoofdstuk komen enkele spanningsvelden aan de orde, die voortvloeien uit de belangrijkste resultaten van drie van deze lectoraatsprojecten. Ze illustreren de hierboven vermelde in gang gezette beweging onderzoeksmatig. Het betreft de volgende projecten:

1. de longitudinale reeks onderzoeken onder sociale teams in een aantal gemeenten;
2. een onderzoek naar de balans tussen collectief en individueel werken, en tussen formeel en informeel werken door sociale wijkteams in Zwolle;
3. een begeleidend onderzoek bij het integraal gaan werken door professionals met beroepsmatig verschillende achtergronden (Jeugd, Wmo en Participatie) in Steenwijkerland.

In de projectbeschrijvingen worden deze onderzoeken op hoofdlijnen beschreven.

Op grond van deze onderzoeken is een aantal spanningsvelden geconstateerd tussen de verwachtingen van beleidsmakers en de weerbarstige praktijk van de professionals in het sociaal domein. Door de verwachtingen, geformuleerd in beide uitgangspunten voor de tran-

sitie binnen het sociaal domein (de bakens en de decentralisatiebeloften), naast de praktijk zoals professionals die ervoeren te leggen, worden deze spanningsvelden manifest. De vier spanningsvelden zijn achtereenvolgens:

1. ruimte voor de professional versus behoefte aan kaders;
2. integraal en generalistisch werken versus specialisatie;
3. aanpak hulpvragen collectief versus individueel;
4. aanpak hulpvragen formeel versus informeel.

## Onderzoek naar sociale teams in regio Zwolle

**Onderzoek:** een longitudinaal onderzoek onder sociale teams in Zwolle, Steenwijkerland, Ommen-Hardenberg en Elburg met metingen in 2015, 2016, 2017 en 2018.

**Deelnemende partijen:** sociale teams in Zwolle, Steenwijkerland, Ommen-Hardenberg en Elburg.

**Onderzoekers:** Christel Teekman, Eelke Pruim, Marco Algera, Jeannette Slendebroek-Meints en Marja Jager-Vreugdenhil (Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken).

### Beschrijving onderzochte praktijk

De ontwikkeling van sociale teams is over de jaren heen gevolgd, direct vanaf de start van de transitie.

### Onderzoeksvraag

Deze vier onderzoeken volgden professionals in sociale teams in het vinden van hun weg binnen de transitie en de daaruit voortvloeiende transformaties in het sociaal domein. Hun meningen over de organisatie en inhoud van hun werk werden gepeild, alsook de ontwikkeling van hun transitiecompetenties (in welke mate zijn ze in staat om de transitie te volbrengen?) en de scores op de bakens Welzijn Nieuwe Stijl.

### Onderzoeksmethode en respondenten

Na een nulmeting in 2015 in Zwolle en Elburg (n=66 professionals in sociale teams), volgde een jaar later een herhalingsmeting (n=69). In 2017 werd de onderzoekspopulatie uitgebreid met de gemeenten Ommen-Hardenberg en Steenwijkerland (n=138). In dat jaar vond ook een kwalitatieve verdieping plaats door het afnemen van diepte-interviews bij 16 Zwolse professionals. De vier interviewthema's waren generalistisch werken, eigen kracht, netwerkgericht werken en collectief werken. Het laatste rapport in deze serie verscheen in 2018 en had betrekking op Ommen-Hardenberg, Steenwijkerland en Zwolle (n=117). Waar mogelijk werden statistische verschil-analysen verricht.

### Hoofdlijn conclusies en aanbevelingen

Over het algemeen begonnen professionals in sociale teams energiek aan hun nieuwe opdracht met ingang van 2015. De verwachtingen waren hoog gespannen. De daarop volgende jaren werden sommige van die verwachtingen gerealiseerd, andere eerst wel, maar zakte het later wat in en weer andere aspecten lieten constant een licht dalende lijn zien.

Enkele voorbeelden van deze grilligheid in scores zijn de volgende. Grosso modo laten de meningen van professionals over de organisatie en werkbeleving een vrij constant scorebeeld zien, soms redelijk positief (bijvoorbeeld werkbeleving), soms wat ongunstiger (bij-

voorbeeld werkdruk). Competenties en vakinhoudelijke kennis namen gaandeweg toe, maar ook de registratiedruk. Aan de wens om kwaliteiten van inwoners in te zetten, kwam men vaak niet toe. Ook preventief werken bleek niet zo gemakkelijk in de dagelijkse praktijk te realiseren.

Het integraal werken is door professionals omarmd, dit in tegenstelling tot generalistisch werken. Hoewel het aantal generalisten in de teams leek toe te nemen, beschouwde circa de helft van de professionals dit als een aantasting van hun beroeps-identiteit of een achterhaalde werkwijze.

Uit de onderzoeken werd duidelijk dat professionals in sociale teams aan de ene kant ruimte nodig hadden om in hun rol te groeien, maar aan de andere kant ook kaders: procedures en regelgeving.

Het scorebeeld op de bakens Welzijn Nieuwe Stijl is grillig te noemen: sommige bakens scoorden stabiel hoog (zoals ruimte voor professional), andere consequent een stuk lager (zoals verhouding formeel/informeel werken en collectief/individueel werken) en weer andere gemiddelde scores fluctueerden nogal per meetjaar.

**Lees verder in de onderzoeksrapportages:**


- Teekman, C., Slendebroek-Meints, J., Pruim, E., & Jager-Vreugdenhil, M. (2015). *Uit de startblokken...; de eerste maanden van de sociale (wijk)teams in Zwolle en Elburg*. Zwolle: Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.
- Teekman, C., Slendebroek-Meints, J., & Pruim, E (2016). *In de running; een ronde langs de sociale (wijk)teams in Zwolle en Elburg*. Zwolle: Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.
- Teekman, C., Pruim, E., & Algera, M. (2017). *Laveren door het midden – een nieuwe ronde langs de sociale (wijk)teams in Zwolle, Elburg, Ommen-Hardenberg en Steenwijkerland*. Zwolle: Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.
- Teekman, C., Pruim, E., & Algera, M. (2018). *Koers houden – een nieuwe ronde langs de sociale (wijk)teams in Ommen-Hardenberg, Steenwijkerland en Zwolle*. Zwolle: Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.

## Onderzoek naar sociale teams in regio Zwolle

**Onderzoek:** een kwalitatief onderzoek onder professionals in sociale teams naar de (on) mogelijkheden om hulpvragen van inwoners collectief (gebundeld), individueel, formeel (professioneel) of informeel te beantwoorden.

**Deelnemende partijen:** Sociaal WijkTeams in Zwolle.

**Onderzoekers:** Christel Teekman, Ellen van Kampen, Eelke Pruim en Marco Algera (Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken).

### Beschrijving onderzochte praktijk

Sociale wijkteams in Zwolle komen lang niet altijd toe aan collectief werken. Ook zetten zij informele zorg (mantelzorgers, vrijwilligers) relatief minder vaak in als antwoord op hulpvragen van inwoners, terwijl dit volgens de bakens Welzijn Nieuwe Stijl wel de bedoeling is. Hoe komt dat en zijn de wil en randvoorwaarden aanwezig om hierin verandering te brengen?

### Onderzoeksvraag

De hoofdvraag ging over de mogelijkheden volgens professionals in de Zwolse Sociaal Wijkteams om hulpvragen van inwoners meer collectief te benaderen, in de zin van het bundelen ervan in een groepsgerichte aanpak. Waar staat op het moment van onderzoek elke professional en waar diens team en waarheen wil men (als afzonderlijke professional en als team) bewegen? Welke competenties zijn daarvoor nodig en in hoeverre vindt men al te beschikken over de juiste houding, kennis en vaardigheden?

### Onderzoeksmethode en respondenten

Drie vooronderzoeken legden de basis voor het hoofdonderzoek: een literatuuronderzoek, een kwantitatief vooronderzoek en een kwalitatief vooronderzoek. Het hoofdonderzoek betrof een serie diepte-interviews met professionals uit de Zwolse Sociaal WijkTeams (n=14) en een focusgroepsgesprek met experts.

### Hoofdlijn conclusies en aanbevelingen

Professionals in sociale teams zien de waarde van collectief werken (kort gezegd: bundelen van individuele hulpvragen, preventie en sociaal activisme) zeker in, maar komen daar in de praktijk lang niet altijd aan toe. Werkdruk en koudwatervrees lijken daaraan ten grondslag te liggen. Collectief werken wordt als geschikt beoordeeld in geval van onder andere lotgenotencontact, het aanleren van (sociale) vaardigheden of kennisoverdracht over een specifiek onderwerp. Minder passend zou groepsgericht werken zijn in geval van kwetsbare hulpvragen of hulpvragers. Al in het begin van het hulpverleningsproces zou overwogen moeten worden of de hulpvraag in aanmerking komt voor een collectieve aanpak.

Collectief werken biedt kansen (bijvoorbeeld vernieuwd aanbod), maar vergt daarvoor meer ruchtbaarheid. Gewaarschuwd wordt dat collectief werken niet bij elke professional als persoon past. De werkdruk belet professionals om (hun eerste) stappen op dit terrein te maken en een adequaat aanbod te ontwikkelen en voor een groep cliënten te durven staan. Gewerkt zou moeten worden aan een juiste attitude en meer kennis en vaardigheden om collectief te kunnen werken.

Respondenten hebben zichzelf gescoord op een assenstelsel, gevormd door de assen 'collectief–individueel' en 'formeel–informeel'. Waar staan ze zelf op dit moment en waar hun team en naar welke positie in het assenstelsel willen ze toegroeien? De meesten scoorden zichzelf en hun team op dat moment in het kwadrant linksboven, dat wil zeggen hoofdzakelijk individueel werken met inzet van professionals. Waarnaar men wilde toegroeien, was de positie richting met kruispunt, waar collectief en individueel beantwoorden van hulpvragen in evenwicht zijn en ook de formele inzet van professionals dan wel de informele inzet van het netwerk en vrijwilligers in balans is. Dit assenstelsel is na het onderzoek doorontwikkeld met een website en een digitale tool: www.collactief.nl.

**Lees verder in de onderzoeksrapportage en op de ontwikkelde website:**

- Teekman, C., Van Kampen, E., Pruim, E., & Algera, M. (2019). *Collectief en individueel werken in balans: hoe werkt het? Onderzoeksrapportage over de huidige (dis)balans tussen collectief en individueel werken door sociale wijkteams in Zwolle.* Zwolle: Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.
- www.collactief.nl

# Integraal werken door gemeentelijke teams Wmo, Participatie en Jeugd

**Onderzoek:** een waarderend onderzoek naar hoe integraal te gaan werken.

**Deelnemende partijen:** teams Participatie, Jeugd en Wmo van gemeente Steenwijkerland.

**Onderzoekers:** Marco Algera en Eelke Pruim, m.m.v. Ingrid Pouw en Sjoerd Haga (Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken).

## Beschrijving onderzochte praktijk

Team Jeugd en team Wmo van gemeente Steenwijkerland waren recentelijk al geïntegreerd. Nu moest team Participatie zich daarbij voegen met het oog op de integrale benadering van hulpvragen van inwoners.

## Onderzoeksvraag

De hoofdvraag van het onderzoek luidde als volgt: Welke werkzame elementen van integraal werken in de gemeente Steenwijkerland kunnen doorontwikkeld worden?

In de uitwerking van de hoofdvraag werd de focus gelegd bij wat professionals waarderen aan integraal werken, wat situaties zijn waarin integraal werken al effectief vorm krijgt, wat daarbij de werkzame elementen zijn en hoe de werkzame en effectieve principes van integraal werken uitgebouwd kunnen worden in Steenwijkerland.

## Onderzoeksmethode en respondenten

Het onderzoek bestond uit een serie interviews met Steenwijkerlandse gemeentelijke professionals en hun teamleiders, waarin onder andere werd opgehaald wat succesfactoren lijken te zijn om die nieuwe gezamenlijkheid te gaan vormgeven. De principes van het waarderend onderzoek (Appreciative Inquiry; Cooperrider & Whitney, 2005) werden hierbij toegepast. De resultaten uit deze ronde werden teruggekoppeld in een startbijeenkomst voor alle medewerkers: de eerste stap van het flankerende onderzoek om te komen tot handvatten voor (de voorbereiding van) de integratie van de drie specialisaties. Na deze presentatie gingen de aanwezigen met elkaar speeddaten, om medewerkers van een andere ‘bloedgroep’ (=specialisatie) te leren kennen als collega en te leren wat diens werk behelst. Verbinding werd gezocht in wat men elkaar zou kunnen bieden om het eigen werk nog beter in het belang van de inwoner te kunnen verrichten, waardoor deze meer samenhang in de hulpverlening zou kunnen ervaren. Daarna werden in een aantal deelsessies met een kleine, vaste, maar gemêleerde werkgroep concrete actiepunten opgehaald hoe integratie tussen de verschillende gemeentelijke werkvelden te bewerkstelligen.

## Hoofdlijn conclusies en aanbevelingen

Over integraal werken bestonden in Steenwijkerland verschillende beelden. Belangen konden hierbij schuren, bijvoorbeeld tussen diverse wettelijke kaders (niet alleen vak-inhoudelijke, maar ook de AVG), maar ook wel tussen professionals van afzonderlijke 'bloedgroepen'. Rekening houden met cultuur-aspecten binnen de drie (lokale) beroepsgroepen, bleek een belangrijk werkzaam element gevonden te worden door de medewerkers. Professionals vonden dat collega's met een andere opleidingsachtergrond niet altijd hun werk goed begrepen en gaven aan behoefte te hebben gewaardeerd te worden om ieders expertise. Elkaar en elkaars werk leren kennen, gedeelde werkplekken èn gedeelde visie, een veilige werksfeer en een faciliterende organisatiestructuur zijn nog meer werkzame factoren ten behoeve van integraal werken.

De winst van integraal werken lag volgens medewerkers in kortere lijntjes, meer afstemming, betere samenwerking, snellere doorverwijzing en minder bureaucratie.

Hoe integraal werken te bevorderen, werd besproken met een werkgroep, die aanbeval niet bij alles op integraliteit in te steken, omdat de hulpvragen voor een belangrijk deel daar niet om vragen. Zo moesten er ook mono-disciplinaire vergaderingen blijven bestaan. Fysiek en gemêleerd bij elkaar zitten in het gezamenlijke gebouw zou bijdragen aan de integraliteitsgedachte evenals samen huisbezoeken afleggen. Ook zouden werk-inhoudelijke spanningsvelden bespreekbaar gemaakt moeten worden.

**Lees verder in de onderzoeksrapportage:**


- Algera, M., & Pruim., E. (2020). *Integraal werken in Steenwijkerland; een onderzoek naar het integraal gaan werken door teams Jeugd, Wmo en Participatie – korter, meer, beter, sneller en minder.* Zwolle: Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.

## 4.2 Spanningsveld: Ruimte voor de professional versus behoefte aan kaders

In deze paragraaf wordt het eerste spanningsveld uitgewerkt. Het gaat over de mate waarin professionals enerzijds ruimte willen ervaren om hun professionaliteit te kunnen uitoefenen, maar anderzijds ook kaders gesteld willen hebben in de uitvoering van hun werk. Verschillende onderzoeken van het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken onderbouwen dit spanningsveld.

De start van de sociale teams vond plaats terwijl de hulpverlening onderhand gewoon moest doorgaan. De nulmeting van begin 2015 wees uit dat professionals in sociale teams vol goede moed aan de nieuwe werkwijze van de sociale teams begonnen. Naar eigen zeggen van professionals was het doel van het team redelijk helder, mocht men z'n eigen weg daarin wat vinden en leken de (emotioneel-relationele) voorwaarden aanwezig voor goede samenwerking met nieuwe collega's met beroepsmatig een andere achtergrond. Respondenten gaven te kennen zeer goed in staat te zijn om anderen (collega's of teamleider) om hulp of advies te vragen. Professionals dachten aan het begin (2015) zich prettig te (gaan) voelen bij de nieuwe manier van werken.

Baken 8 van Welzijn Nieuwe Stijl is gebaseerd op ruimte voor de professional (zie box 4.2). Hierop worden in onze onderzoeken bijna steevast de hoogste scores gegeven door de respondenten: bijna iedereen bleek die professionele ruimte in 2018 in meer of mindere mate te ervaren, waarbij er nauwelijks sprake is van wijzigingen in gemiddelde score per meetjaar.

Hoewel sommige aspecten van de werkbeleving dus een redelijk gunstig en overigens ook vrij constant scorebeeld te zien gaven over de jaren heen, was dat niet het geval voor andere werkbelevingsaspecten. De verlangde professionele ruimte leek daardoor bedreigd te worden. Zo leverde de mening over de *workload* en het kunnen afkrijgen van het werk binnen de gestelde tijd, ongunstigste scores op, ook nu weer redelijk onveranderlijk qua meetjaar. Een andere, negatieve verwachting die in 2015 werd geuit, betrof de registratiedruk, die volgens twee derde van de professionals vast niet ging afnemen in de nieuwe constellatie. Deze verwachting werd voor de helft van de professionals bewaarheid in 2016, maar de scores verslechterden in 2017 sterk en in 2018 nog iets meer: een toenemend aantal professionals in de onderzochte sociale teams ervoer de registratiedruk als problematisch.

In 2018 waren vier op de vijf professionals het hooguit *ten dele* eens met de stelling die aangaf dat het werk zodanig uitgevoerd kon worden dat het voldeed aan hun eigen normen voor werkkwaliteit. Paradoxaal genoeg scoorden ondervraagde professionals in sociale teams de kwaliteit van hun hulpverlening als team als voldoende; dit aantal nam elk jaar een klein beetje toe tot in 2018.

Het kwalitatieve onderzoek (2017) zoomde nog wat verder in op de randvoorwaarden waaronder gewerkt wordt. Professionals bleken de vele wijzigingen in hun werkuitvoering wel zat. Ook voelden zij zich soms klem zitten tussen overheidsbeleid, dat insteekt op eigen kracht,

collectief werken of de inzet van het informele netwerk, terwijl de inwoner zelf helemaal niet altijd daarop zit te wachten. Ook het breed verkennen van de hulpvraag, maar onderhand wel sturen richting participatie, deed voor sommigen aan als een paradoxale beleidsopdracht. Tijd leek de grootste vijand van de professionals in sociale teams: elk overleg, elke training, elke administratieve handeling kost tijd, die al zo beperkt is door de grote caseload, met wachtlijsten bovendien.

Samenvattend kan gesteld worden dat de ruimte om professioneel de vleugels te kunnen uitslaan, er wél is als het gaat om de taak-inhoud van de nieuwe werkwijze, maar daar waar het de organisatorische context betreft, wordt die ruimte juist eerder gemist. Toch is dàt niet zo zeer het geconstateerde spanningsveld, omdat het in beide gevallen gaat om gewenste professionele ruimte, zij het in het ene geval meer en in het andere geval minder gerealiseerd.

Wat namelijk óók uit de onderzoeken naar voren kwam, was dat professionals de behoefte hadden aan kaders en regelgeving, die doorgaans toch als inperking van de professionele ruimte gezien kunnen worden. Al vanaf de start van de sociale teams in 2015 werd duidelijk dat – naast professionele ruimte – professionals paradoxaal genoeg ook behoefte hadden aan kaders: procedures, standaardisering en regelgeving. In 2018 waren drie op de vijf professionals naar eigen zeggen deels op de hoogte van de bestaande kaders, toch wel een lichte verbetering ten opzichte van de tussenliggende jaren. Niet voor niets was één van de aanbevelingen in het longitudinale onderzoek (Teekman, Pruim & Algera, 2017, p. 112): "Bespreek met professionals het politieke krachtenveld, waarin zij moeten opereren. Enerzijds worden zij aangesproken op hun professionele kracht, maar merken anderzijds dat zij impliciet gebonden zijn aan bestaande kaders en worden geacht beleid uit te voeren". Dat politieke krachtenveld is in belangrijke mate ontstaan doordat in de onderzochte gemeenten de gemeentelijke overheid zelf opdrachtgever werd van sociale teams.

De behoefte aan duidelijke kaders gold ook in sterke mate voor de ambtenaren die in geïntegreerde teams moesten gaan werken in Steenwijkerland (zie projectbeschrijving 'Integraal werken door gemeentelijke teams Wmo, Participatie en Jeugd'). Vragen als: wat houden diverse wetten, die ik nu ook moet gaan uitvoeren, in de praktijk in, waaraan heb ik me te houden, kan ik dit voorstel aan een inwoner wettelijk gezien wel of niet doen? Duidelijkheid over (de praktische consequenties van) regelgeving helpt professionals in het sociaal domein om adequaat invulling te geven aan hun werk.

Toch gold dit spanningsveld ook weer niet voor iedereen: in de verdiepende interviews uit 2017 vertelde een voormalig Participatie-ambtenaar in haar vroegere werk veel meer vast te zitten aan procedures en regelgeving, maar nu als lid van het sociaal team veel meer creativiteit in haar handelen aan de dag te kunnen leggen.

Kortom: doorgaans is een spanning bij professionals te constateren tussen de behoefte aan enerzijds ondersteunende en richtinggevende kaders en anderzijds professionele ruimte om naar eigen inzicht te kunnen (of mogen) handelen.

**Box 4.2 Scores op de bakens 'Welzijn Nieuwe Stijl'**

De items die onderliggend waren aan de bakens Welzijn Nieuwe Stijl (Kamerstukken II, 30597 nr. 206, 2010; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2010), werden in de eerste drie onderzoeksjaren aan respondenten voorgelegd met de vragen aan de hand waarvan kon worden vastgesteld in hoeverre zij elk baken goed konden vormgeven. In 2018 werd gestreefd naar item-reductie om de vragenlijst korter te maken, reden waarom de bakens in de analysefase niet langer berekend konden worden. De bakens bestrijken diverse van de in hieronder uitgewerkte decentralisatiebeloften. In tabel 4.1 worden de scores op de bakens per meting weergegeven.

**Tabel 4.1 – Scores (5-puntsschaal) op bakens Welzijn Nieuwe Stijl door de jaren heen; regio Zwolle**

| Baken | 2015 | 2016 | 2017 |
|---|---|---|---|
| 1. gericht op vraag achter vraag | 4.62 | 4.71 | 4.55 |
| 2. gebaseerd op eigen kracht van burger | 4.68 | 4.65 | 4.59 |
| 3. direct erop af | 3.62 | 3.70 | 3.96 |
| 4. formeel en informeel in optimale verhouding | 3.54 | 3.36 | 3.71 |
| 5. doordachte balans van collectief en individueel | 3.56 | 3.56 | 3.82 |
| 6. integraal werken | 3.86 | 3.95 | 4.35 |
| 7. niet vrijblijvend, maar resultaatgericht | 4.80 | 4.36 | 4.45 |
| 8. gebaseerd op ruimte voor professional | 4.70 | 4.76 | 4.74 |

Tabel 4.1 laat zien dat er geen patroon te ontdekken viel wat betreft de verschillen tussen de scores op de bakens al naar gelang het meetjaar: soms een licht neergaande lijn (baken 2), soms een licht opgaande lijn (baken 3 en 6), soms een piek(je) in 2016 met een terugval in 2017 (baken 1 en 8) of juist een 2016-dip(je) met herstel in 2017 (baken 4 en 7).
De verschillen tussen scores op de bakens in 2015 en 2016 waren niet erg groot. Alleen de mate van resultaatgerichtheid (baken 7) scoorde in 2016 een stuk lager dan de uitgangssituatie. De verschillen tussen 2016 en 2017 waren groter, soms in negatieve zin (baken 1), maar vaker in positieve zin (baken 3, 4, 5 en 6). Vergelijking over de drie jaren heen leerde dat de laatst genoemde vier bakens ook per saldo progressie vertoonden en vooral baken 7 een achteruitgang.
Werden niet de jaren onderling met elkaar vergeleken, maar de bakens zelf, dan bleek dat baken 4 en 5 steevast als laagste uit de bus kwamen. Dit betrof het evenwicht in (in)formeel werken dan wel in hulpvragen collectief of individueel oppakken.

## 4.3 Spanningsveld: Integraal en generalistisch werken versus specialisatie

Voortvloeiend uit de leerinfrastructuur voor sociale teams in de regio, ontstond in Steenwijkerland de behoefte aan flankerend onderzoek bij het integraal gaan werken van afdeling Participatie (de Sociale Dienst) samen met de afdelingen Jeugd en Wmo, die in een eerder stadium al geïntegreerd waren. Met het oog op integraal werken en om niet de organisatie van het sociaal domein leidend te laten zijn, maar de hulpvraag van de inwoners in al z'n breedheid, werd geprobeerd deze drie teams verder te vervlechten. Een hulpvraag zou dan breed (integraal) benaderd worden en niet vanuit de kokervisie van één van de gemeentelijke afdelingen. Daarmee zou bereikt moeten worden dat de hele inwoner wordt gezien en hij of zij niet gecompartimentaliseerd wordt langs de lijnen van de 'bloedgroepen' (de drie afzonderlijke afdelingen). Hierdoor moest domeinoverstijgende samenhang ontstaan in de hulpverlening aan inwoners.

Een verdiepend onderzoek naar integraal werken vond plaats. In diepte-interviews werd medewerkers van Participatie, Jeugd en Wmo allereerst uitgenodigd zelf 'integraal werken' te definiëren. Gevraagd naar welke beelden respondenten hadden van integraal werken, konden zij een kaartje uitkiezen uit een grote stapel beeldmateriaal of zelf iets tekenen. Iemand vertelde het volgende bij het gekozen plaatje (Algera & Pruim, 2020):

> "We zien een zandkasteel met allemaal raampjes, met daar allemaal lichtjes in. Als ik denk aan een ideaalbeeld van integraal werken, dan denk ik dat het goed zou zijn, dat we met z'n allen bij elkaar zitten, maar dat iedereen wel z'n eigen raampje, z'n eigen expertise heeft. Dan maakt het niet veel uit waar je zit, maar dat je elkaar kunt vinden, waar nodig. De verbinding moet er wel zijn; de lichtjes branden overal" (Professional geïntegreerd team Steenwijkerland).

Andere afbeeldingen drukten 'samenwerking' of 'vereende krachten' uit. Eén respondent vergeleek integraal werken met een veld met stekelige cactussen.
De respondenten kwamen desgevraagd met onder andere de volgende omschrijvingen van 'integraal werken' (Algera & Pruim, 2020):

- één aanspreekpunt voor inwoner/cliënt, 'los' van wetten, meerdere leefgebieden bestrijkend;
- samenwerking tussen professionals, met het (gevarieerde) belang van inwoner/cliënt voor ogen;
- meebewegen, tegemoetkomendheid;
- elkaars vakgebied (een beetje) kennen.

In 2015 waren bij de sociale teams de verwachtingen ten aanzien van de integrale manier van werken – ervaringen waren er na een paar weken na oprichting uiteraard nog nauwelijks – hoog gespannen: rond driekwart van de ondervraagde professionals in sociale teams was ronduit positief als het ging om hun eigen werk en plek daarin. In 2017 werd (eenmalig) gevraagd hoe de samenwerking nog kon verbeteren; dat bleek met name gelegen te zijn in

het samen met een collega (van andere 'origine') op stap gaan en elkaar feedback te geven. Positief was daarbij dat de mogelijkheden voor het geven van feedback de aanvankelijke verwachtingen leek te overtreffen. Door de jaren heen wist men vooral vergaderingen steeds beter te benutten om elkaar van feedback op de werkwijze te voorzien; de 'wandelgangen' bleven al die tijd een nagenoeg constant gebruikte optie voor opbouwende kritiek.
Vier op de vijf professionals dachten in 2015 dat vanwege de samenstelling van het sociaal team de hulpverlening beter zou gaan aansluiten bij de inwoner. Na een dip in 2016 was er sindsdien een stijgende lijn te ontwaren, uitmondend in nog maar enkelen die de integrale samenstelling van het team *niet* konden waarderen. Steeds was men ervan overtuigd dat men als team alle hulpvragen aankon qua aard. In 2018 bracht vrijwel elke professional de hulpvraag integraal in kaart en werkte indien nodig samen met professionals van buiten het team. Met zulke (zorg)aanbieders verliep de samenwerking in het gros van de gevallen positief.
Professionals in sociale teams toonden zich in 2015 erg leergierig: ze vonden het overwegend van belang nieuwe kennis en vaardigheden te kunnen opdoen. Gedurende de hele serie metingen bleef dit aspect hoog scoren. Geloof in het eigen kunnen was er wel, in de benodigde kennis om integraal te kunnen werken aanvankelijk duidelijk minder.
De scores op baken 1 (gericht op vraag achter vraag; zie box 4.2) vertoonden over de jaren heen maar weinig verschil en waren hoog. Baken 6 (integraal werken) daarentegen liet zeker tussen 2016 en 2017 progressie zien.
Uiteraard verwachtte men vanaf de start van de sociale teams meer generalistisch te gaan werken dan voorheen. In de daarop volgende jaren gaven professionals in de vragenlijsten inderdaad steeds vaker aan dat ze zichzelf meer generalist dan specialist voelden; in 2018 gold dat voor de ruime helft van de ondervraagde professionals. Het aandeel generalisten leek dus toe te nemen.

Ook de Steenwijkerlandse gemeente-ambtenaren die integrale teams van Participatie, Jeugd en Wmo moesten vormen, waren vóór de samensmelting positief gestemd over de winst van de nieuwe werkwijze. Verder was men gretig om andere collega's van naam en qua werk-inhoud beter te leren kennen. De respondenten hadden met elkaar een aardig beeld van werkzame elementen aangaande integraal werken. Zo zagen zij onder andere de volgende zaken als voorwaardenscheppend:
- elkaar(s werk) leren kennen en ook de grenzen daarvan;
- bij elkaar zitten (fysiek, casuïstiek-bespreking);
- gedeelde visie, transparantie;
- flexibele, leergierige medewerkers;
- platte organisatie.

De volgende aspecten zouden volgens de geïnterviewde professionals verder uitgebouwd kunnen worden, om daarmee een integrale aanpak verder in de hand te werken:
- kwetsbaarheid, "vertrouwen om te kunnen botsen zonder dat er conflicten ontstaan";
- openheid, veiligheid (fouten maken mag, intervisie);
- elkaar tijdig bij een casus betrekken (multidisciplinair overleg);

- kennis van elkaars kracht, expertise, netwerk;
- praktisch: dicht bij elkaar zitten, elkaar ontmoeten;
- zichtbare leidinggevenden met kennis van het werkveld;
- gezamenlijk registratiesysteem.

In het onderzoek werd gevraagd naar wat als de meerwaarde van integraal werken werd gezien. De grote lijn liet zich samenvatten met de volgende woorden: korter, meer, beter, sneller en minder. Alle drie specialisaties waren van mening dat ten gevolge van integraal werken en het ook fysiek bij elkaar in één gebouw zitten, de lijntjes tussen de specialisaties korter zouden worden en dat dat winst zou zijn voor de inwoners. In het verlengde daarvan werd opgemerkt dat er meer afstemming zou zijn voor de inwoner die een vraag heeft die zich over meerdere leefgebieden uitstrekt en dat de kwaliteit van de geboden hulp bij multi-problematiek vermoedelijk zou toenemen. Ook zou er door het samenvoegen van specialisaties meer informatie onder één dak komen en tevens zou er meer inzicht in elkaars werkzaamheden komen. 'Beter' zou naar verwachting de samenwerking zijn als gezamenlijk doelen voor de inwoner opgesteld konden worden. In casusbesprekingen zou beter kennis gedeeld kunnen worden over cliënten, die gelijktijdig bij twee of meer specialisaties in beeld zijn, waardoor een beter, completer beeld van een cliënt(systeem) kon ontstaan. Sneller zou het doorverwijzen kunnen plaatsvinden, de kennisdeling zou (naast beter ook) sneller plaatsvinden. Minder bureaucratie en slechts één loket voor de hulpzoekende inwoner werden ten slotte ook als resultaten van integraal werken verwacht (Algera & Pruim, 2020).

Een volgende onderzoeksronde richtte zich op wat de ene medewerker van de medewerker van een andere specialisatie nodig had om zelf goed te kunnen functioneren. Wat men van elkaar dacht nodig te hebben, was vooral opgepikte cliëntgebonden signalen, die wellicht ook voor een andere bloedgroepen van belang zouden kunnen zijn in de uitvoering van hun werk; een warme overdracht zou al heel fijn zijn. Daarnaast bood men elkaar aan toelichting te geven over het wettelijk kader van waaruit men werkt. Efficiëntere samenwerking bij meervoudige problematiek, korte lijntjes, het functioneren als *sparring partner* en het vermijden van bureaucratie (raakvlakken vertonend met enkele decentralisatiebeloften; zie box 4.1) waren andere zaken die professionals in sociale teams van verschillende huize elkaar (en de inwoner!) te bieden hadden. Cases op het vlak van sociale activering werden geregeld genoemd als mogelijkheden om elkaars krachten te benutten.

Ook al praatten de medewerkers (in verschillende samenstellingen) in totaal maar een half uurtje met elkaar, toch hadden die *speeddates* heel wat opgeleverd. Op persoonlijk vlak ging het om ontmoeting van collega's werkzaam in een ander domein en het proeven van openheid, vertrouwen en enthousiasme om de voorliggende uitdaging integraal te gaan werken samen in maatwerk waar te maken. Meer inhoudelijk was men soms verbaasd hoeveel er gebeurt in het andere domein en dat bij de ander veel te halen is voor het eigen functioneren. Raakvlakken tussen domeinen werden geconstateerd en tevens dat het waardevol was kennis van elkaars werk te hebben en daarmee verder te kijken dan het eigen vakgebied.
Door het fysiek bij elkaar zitten zou het integrale denken versterkt kunnen worden en de lijn-

tjes verkort. Verder zou men zo meer inzicht kunnen krijgen op elkaars werkzaamheden en manier van denken. Het draaien van bureaudiensten en met elkaar meegaan op huisbezoek leken dienstbaar aan de integratie-gedachte.

Bij zoveel positieve verwachtingen rond de meerwaarde van integraal en generalistisch werken, rijst de vraag: vond de overgang naar integraal en generalistisch werken dan zonder slag of stoot plaats? Zeker niet, want het gemis van de beoefening van het 'eigen' specialisme werd zeker gevoeld in het werkveld.

Door generalistisch werken lag taakverschraling wel op de loer, waarschuwde een deel van de respondenten van het longitudinale onderzoek destijds. *Grosso modo* ervoer in elk meetjaar de helft van de professionals dat er aan de eigenheid van hun vakgebied werd getornd door generalistisch werken. In 2018 vond bijna iedereen het dan ook belangrijk de eigen vakinhoudelijke kennis blijvend te kunnen inzetten. In 2017 vond echter bijna de helft van de respondenten generalistisch werken een achterhaalde werkwijze en had men geen behoefte zich het generalistisch werken méér aan te meten (items eenmalig in de vragenlijst opgenomen). Eerder in deze paragraaf kwam al naar voren dat men zich in toenemende mate als generalist beschouwde. Kennelijk zat men daarbij wel aan het plafond van wat als wenselijk ervaren werd door professionals zelf.

Dat integraal werken geen sinecure is, bleek wel uit de variëteit aan botsende belangen die de Steenwijkerlandse respondenten in dit kader signaleerden. Opvallend vaak werd de term 'schuren' in dit verband genoemd. Het ging hierbij om bijvoorbeeld verschillende (soms tegengestelde) wettelijke kaders met hun eigen systeemwerelden. Zo heerste er nog hokjesgeest en werden er schotten waargenomen tussen de uitvoeringspraktijken van de verschillende wetten. Het volgende citaat was ingegeven door werkdruk: "Haalbaarheid is dan meer realistisch dan dat wat wenselijk is". Ook de privacy-wetgeving (AVG) kon de integraliteit van het hulpaanbod bemoeilijken. Pregnanter waren er ook persoonlijke, anders gerichte belangen, die veelal onder het kopje 'weerstand tegen verandering' geschaard konden worden. *"In der Beschränkung zeigt sich der Meister"* ofwel "Schoenmaker, blijf bij je leest", zo vatte een respondent een gevoel samen.

Elk van de drie specialisaties Wmo, Jeugd en Participatie kende vanuit de eigen opleiding al een andere werkvisie; verschillen waren bijvoorbeeld controle versus casusregie of doen versus denken en reflectie. Sommige respondenten vonden integraal werken in wezen een aantasting van hun beroepseer: "Anderen begrijpen mijn werk niet goed" en "Waardeer mijn expertise", zeiden ze, daarmee vragend om erkenning. Medewerkers gaven ook aan, dat bij het realiseren van integraal werken rekening gehouden moest worden met cultuur-aspecten van de verscheidene gemeentelijke afdelingen.

Ook een werkgroep, die concrete acties moest voorbereiden in aanloop naar integraal werken, stelde voor, mede lerend van eerdere ervaringen (samenvoeging Wmo en Jeugd), dat niet alle overleggen multi-disciplinair moesten zijn en ook mono-disciplinaire vergaderingen zouden

gehandhaafd moesten worden. Immers: ook lang niet alle cases hadden een multi-disciplinaire aanpak nodig.

Kortom: hoewel het nut van integraal werken door vrijwel alle professionals werd onderschreven, was dat niet het geval ten aanzien van generalistisch werken. Hoewel het aantal zelfverklaarde generalisten toenam, wilde men toch ook bijblijven op de eigen oorspronkelijke beroepsinhoud. Generalistisch en integraal werken bedreigde het vak-eigene, vond men.

Vanuit het kwalitatieve onderzoek onder professionals in sociale teams (2017) wordt een aantal oplossingsrichtingen geboden voor het geconstateerde spanningsveld. Om de handelingsverlegenheid die leeft onder professionals als het gaat om hulpvragen van buiten het eigen, oorspronkelijke vakgebied, aan te pakken kan kennis van de sociale kaart en ter zake doende wetgeving helpen. Effectief lijkt ook te zijn het meelopen met of consulteren van een collega van een 'andere bloedgroep'. Ook zelf gaandeweg meer ervaring opdoen kan behulpzaam zijn om onzekerheid wat weg te nemen. Al te strikt generalistisch werken heeft niet ieders interesse ("voor scootmobiels aanmeten heb ik als maatschappelijk werker niet gekozen") of kan zelfs schadelijk zijn ("daar komen brokken van"). Een veel gekozen pragmatische oplossing van dit spanningsveld is als individuele professional wel breed te kijken naar de context van de hulpvrager, maar verder als team generalistisch zijn in het inhoudelijk oppakken van allerlei hulpvragen. De consequentie daarvan is echter dat de insteek 'één gezin – één gezicht' wordt losgelaten.

## 4.4 Spanningsveld: Aanpak hulpvragen collectief versus individueel

Het derde spanningsveld betreft het al dan niet collectief beantwoorden van hulpvragen van inwoners door het sociaal team. Collectief werken (en ook informele zorg inzetten) wordt door de overheid gepropageerd (Kamerstukken II 30597 nr. 206, 2010; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2010) en ook de beroepsgroep zelf lijkt de meerwaarde hiervan in te zien (Teekman, Van Kampen, Pruim & Algera, 2019), maar van professionals in de leerinfrastructuur voor sociale teams hoorden we toch in de loop van de jaren dat de realisatie van deze insteek achterblijft bij de wensen. 'Individueel werken' is voor de meeste professionals in sociale teams de standaard.

Om na te gaan welke vragen er bestonden in de teams zelf is een kwantitatief vooronderzoek gedaan (Teekman, Van Kampen, Pruim & Algera, 2019). Daaruit bleek al wel dat de overgrote meerderheid van de professionals in sociale teams in het collectief benaderen van individuele hulpvragen een meerwaarde zag, hoewel minder dan de helft van hen hulpvragen van inwoners aan elkaar daadwerkelijk probeerde te verbinden. Twee derde van de professionals achtte zich zelf competent om collectief te werken. De bevindingen van dit vooronderzoek lieten zich grofweg samen te vatten als: ik zou het moeten doen, ik kan het ook wel wat, maar ik doe het (nog) niet (Teekman, Van Kampen, Pruim & Algera, 2019). In alle gemeenten waar we het onderzoek onder sociale teams deden was ook het beeld dat de professionals in

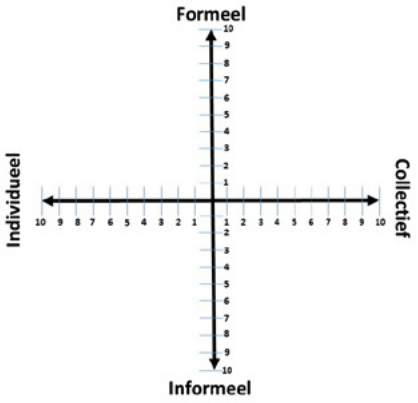
de teams zichzelf op het baken Welzijn Nieuwe Stijl nr. 5, 'doordachte balans van collectief en individueel', relatief laag scoorden (zie box 4.2). Waarom schuurt het beleid hier met de praktijk?

Om het schuren tussen beleid en praktijk op het gebied van collectief werken te onderzoeken, is verder onderzoek gedaan aan de hand van een assenstelsel dat hieronder geïntroduceerd wordt. Aan de hand van dit assenstelsel en een concept definitie van 'collectief werken', is met professionals in de Zwolse Sociaal Wijkteams gesproken over wanneer collectief werken wel of niet ingezet zou moeten worden en wat kansen en belemmeringen hierbij zijn. Ook is onderzocht welke kennis, houding en vaardigheden zij hiervoor nodig hebben. Hieronder worden de uitkomsten van dit onderzoek uitgewerkt. Ook wordt gepresenteerd waar professionals in sociale teams zichzelf en hun team nu en in de toekomst positioneren op het assenstelsel met als assen 'individueel – collectief' en 'informeel – formeel' en hoe dat assenstelsel doorontwikkeld is.

### 4.4.1 Balans of disbalans in aanpak hulpvragen door sociale teams

Voor dit onderzoek is een assenstelsel ontworpen waarmee we in gesprek gingen met de sociale teams in Zwolle. Het assenstelsel is opgesteld naar aanleiding van het eerdere kwantitatieve onderzoek onder de sociale teams, waarin de lage scores op twee bakens Welzijn Nieuwe Stijl elk jaar opvielen: de balans tussen collectief versus individueel werken enerzijds en tussen formeel en informeel werken anderzijds (zie ook box 4.2). Ook andere bronnen (Ministerie van VWS, 2010; Binkhorst, 2016; Hilhorst & Van der Lans, 2016; Movisie, 2018) gaven aanleiding de balans tussen deze insteken nader te bestuderen. Als deze twee begripsparen in een assenstelsel uitgezet worden, dat ontstaat iets als afgedrukt in figuur 4.1. Kort gezegd wordt met 'collectief werken' – naast de aspecten preventie en sociaal activisme (zie box 4.3) – groepsgewijze beantwoording van individuele hulpvragen bedoeld; met 'formeel werken' de inzet bij hulpverlening van professionals en met 'informeel werken' het gebruikmaken van mantelzorgers en het sociale netwerk van inwoners.

**Figuur 4.1 – Assenstelsel gebruikt voor het visualiseren van de balans formeel-informeel en collectief-individueel werken door sociale teams (zie Teekman, Van Kampen, Pruim & Algera, 2019).**



Met enkele professionals uit elk van de vijf Sociaal Wijkteams in Zwolle is een verdiepend interview gevoerd aan de hand van dit assenstelsel. In deze interviews werd eerst verkend wat het beeld van de professional was van collectief werken. Eerst werd hier een open vraag over gesteld, daarna werd een bestaande, drieledige definitie van collectief werken besproken (box 4.3).

**Box 4.3 – Definitie van collectief werken (naar: Binkhorst, 2016; Scholte & Sprinkhuizen, 2017)**

**Collectieve benaderingswijze**

Een collectieve benaderingswijze is een aanpak van professionals met drie doelen:

1. (individuele) hulpvragen van inwoners met elkaar verbinden van waaruit een collectief aanbod gevormd kan worden (of waarbij op iets bestaands kan worden aangesloten);
2. aansluiting vinden op basisvoorzieningen in de wijk, preventie realiseren en/of het bevorderen van het sociaal functioneren van inwoners, eventueel in hun netwerk;
3. (waar mogelijk) doorzien van systeem-, maatschappelijke of samenlevingsvragen.

De Zwolse wijkteamprofessionals vatten in eerste instantie 'collectief werken' op als een bundeling van professionals in het beantwoorden van individuele hulpvragen van inwoners; ze legden dus eerder de associatie met integraal werken. Eigenlijk is dit een spanningsveld(je) op zich: de gebezigde taal laat ruimte voor een andere invulling van het begrip 'collectief werken'. Nadat hun de definitie uit box 4.3 was voorgelegd, onderschreven de geïnterviewde professionals die wel.

Als voor veel professionals in sociale teams de eerste neiging is om hulpvragen per individuele inwoner op te pakken, rijst de vraag of er dan specifieke indicaties of ook contra-indicaties voor collectief werken bestaan. Volgens de ondervraagde professionals was collectief werken geëigend als sprake was van lotgenotencontact, het aanleren van (sociale) vaardigheden (weerbaarheid, assertiviteit, eenzaamheidsbestrijding, schuldenproblematiek) of specifieke kennisoverdracht (puberbrein). Contra-indicaties voor collectief werken waren er naar hun mening echter ook. Voorbeelden daarvan waren bepaalde Wmo-voorzieningen (aanmeten van een rolstoel), kwetsbare hulpvragers, schaamte, autisme of psychiatrische problematiek en complexiteit van de hulpvraag. Het zou altijd de inschatting van de professional moeten zijn of een hulpvraag individueel dan wel collectief wordt aangepakt, vonden de respondenten. Het kon volgens professionals ook gepast zijn om individueel te beginnen om daarna de hulpvrager naar een groepsgewijze aanpak te laten doorstromen.

Aan professionals werd de vraag voorgelegd of elke fase in het hulpverleningsproces geschikt is om in te zetten op collectief werken. Volgens hen waren momenten in het hulpverleningsproces waarop overwogen zou kunnen worden of collectieve aanpak mogelijk is, vooral bij het eerste contact met het wijkteam: de aanmelding en daarna de doorgeleiding van de hulpvraag. Een tweede belangrijk moment kon zijn wanneer het hulpverleningsplan (na pro-

bleemanalyse en de bepaling van de doelen en specifieke inzet van hulp) opgesteld wordt. Bij de evaluatie had het geen nut meer.

Kortom: hoewel collectief werken ingezet zou kunnen worden bij tal van hulpvragen en op diverse momenten in het hulpverleningsproces, waren er volgens professionals ook zeker situaties waarbij collectief werken niet de meest geschikte hulpverleningsvorm is en de hulpvraag juist individueel met die ene hulpvrager opgepakt moet worden. Het is aan de professional om in te schatten wat in bepaalde contexten geëigend is.

Een andere vraag was welke kansen professionals in sociale teams zien voor collectief werken en welke mogelijke bedreigingen. Vanuit de diepte-interviews met professionals in sociale teams kan geconcludeerd worden dat er zowel kansen voor collectief werken aangegeven worden als ook bedreigingen voor (meer) collectief werken. Een kans zou zijn dat een collectief aanbod nieuwe perspectieven leek te openen voor professionals in sociale teams: het moderniseren van het hulpaanbod. Dat zou het sociaal team met de eigen kennis en expertise zelf kunnen doen, maar ook werd geopperd dat in samenwerking met andere partijen, al dan niet in het voorliggend veld, te doen. Collectief aanbod moest naar mening van de respondenten ook beter 'in de markt' gezet worden: meer ruchtbaarheid geven aan nieuw aanbod. Ook zichtbaarheid van het sociale team in de wijk maakte onderdeel daarvan uit. Collectief werken zou een manier van preventief werken kunnen inhouden (zie ook box 4.3). Door de professionals werd aanbevolen collega's alleen op een groepsgewijze aanpak in te zetten als dat ook bij hen past.

Twee belemmeringen voor collectief werken zijn in het voorgaande al aangestipt: deze werkvorm moest zowel bij de professional passen als ook bij de hulpvrager (of de aard van diens hulpvraag). Geforceerd collectief bezig zijn doet geen recht aan de professional noch de hulpvrager, zo vond men. Organisatorisch werden de nodige obstakels op de weg gezien: de werkdruk (caseload) verhinderde voor velen de mogelijkheid tijd te kunnen maken om collectief aanbod te ontwikkelen. Ook was het minder snel zichtbaar zijn van resultaat nadelig in de ogen van de respondenten, zeker als er sprake was van meer acute problematiek. Naast benodigde, maar niet altijd vanzelfsprekende samenwerking met professionals van andere organisaties, leken de gescheiden financieringsstromen een belangrijke hinderpaal om tot collectief werken te komen.

Kortom: collectief werken biedt nieuwe mogelijkheden, niet alleen ten behoeve van de inwoner, maar ook voor het sociaal team. De belemmeringen liggen voornamelijk op organisatorisch vlak.

Zeker voor professionals in sociale teams die van origine geen opbouwwerkers zijn, ligt collectief werken buiten hun comfortzone. Beschikken zij wel over de juiste informatie, attitude en capaciteiten om groepsgericht te kunnen werken? Tijdens de diepte-interviews gaven professionals in sociale teams vooral allerlei houdingsaspecten aan om collectief werken mogelijk te maken. Woorden als lef, doorzettingsvermogen, bereikbaarheid, gericht op con-

tacten met andere professionals, samenwerking, afstemming en flexibiliteit werden gebruikt om een juiste attitude voor een groepsgewijze aanpak te omschrijven. Voor de benodigde kennis hadden professionals minder woorden nodig: kennis van 'voorliggend veld' en sociale kaart, waaronder inwoner-initiatieven, verbindingen en netwerken in de wijk kennen en groepsdynamica. Benodigde vaardigheden betroffen volgens hen het kunnen bedenken en ontwikkelen van aanbod, het kunnen organiseren van een bijeenkomst plus een draaiboek voor een training kunnen opstellen, overstijgend kunnen denken, ondernemend zijn, communicatieve vaardigheden en het begeleiden van een groep. Of professionals van zichzelf vonden ook over de vereiste kennis, houding en vaardigheden te beschikken, hing vooral af van hun ervaring in het sociaal domein en welke specialisatie ze eerder hadden (Wmo, Jeugd of Participatie).

Kortom: het lijkt erop dat je voor collectief werken qua houding wel een beetje extravert moet zijn, de benodigde kennis wordt vrij helder gekaderd en is te leren en de passende vaardigheden lijken deels sowieso te horen bij professionals in het sociaal domein en voor de rest wellicht te trainen. Of wat benodigd is ook aanwezig is bij professionals in sociale teams, lijkt afhankelijk van hun ervaring in het sociaal domein en hun oorspronkelijke professionele 'bloedgroep'.

In het eerdere van deze paragraaf wordt het spanningsveld wel duidelijk: de waarde van collectief werken wordt (in geval van daarvoor geschikt geachte cases) onderkend, maar door handelingsverlegenheid en tijdgebrek om zich in te werken op een niet-individuele aanpak van hulpvragen van inwoners, komt het er vaak niet van. Om inzicht te krijgen in hoe professionals in sociale teams hun eigen werk momenteel zien en of men daarin zou willen ontwikkelen naar bijvoorbeeld meer collectief werken, werd hun het assenstelsel van figuur 4.1 getoond, met het verzoek hun positie daarop aan te geven en wel voor zichzelf alsook voor hun hele team en dan met de huidige situatie in gedachte. Daarna werd nogmaals het assenstelsel aangeboden, maar nu om aan te geven wat de toekomstige, wenselijke situatie zou moeten zijn, ook weer voor zichzelf dan wel voor het hele team. Voorstelbaar is dat een afzonderlijke professional zichzelf ergens anders positioneert dan waar het hele team staat of waarnaar men zou moeten ontwikkelen. In eerste instantie werden deze assenstelsels op papier voorgelegd en werd de aangegeven positie naderhand met een liniaal ambachtelijk uitgemeten. Vanuit dit onderzoek en met gelden van de Werkplaats Sociaal Domein regio Zwolle werd dit geavanceerder aangepakt en werd een digitale tool met een website ontwikkeld (zie hierna).

De veertien ondervraagde professionals scoorden zichzelf op het moment van onderzoek bijna allemaal in het eerste kwadrant van figuur 4.1: verreweg meer individueel werkend dan hulpvragen collectief oppakkend en bijna altijd meer nadruk op professionele dan op informele inzet. Het teambeeld (zoals die professionals dat zagen) week maar weinig daarvan af. Als deze plaatjes vergeleken werden met waarheen men zich persoonlijk wilde ontwikkelen, dan tekende zich een duidelijke verschuiving richting het kruispunt van beide assen (de oorsprong) af, hetgeen impliceerde dat men individueel en collectief beantwoorden van hulp-

vragen met zowel formele als informele inzet – en dat alles in balans – als nastrevenswaardig zag voor zichzelf. Hierbij waren twee uitschieters, die zichzelf een stuk meer collectieve aanpak toewensten, waarbij de één sterk formeel gericht was en de ander duidelijk overwegend informele inzet verkoos. De gewenste positie voor het team als geheel zou een lichte neiging naar meer gebruikmaking van informele zorg betekenen.

Kortom: er kan op basis van kwalitatieve onderzoek (Teekman, Van Kampen, Pruim & Algera, 2019) worden geconcludeerd dat collectief werken in de zin van groepswerk niet in de mindset van veel professionals in sociale teams zit. Hun handelingsverlegenheid en tijdgebrek om (een programma voor) groepsbijenkomsten te organiseren spelen daarbij een belangrijke rol. Bovendien is niet elke hulpvraag geschikt om samen met andere inwoners met een vergelijkbare hulpvraag aan te pakken; complexiteit van de context van de inwoner of schaamte kunnen redenen zijn dit niet te doen. De professional verlaat zich dan op de vertrouwde individuele aanpak. Een ontwikkelde digitale tool kan teams helpen inzicht te krijgen in de kwaliteiten van de afzonderlijke teamleden en de wens al dan niet naar een ander kwadrant toe te groeien.

## 4.5 Spanningsveld: Aanpak hulpvragen formeel versus informeel

In § 4.4 is een assenstelsel (figuur 4.1) gepresenteerd dat niet alleen de verhouding tussen individueel en collectief werken in kaart brengt, maar ook de balans tussen de inzet van professionals dan wel van het informele netwerk. Net zo goed als collectief werken door de overheid voorgestaan wordt, is dat het geval voor de inzet van meer informele zorg in plaats van de nadruk op formele zorg (Kamerstukken II 30597 nr. 206, 2010; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2010). En net als collectief werken door diverse omstandigheden niet altijd goed uit de verf komt, lijkt dat ook het geval te zijn met informeel werken. Twee elementen worden hieronder uitgelicht: de inzet van kwaliteiten van inwoners en preventie.

Vanaf 2015 werd al direct het inzetten van de kwaliteiten van inwoners tot het takenpakket van professionals in sociale teams gerekend door henzelf. In 2018 werden door het gros van de professionals wel eens het informele netwerk als ook vrijwilligers ingezet bij de hulpverlening. Dat informele netwerk werd door twee op de drie professionals ondersteund. De verwachting dat vrijwilligers en mantelzorgers (bepaalde) werkzaamheden van sociaal werkers konden overnemen (door twee derde van de professionals), bleef overeind. Het inzetten op en ondersteunen van (inwoner)initiatieven was volgens drie vijfde van de professionals in zowel 2017 als 2018 onderdeel van hun werkzaamheden. Ruim twee derde was van mening dat bij een hulpvraag geprobeerd werd aan te sluiten bij reeds bestaande (inwoner)initiatieven (2018).

Tot zover het positief gekleurde verhaal. Het aanwenden van de kwaliteiten van inwoners bij de hulpverlening bleek in de praktijk echter nogal achter te blijven bij de verwachtingen: niet ruim vier vijfde deel van de professionals (hun verwachting in 2015), maar circa drie op de vijf kwamen daaraan in de volgende jaren in de praktijk toe. De ronde van 2017 wees uit

dat dat vooral aan tijdgebrek toe te schrijven was. In de 2018-meting bleek bovendien dat professionals eigenlijk nauwelijks op de hoogte zijn van aanwezige talenten en kennis in de buurt of wijk.

Het omgaan met mantelzorgers en vrijwilligers (aansturen of toerusten) bleek bij een deel van de respondenten onzekerheid in 2015 op te leveren, zowel qua eigen capaciteit als daartoe beschikbare tijd. In 2018 werden dezelfde items nogmaals voorgelegd en een vergelijking leerde dat professionals duidelijk minder prioriteit leken te geven aan het toerusten van vrijwilligers en voor het aansturen van het informele netwerk ook over minder kennis en vaardigheden te beschikken dan aanvankelijk gedacht.

In de onderzoeksronden van de laatste twee meetjaren kwam de inzet van ervaringsdeskundigen aan de orde. Die had meerwaarde en zou mogen worden uitgebreid volgens drie kwart van de 2017-respondenten, maar in 2018 was dat nog maar de helft. Twee bakens Welzijn Nieuwe Stijl lijken aan de inzet van de kwaliteiten van inwoners te relateren. Ten eerste baken 2 (gebaseerd op eigen kracht van burger), waarop aanvankelijk hoog gescoord werd, maar die in de praktijk in opvolgende jaren steeds wat lager scoorde. Het andere baken betreft baken 4 (formeel en informeel in optimale verhouding). Dat baken leverde over de onderzoeksjaren heen consequent de laagste score van alle bakens Welzijn Nieuwe Stijl op (zie box 4.2).

Kortom: het spanningsveld bij het inzetten van de (individuele) kwaliteiten van inwoners bestond eruit dat professionals in sociale teams door tijdgebrek, onkunde en onwetendheid daaraan veel minder toekwamen dan ze wel zouden willen, omdat de waarde ervan wel onderkend werd. Hoewel er een voortdurende disbalans geconstateerd werd tussen formele en informele inzet als antwoord op hulpvragen, leken ervaringsdeskundigen niet de beste oplossing hiervoor.

Uit het kwalitatieve onderzoek (Teekman, Pruim & Algera, 2017) kwam naar voren dat het inzetten op de eigen kracht van de inwoner een belangrijke sleutel is. Een nieuw spanningsveld werd door de geïnterviewden geconstateerd: dat tussen de eigen kracht van de inwoner en de professionele blik van de sociaal werker; wie kan de werkelijke behoeften van de inwoner het beste inschatten? Verder leek de door henzelf genoemde 'doenerigheid' van veel professionals in sociale teams op gespannen voet te staan met de vanuit de beroepsgroep gepropageerde eigen regie van de inwoner. Inzetten op eigen kracht lukt niet altijd door gebrek aan capaciteiten van de hulpvrager of door de aard van de hulpvraag, die te zwaar kan zijn om aan eigen kracht te kunnen toekomen. Een ander aspect is netwerkgericht werken: inzetten op informele zorgverleners. Dit bleek volgens de geïnterviewden nog niet zo in hun (professionele) systeem te zitten. Een andere verklaring is dat gebruikmaking van informele zorg bemoeilijkt werd door weerzin van de hulpvrager zijn sociale omgeving (bijvoorbeeld buren) te belasten met diens problemen (schaamte of niet lastig willen zijn). Een derde reden kan worden gevonden in de kwaliteit van het netwerk, dat soms te zwak of zelfs afwezig is om ingezet te kunnen worden.

In de ronde van 2017 waren voor het eerst items over preventief werken opgenomen. Hieruit bleek dat vier op de vijf professionals meer preventief wilden werken en dat percentage nam in 2018 zelfs nog licht toe. Vier op de vijf respondenten vond in 2017 te weinig toe te komen aan het geven van algemene (welzijns)voorlichting aan inwoners, die (nog) geen hulpvraag hadden. Dat ging kennelijk in 2018 een stuk beter, omdat toen drie op de vijf professionals hiervan melding maakten.

Een andere vorm van preventie raakt aan collectief werken (zie box 4.3), waarvan ook het activistische aspect van sociaal werk deel uitmaakt. In 2015 werd meteen al het opkomen voor het belang van inwoners door professionals herkend als onderdeel van hun werk. Belangenbehartiging en het oppikken van signalen aangaande misstanden (zoals armoede of eenzaamheid), maakten daarvan volgens de meeste professionals deel uit. In de eerste jaren zag steeds drie kwart van de professionals ruimte om aandacht te besteden aan belangenbehartiging voor inwoners, maar in het laatste meetjaar (2018) slonk dat naar een ruime helft. Aandacht voor het oppikken van signalen aangaande misstanden rond inwoners vertoonde hetzelfde scorebeeld: vanaf het begin zag drie kwart daartoe ruimte, maar dat percentage daalde in 2018. Het lukte professionals toen nauwelijks om problemen als eenzaamheid bij individuele inwoners vroegtijdig op te sporen.

Kortom: hetzelfde spanningsveld als aangaande de inzet van kwaliteiten van inwoners gold ook met betrekking tot preventie: professionals in sociale teams zagen het belang ervan in, maar werden door de praktijk van alledag ingehaald. Wat betreft algemene (welzijns)voorlichting gloorde er hoop; signalering van sociale vraagstukken en belangenbehartiging op macro-niveau bleven daarbij achter, ondanks dat men dat als onderdeel van het takenpakket beschouwde.

## 4.6 Hoe verder?

Omdat het assenstelsel de positie op de twee laagst scorende bakens Welzijn Nieuwe Stijl (zie box 4.2) inzichtelijk maakte en professionals het erg leuk vonden om op deze manier naar hun eigen werkzaamheden te kijken, werd het assenstelsel van figuur 4.1 doorontwikkeld. Werd de eerste versie nog op papier afgedrukt en werden gemiddelde posities handmatig berekend, de ontworpen digitale tool genereerde automatisch score-overzichten. Daarbij werd ook de specialiteit van de respondent uitgevraagd en of hij of zij naar eigen zeggen over de juiste kennis, houding en vaardigheden beschikte.

Werkplaatsen Sociaal Domein kunnen in hun eigen werkgebied sociale teams of welzijnsorganisaties aansporen de tool te gebruiken door teamleiders daartoe uit te nodigen. De teamleiders kunnen vervolgens hun teamleden aanzetten hun meningen in de tool in te kloppen. Teamleiders kunnen vervolgens met één druk op de knop (anonieme) score-overzichten maken van hun team, zoals de coördinator van elke Werkplaats dat voor het eigen werkgebied kan doen. De beheerder van de tool (WSD regio Zwolle) kan landelijke scorebeelden berekenen, waarbij inzichtelijk wordt waar professionals in sociale teams op het moment van

onderzoek staan en waarheen ze willen groeien. Nadere analysen moeten uitwijzen of er (significante) verschillen zijn al naar gelang de specialisatie van de respondent en hoe het landelijk gesteld is met de attitude, kennis en vaardigheden benodigd voor collectief werken. De tool werd 'Collactief' gedoopt, een samentrekking van 'collectief' en 'actief'. Dat actieve is gelegen in een beschikbaar gemaakte gespreksleidraad, die teamleiders in staat stelt de score-overzichten te interpreteren en met vraagsuggesties met het eigen team het gesprek over de bevindingen aan te gaan. Op een bijbehorende website (www.collactief.nl) kan zowel de tool benaderd worden als ook die gespreksleidraad en andere handige documenten gedownload worden. Verder is er ook een kennisbank opgenomen met literatuur over collectief of informeel werken. Medio 2022 wordt gezocht naar samenwerking met andere (landelijke) veldpartijen vanuit de Werkplaats een handreiking voor teamleiders te maken over hoe een eventuele beweging naar een andere kwadrant binnen het assenstelsel concreet te realiseren.

In de voorgaande paragrafen zijn vier spanningsvelden beschreven die we tegenkwamen in onze onderzoeken naar de ontwikkeling van sociale teams. In het spanningsveld tussen professionele ruimte en beleidskaders zal de professional vermoedelijk steeds moeten schipperen: aan welke trekkracht moet hij de meeste prioriteit verlenen? De verwachting van het lectoraat is dat dit wel eens in het nadeel van de professionele ruimte kan uitvallen, doordat veel professionals aangeleerd hebben gekregen zich (soms tot in het extreme) te verantwoorden aan de opdracht- en subsidiegever. Dit zou negatieve consequenties kunnen hebben voor de arbeidssatisfactie van professionals en wellicht door minder integraliteit en flexibiliteit ook een lagere kwaliteit van hulpverlening aan de inwoner kunnen uitwerken. Het tweede spanningsveld tussen generalistisch of integraal werken en het aanhouden van het oorspronkelijke specialisme van de professional lijkt met de T-shaped professional 'opgelost' te kunnen worden. De digitale tool Collactief, die we ook de komende jaren graag verder gebruiken voor leerbijeenkomsten met sociale teams, brengt in kaart hoe de gespannen verhouding tussen enerzijds individueel en collectief werken en anderzijds professionele (formele) en informele inzet eruitziet en omvat daarmee de twee laatst beschreven dilemma's. Scholing en prioritering (ook qua werkdruk) lijken hier de toverwoorden.

# 5 Samenwerking tussen gezinnen, onderwijs en jeugdhulp

“Wie met jeugd werkt, werkt met alle relaties die ertoe doen”: dat is het motto van de programmalijn ‘Interprofessioneel werken met jeugd’ van de Werkplaats Sociaal Domein Regio Zwolle, en ook van de Master ‘Interprofessioneel werken Met Jeugd’ (MIJ) die op Viaa wordt aangeboden. Daarmee vatten we in een notendop samen wat onze visie en uitgangspunten zijn: we gaan ervanuit dat een relationeel-systemische zienswijze ons helpt om zowel op inhoudsniveau als op samenwerkingsniveau aan de slag te gaan. Met onderzoek op het gebied van interprofessionele samenwerking op het gebied van jeugd, willen wij samen met het werkveld leren van best practices en complexe vraagstukken die zich voordoen in de alledaagse praktijk van ouders, jeugdigen en professionals en dit vertalen naar een onderbouwde aanpak, benadering en houding.

## 5.1 Hoe interprofessioneel samenwerken moet leiden tot meer samenhang voor jeugd

Het samen leren dat we vormgeven, richt zich op de inhouden van vraagstukken en thema’s en op de manier van **samen interprofessioneel leren**, hetgeen tot een innovatie en betere begeleiding van jeugdigen, ouders en gezinnen in het jeugddomein kan leiden. Met onze programmalijn Jeugd richten wij ons zowel op de inhoud van het werken met jeugdigen, ouders en professionals, bijvoorbeeld in een methodiekbeschrijving of methodische aanpak als op wetenschappelijk onderzoek naar werkzame elementen van de samenwerking, met als basale vraag hoe dit jeugdigen en ouders, gezinnen verder kan helpen.

Hierbij hoort een basisattitude vanuit het Systeemtheoretisch Ontwikkelingsperspectief (Aptroot et al., 2016), die ons stimuleert om in alle activiteiten samen te blijven leren, in te voegen en toe te voegen, te veranderen en te innoveren op het gebied van vragen en thema’s van jeugdigen, ouders, gezinnen en professionals in het jeugddomein. Het gaat hierbij niet in de eerste plaats om bijvoorbeeld monitoring van planmatig gestuurde veranderprocessen, maar een voortdurend realiseren van de verbinding tussen gehelen en delen van de onderzoekseenheden en de onderlinge relaties die tot bepaalde uitkomsten leiden. Kwalitatief onderzoek is daarbij ons in ziens uitermate behulpzaam om de verhalen, de *best practices* en complexe vraagstukken op te halen uit de praktijk en theorie en daarop verder te leren.

In alle onderzoeksprojecten en methodiekbeschrijvingen worden *best practices* beschreven van preventieve activiteiten, ambachtelijk leren en het vakmanschap van professionals. Deze manier van praktijkgericht onderzoek sluit nauw aan bij de wensen vanuit de praktijk, waarbij het beschrijven van ‘wat werkt’ behulpzaam is om samen te blijven werken aan kennisont-

wikkeling die zeer belangrijk is voor een kwaliteitsbewuste professional en een voortdurend lerend jeugdhulpsysteem (Dijkshoorn & Popma, 2022; zie ook hoofdstuk 3).

Inhoudelijk sluiten we met onze projecten aan bij de zogenaamde Transformatiedoelen Jeugd, zoals geformuleerd door de rijksoverheid, die samenvatten wat de doelen van de Jeugdwet zijn (zie ook hoofdstuk 2):

- gebruik maken van de eigen kracht van jongeren, ouders en hun sociale netwerk. Het is belangrijk dat zij de regie blijven houden over hun leven. En dat ze samen met hun eigen omgeving en professionele hulpverleners naar oplossingen zoeken;
- minder snel medicijnen voorschrijven en de zorgvraag terugbrengen;
- eerder (jeugd)hulp bieden op maat voor kwetsbare kinderen;
- samenhangende hulp voor gezinnen bieden: 1 gezin krijgt 1 plan met 1 regisseur;
- meer ruimte voor jeugdprofessionals en minder regeldruk bij hun werk. (Rijkoverheid, 2022)

Met onze onderzoeken willen we er graag aan bijdragen dat ouders en jeugdigen daadwerkelijk meer samenhang ervaren in de ondersteuning die ze krijgen vanuit het brede jeugddomein. Dat blijkt ook uit het centrale thema en de bij alle onderzoeken terugkerende vraag die we voor deze programmalijn hebben opgesteld: 'Wat draagt interprofessioneel werken met behulp van relationeel-systemische metavisie bij aan de ontwikkeling van jeugdigen, gezinnen en professionals in het brede jeugddomein, waarbij zowel ouders, jeugdigen en professionals meer samenhang kunnen ervaren?' (Bos-de Groot & Van der Vinne, 2016).

Met deze terugkerende vraag zijn wij verschillende spanningsvelden tegengekomen met dilemma's waar we een antwoord op zoeken aan de hand van voorbeelden uit onze onderzoekspraktijk. Concreet gaat dat om de onderzoeken 'Behoeften en Richtlijnen in de samenwerking tussen onderwijs en jeugdhulp, 'Kansrijk Wonen', 'Jeugd- en gezinswerker naast de huisarts', 'Gezonde relaties, beter voor Zwolle' en 'Wijkgericht werken jonge kind.'

De spanningsvelden en dilemma's die we in deze onderzoeken gevonden hebben, betreffen de volgende onderwerpen:
- medicaliseren versus normaliseren (dilemma over de plek van ziekte en veerkracht in de samenleving);
- individugericht versus systeemgericht werken (dilemma over focusbepaling en het werken binnen een biopsychosociaal model);
- geprotocolleerd werken versus praktische wijsheid (dilemma over kwaliteit).

In de volgende paragrafen zullen wij deze drie spanningsvelden uitwerken.

# Behoeften en richtlijnen in de samenwerking onderwijs en jeugdhulp

**Onderzoek:** vond plaats in 2015 en 2016, onderzoek naar de ervaringen van de deelnemers in 2018.

**Deelnemende partijen:** zeven ouders, acht professionals uit jeugdhulp van diverse organisaties (sociaal wijkteam en jeugdzorginstellingen) en elf professionals uit onderwijs (van diverse scholen in basis- en voortgezet onderwijs).

**Onderzoekers:** Els Bos-de Groot en Tanja van der Vinne (Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken).

## Beschrijving onderzochte praktijk

Doel van het onderzoek is om inzicht te krijgen in hoe het domeinoverstijgend samenwerken tussen professionals uit het onderwijs en de jeugdhulp in het kader van 'passend onderwijs' kan worden ondersteund om het werken aan het ontwikkelingsperspectief van het kind succesvol(ler) te laten verlopen. Het doel is dat niet meer de organisatie en haar aanbod centraal staan, maar het kind, het gezin en haar behoefte.

## Onderzoeksvraag

In dit onderzoek is onderzocht hoe professionals uit onderwijs en jeugdhulp en ouders het samenwerken aan het ontwikkelingsperspectief ervaren en wat de behoeften zijn van professionals en ouders voor een goede aansluiting tussen onderwijs en jeugdhulp ten behoeve van het ontwikkelingsperspectief van kinderen. De centrale vraag was toen: *Hoe kan het domeinoverstijgend samenwerken tussen professionals uit het onderwijs en de jeugdhulp worden ondersteund om het werken aan het ontwikkelingsperspectief van het kind (vanuit de integrale gedachte één-kind-één-gezin-één-plan) succesvol(ler) te laten verlopen?*
Deze vraag viel uiteen in een aantal deelvragen:

1. Welke ervaringen hebben professionals en ouders met het samenwerken aan het ontwikkelingsperspectief van het kind (vanuit een integrale gedachte één-kind-één-gezin-één-plan)?
2. Welke denkwijzen zijn er bij de verschillende professionals ten aanzien van het kind en gezin te onderscheiden?
3. Welke behoeften hebben professionals en ouders voor een goede aansluiting tussen onderwijs en jeugdhulp?

## Onderzoeksmethode en respondenten

Het onderzoek bestond uit een literatuurstudie en een analyse van de probleemsituatie:

- Een literatuurstudie naar benaderingen en denkwijzen over het samenwerken aan het ontwikkelingsperspectief van een kind vanuit de gedachte één-kind-één-gezin-één-plan; dit leidde tot een relevant theoretisch kader.
- Analyseren van de probleemsituatie: behoefteanalyse door middel van interviews onder zeven ouders, elf professionals uit het onderwijs en acht uit de jeugdhulp. Er is gebruik gemaakt van een semigestructureerd, face-to-face, mondeling interview. Hiermee zijn ervaringen, gezichtspunten, visies en behoeften in kaart gebracht. De interviews zijn vervolgens thematisch geanalyseerd.

## Hoofdlijn conclusies en aanbevelingen

Er is een aantal zaken nodig en ondersteunend in het domeinoverstijgend samenwerken tussen professionals uit het onderwijs en de jeugdhulp; deze zijn geformuleerd in de volgende richtlijnen:

- Investeer in ontmoeting en dialoog tussen professionals uit het onderwijs en de jeugdhulp met ouders over het ontwikkelingsperspectief van (hun) kinderen.
- Zorg voor een gemeenschappelijk denkkader waarin meerdere perspectieven een plaats hebben. Een relationeel-systemisch denkkader voorziet hierin.
- Door scherp te krijgen wat de verschillende contexten zijn, hoe die samenhangen en wie daarin sleutelfiguren zijn vanuit een systeemtheoretische (of relationeel-systemische) benadering, lukt het beter om op die contexten in te spelen en de onderlinge relatiedynamiek te beïnvloeden.
- Zie daarbij de interactie en betrekkingen als basis voor veranderen.
- Reflecteer op de relationele positionering; door introspectie, reflexief kijken en door impliciete kennis te expliciteren worden professionals zich bewust van eigen en andermans kennis en rollen.

**Lees verder in de onderzoeksrapportages en artikelen:**


- Bos-de Groot, E., & Van der Vinne, J.T. (2016). *Behoeften en richtlijnen in de samenwerking onderwijs en jeugdhulp*. Zwolle: Hogeschool Viaa.
- Bos-de Groot, E., & Van der Vinne, J.T. (2017). Denkkader brengt onderwijs en jeugdhulp samen. *OJ Actueel*, 2 (2), 10-11.
- Bos-de Groot, E., & Van der Vinne, J.T. (2018). Verbinding onderwijs en jeugdhulp. Een pleidooi voor een systemisch-contextuele metavisie. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 57*(3/4), 164-173.

## Kansrijk Wonen

**Onderzoek** naar methodiek vond plaats in 2016 en 2017.

**Deelnemende partijen:** Stichting Kansrijk Wonen i.s.m. diverse gemeenten.

**Onderzoekers:** Els Bos-de Groot en Tanja van der Vinne (Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken).

### Beschrijving onderzochte praktijk

Kansrijk Wonen biedt tijdelijke huisvesting voor jonge mensen die zelfstandig willen wonen. De onderzochte praktijk is dit concrete project, waarin jongeren tussen de 17 en 23 jaar die zelfstandig willen wonen, maar door moeilijkheden op het gebied van financiën, huisvesting, relaties/systeem, zingeving, sociaal en psychisch functioneren, werk/studie nog ondersteuning nodig hebben. Wanneer deze jongeren geheel zonder steun van volwassenen op eigen benen zouden moeten staan, raken zij in de moeilijkheden. Een van de risico's is dat jongeren met bovengenoemde (combinatie van) problemen gaan zwerven en dat zij moeilijk toegankelijk zijn voor professionele hulp. Door in het beginstadium van problemen jongeren hulp te bieden, kan voorkomen worden dat de problematiek verergert en intensievere, gespecialiseerde professionele hulp nodig is (Bos & van der Vinne, 2017).

### Onderzoeksvraag

Ons onderzoek bestond uit het optekenen van de werkwijze en werkzame elementen van Kansrijk Wonen.

### Onderzoeksmethode en respondenten

Voor het optekenen van de werkwijze zijn waarderende interviews gehouden met betrokken professionals en deelnemers. Op basis van de theorie van appreciative inquiry vormen de waarderende gesprekken de katalysator van het onderzoeksproces.

### Hoofdlijn conclusies

Kansrijk Wonen zorgt dat elke jongere in het huis begeleid wordt door een 'coach'. Dit is een vrijwilliger, niet zijnde een professioneel hulpverlener, die minimaal eenmaal per week met de jongere spreekt en/of een activiteit onderneemt. Hiermee is er minder professionele afstand in het contact en meer (professionele) vriendschap. De focus van de begeleiding ligt op presentie: het aandachtig en toegewijd betrokken zijn op de jongere, ruimte en erkenning bieden voor jongeren en onderlinge relaties van jongeren (peer-to-peer) en hun andere belangrijke relaties, zoals familie en buren. Naast de individuele begeleiding in de vorm van 'professionele vriendschap', is er ook een focus op de groepsintelligentie (de jongeren samen kunnen het oplossen) en op teamverantwoordelijkheid van de coördinatoren met de jongeren samen. Met de actieve betrokkenheid van het netwerk en de aanwezigheid van een

hoofdbewoner in de huizen van Kansrijk Wonen, alsmede de ondersteuning van de vrijwillige coaches, is het mogelijk om jongeren met een brede range aan problematiek te begeleiden. Het uiteindelijke doel van Kansrijk Wonen is dat jongeren na gemiddeld 12 tot 18 maanden weer optimaal kunnen meedoen in de maatschappij.

De werking en de opbrengsten van Kansrijk Wonen zijn:

- Door de preventieve aanpak krijgen jongeren, die moeite hebben om mee te doen in de samenleving vanwege relationele, psychosociale en/of financiële problemen, de kans om in een vroeg stadium hun problemen de baas te blijven.
- Doordat de ondersteuning zich richt op vraagstukken van jongeren op verschillende leefgebieden in hun onderlinge samenhang is sprake van een integrale aanpak.
- Door de eigen-kracht-benadering behoudt de jongere zelf de regie en is het netwerk van familie en vrienden actief betrokken bij de oplossingen voor de ontstane problemen.
- Meer duurzaamheid in het leven van de jongere, omdat gebouwd wordt op het al aanwezige netwerk, wat kan helpen een zelfstandig leven zonder begeleiding voort te zetten.
- De ervaring is dat de aanpak van Kansrijk Wonen duurdere vormen van zorg voorkomt.

**Lees verder in de onderzoeksrapportages:**


- Bos-de Groot, E., & Van der Vinne, J.T. (2017). *Handleiding Kansrijk Wonen.* Zwolle: Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.

# De jeugd- en gezinswerker naast de huisarts in de Zwolse wijken

**Onderzoek** vond plaats in 2017 en 2018

**Deelnemende partijen:** huisartsen en jeugd- en gezinswerkers uit Zwolle

**Onderzoekers:** Els Bos – de Groot (Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken)

## Beschrijving onderzochte praktijk

Met het oog op het Zwolse transformatiethema 'Samenhang in de toegang (tot de jeugdhulp)' is een pilot 'jeugd- en gezinswerker (jgw) naast de huisarts' gestart. Een aantal jgw uit de sociale wijkteams zijn in huisartsenpraktijken gepositioneerd, waarbij zij in hun gesprekken een contextgerichte werkwijze hanteren.

## Onderzoeksvraag

De centrale vraag was: *Wat betekent de bijdrage van een contextgerichte jgw naast een huisarts voor de gezinnen, voor de huisarts en voor het werk van de jeugd- en gezinswerker?*
Deelvragen:

1. Wat betekent nieuwe samenwerking voor gezinnen, huisartsen en het werk van de jgw?
2. Wat betekent het hanteren van een contextgericht model naast het bestaande medisch model in de samenwerking tussen jgw en huisartsen?
3. Wat betekent de keus voor deze werkwijze in Zwolle voor de transformatie Jeugdhulp?
4. Wat kan behulpzaam zijn in de samenwerking tussen jgw en huisarts ten behoeve van gezinnen?

## Onderzoeksmethode en respondenten

Er is formatief evaluatieonderzoek gedaan aan de hand van diepte-interviews bij drie ouders, twee huisartsen en twee jgw. Om de uitkomsten hiervan te valideren, is gebruik gemaakt van een focusgroep. Daarnaast is een desk-research gedaan naar vergelijkbare initiatieven van andere gemeenten.

## Hoofdlijn conclusies en aanbevelingen

Voor ouders betekent de jgw naast de huisarts een laagdrempelige en relatiegerichte hulp. Ze ervaren nabijheid en opluchting bij de soms hoge nood. De hulp van jgw zet een afname in gang van onnodig medicaliseren en stigmatiseren, omdat het kind primair als 'persoon' wordt gezien en met basaal pedagogisch handelen wordt benaderd. Voor de huisarts betekent de jgw een alternatief voor het teveel aan verwijzingen naar de ggz. De jgw zelf zijn positief over de pilot omdat zij specifiek vakmanschap kunnen vormgeven. Aanbevelingen:

- Geef voorlichting aan huisartsen over de achtergrond en inhoud van het vakmanschap van de jgw.

- Investeer in tijd en reflectieve ruimte van de JGW i.c.m. ondersteuning door een gz-psycholoog.
- Werk aan het vakmanschap van de jgw door structurele investering in (bij)scholing, supervisie en reflectie in een ambachtelijke setting, gericht op kennis, context en relaties, waaronder ondersteuning vanuit professionele netwerken en het leren in interdisciplinaire samenwerking.
- Formuleer een gemeenschappelijke visie voor samenwerking
- Vervolgonderzoek naar de jgw naast de huisarts, de pedagogische rol van scholen en het inzetten van de juiste specialistische hulp.

**Lees verder in de onderzoeksrapportage en artikelen:**


- Bos-de Groot, E. (2018). *De jeugd- en gezinswerker naast de huisarts in de Zwolse wijken.* Zwolle: Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.
- Bos-de Groot, E. Kievit, L., & IJzerman, G. (2018). *In Zwolle houdt de jeugd-en gezinswerker spreekuur in de huisartspraktijk.* Op:. www.socialevraagstukken.nl
- Bos-de Groot, E. (2018). Samenwerken met de eerstelijnshulp, wat levert dat op? Artikel in *Nieuwsbrief CCV.*

## Gezonde Relaties, beter voor Zwolle

**Onderzoek:** vond plaats vanaf 2019 (visiebeschrijving) en uitwerking van de visie in een interprofessionele leergemeenschap vanaf 2020.

**Deelnemende partijen:** ongeveer 60 professionals: Jeugd- en gezinswerkers wijkteam, gespecialiseerde jeugdhulp en jeugdggz, Jeugdbescherming en Raad voor de kinderbescherming, Veilig Thuis, orthopedagogen/gz-psychologen, vFAS-advocaten, mediators, kindbehartigers, kindertherapeuten en systeemtherapeuten

**Onderzoeker:** Els Bos-de Groot (Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken).

### Beschrijving onderzochte praktijk

Dit onderzoeksproject heeft zich eerst gericht op een visiebeschrijving en benadering voor het de-escaleren bij relatieconflicten en ondersteunen van duurzame relaties die complexe scheidingen kunnen voorkomen. In dit onderzoek wordt een metavisie gepresenteerd, ontwikkeld door en voor professionals in Zwolle, op basis van een gemeenschappelijke visie en werkwijze in het tegengaan van langdurige conflicten. De focus van de metavisie ligt op een preventieve, gezamenlijke gerichtheid van professionals en het brede netwerk van betrokkenen op duurzame relaties en de-escaleren. De gemeenschappelijke visie en werkwijze wordt doorontwikkeld in een leergemeenschap van ongeveer 60 professionals uit verschillende domeinen. In de leergemeenschap is ruimte gemaakt voor bijscholing ten aanzien van de meest recente ontwikkelingen op het gebied van complexe scheidingen en is nadrukkelijk ruimt voor reflectie op eigen casuïstiek. Er worden samen vastgestelde doelen nagestreefd, waarin onder ander wordt beoogd dat er over 5 jaar minder OTS-maatregelen worden uitgesproken.

### Onderzoeksvraag

Hoe kan de Zwolse visie ten aanzien van “Gezonde relaties, beter voor Zwolle” geladen worden met deskundigheid waar het brede veld van hulpverlening en ondersteuning mee kan werken?

### Onderzoeksmethode en respondenten

Het onderzoek naar de visie is een ontwikkelonderzoek: een kwalitatieve verbetering van een praktijksituatie, waarbij tijdens het onderzoek systematisch nieuwe ontwerpproducten worden geïmplementeerd en geëvalueerd.

Vervolgens is een leergemeenschap ingericht: een netwerk waarop het relatie-en scheidingsteam een beroep op kan doen en die elkaar al lerende helpt om te de-escaleren.

## Hoofdlijn conclusies en aanbevelingen

De beweging uit conflict vraagt om reflectietijd ten aanzien van de complexiteit van relaties en scheidingen. Met een heldere metavisie en daaraan gekoppelde vaardigheden, attitude en kennis die nodig zijn voor de nodige "betrekkingsdeskundigheid" van professionals is het beter mogelijk geworden om in gezamenlijkheid met de betrokken kinderen/ouders/partners te bewegen naar gezonde relaties. De deelnemende professionals vinden het fijn om informatie te delen, ervaren erkenning en herkenning en ondersteuning, ook al blijft de problematiek lastig om mee om te gaan. Ook ervaren de deelnemende professionals dat zij een meer gedeelde verantwoordelijkheid hebben voor de oplossing van de problematiek. De professionals geven aan zich minder te laten verleiden om een oordeel te hebben over een van de ouders en meer handvaten te hebben gekregen. Ook ervaren ze een beter contact met de andere professionals die uit een ander domein komen en de mogelijkheid om met elkaar in vertrouwen problemen op te lossen.

Opbrengsten zijn:

- Doorontwikkeling van de aanpak rondom complexe scheidingen in onderzoek naar wat werkt.
- Interprofessioneel samen leren de-escaleren en netwerken in de netwerken.
- Scholing van professionals op actuele kennis en bevorderen van samen leren van (gezamenlijke) casuïstiek.
- Doorontwikkeling in het verbinden van het relatie- en scheidingsteam aan de leergemeenschap, waardoor het netwerk vanuit eenzelfde visie kan werken (vanaf 2020).
- Doorontwikkeling van de aanpak in een nieuw relatie-en scheidingsteam, alsmede de ontwikkeling van een triage-instrument (vanaf 2021).

**Lees verder in de onderzoeksrapportage:**


- Bos-de Groot, E., & Jager-Vreugdenhil, M. (2019). *Gezonde relaties, beter voor Zwolle. Visiebeschrijving en benadering voor het de-escaleren bij relatieconflicten en ondersteunen van duurzame relaties die complexe scheidingen kunnen voorkomen.* Zwolle: Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.

## Samen voor preventie en normalisatie rond het jonge kind, gericht op versterking van het normale leven'

**Innovatie en onderzoek** van 2020 tot 2022.

**Deelnemende partijen:** Gemeente Zwolle, GGD IJsselland, Travers Welzijn, Huisartsenpraktijk De Verbinding, Expertisecentra onderwijs Zwolle (Expertiseteam Catent), IKC De Springplank, Participatieraad Zwolle.

**Onderzoekers:** Els Bos-de Groot, Anne Dreke Deddens, Tonnis Bolks, Anita Zandbergen, Tanja van der Vinne (drie lectoraten Hogeschool Viaa).

### Beschrijving onderzochte praktijk

Jonge kinderen ontwikkelen zich optimaal in een stimulerende en veilige pedagogische omgeving: gezin, wijk, kinderopvang en school. Voor ouders is het belangrijk dat ze hierbij ondersteuning kunnen krijgen als het nodig is, bijvoorbeeld bij vragen over hoe ze positief kunnen opvoeden terwijl er ook spanningen zijn in het gezin zijn of vragen over hoe ze kunnen werken aan een gezonde leefstijl van kinderen. Daarvoor zijn in de wijk veel verschillende organisaties beschikbaar. Het doel is dat het voor ouders helder is hoe diverse partijen hen kunnen ondersteunen bij het versterken van het gewone leven, juist bij de belangrijke eerste ontwikkeling van hun kinderen.

### Onderzoeksvraag

Centrale vragen in dit project zijn: Wanneer wordt het gewone leven echt versterkt? Waar zouden veel ouders in de wijk bij geholpen zijn?

### Onderzoeksmethode en respondenten

Het onderzoek wordt vormgegeven in drie wijken, met een leernetwerk in elke wijk. Hierin ouders samen met beroepskrachten leren hoe hun gewone leven versterkt kan worden. Het gaat om beroepskrachten van kinderopvang, school, consultatiebureau, huisartsenpraktijk, welzijnswerk, sociaal wijkteam en alle nodige hulpverleners. Zij bedenken samen wat voor hun wijk het belangrijkste probleem is waar ze aan willen werken. In elke wijk worden activiteiten gekozen waar de hulp vorm kan krijgen. Dit gebeurt aan de hand van de fasen van Appreciative Inquiry (AI): define, discover, dream, design en deliver.

Voor dit onderzoek is verder gebruik gemaakt van een oriënterende literatuurstudie en kwalitatieve onderzoeksmethoden zoals participerende observaties, diepte-interviews en leernetwerk-bijeenkomsten zijn uitgevoerd. Participerende observaties zijn gedaan om inzicht te krijgen in werkzame elementen van de initiatieven in de wijk. De interviews richten zich op ervaringen van ouders en professionals met veelbelovende initiatieven. In de bijeenkomsten van de leernetwerken wordt tevens een vertaling vanuit literatuur en data uit de praktijk

gemaakt die ervoor zorgen dat de juiste richting wordt gekozen en dat de uitkomsten gevat kunnen worden in concrete handvatten voor ouders, professionals en beleidsmakers.

## Hoofdlijn conclusies en aanbevelingen

Opbrengst van dit onderzoek is een pedagogische visie die als basisvisie geldt voor "Kansrijke start" in Zwolle, tezamen met de leidende principes van de leernetwerken in het gezamenlijk ontwikkelen en leren. Ook levert dit project per wijk concrete activiteiten op. Daarnaast is de aanbeveling de samenwerking voort te zetten:

- tussen professionals en ouders in de opzet en uitvoering van activiteiten per wijk ter preventieve ondersteuning van ouders, waarbij de activiteiten goed aansluiten bij de behoeften van ouders;
- samenwerking als brede groep professionals en ouders voor een onderling netwerk per wijk, zodat ouders en professionals elkaar sneller weten te vinden als er hulp nodig is;
- een samenwerking tussen een bredere groep professionals, ouders en onderwijs, om de aansluiting tussen voorschool en school beter te laten verlopen.

**Lees verder in de onderzoeksrapportage(s):**


- Van der Vinne, J.T. (2021). *Voortgangsrapportage Wijkgericht werken rond jonge kind in Dieze/Indische buurt.* Zwolle: Hogeschool Viaa.
- Bos-de Groot, E. (2021). *Voortgangsrapportage ZonMW*. Zwolle: Hogeschool Viaa.

## 5.2 Spanningsveld: Medicaliseren versus normaliseren (dilemma over de plek van ziekte en veerkracht in de samenleving)

Een van de 'Transformatiedoelen Jeugd' gaat over minder snel medicaliseren en de zorgvraag terugbrengen waar mogelijk naar een normale leefsituatie. In onze onderzoeksopdrachten sluiten wij hierop aan door *best practices* op te halen waar dit normaliseren wél lukt. In de praktijk merken we echter dat het medicaliseren nog volop aanwezig is en dat deze door financiële prikkels van verzekerde zorg wordt aangemoedigd. Er wordt nog steeds onvoldoende stilgestaan bij het probleem dat medicaliseren een grote negatieve impact kan hebben op het functioneren van kinderen en gezinnen. Dat leggen we hieronder verder uit aan de hand van voorbeelden uit onze onderzoeken.

In het onderzoek naar de jeugd- en gezinswerker naast de huisarts wordt over-diagnostiek als belemmerend in de ontwikkeling en ten onrechte ziek-makend naar voren gebracht. Een huisarts benoemt dit als volgt:

> "Het is soms gewoon een druk kind en tegenwoordig is het ADHD, dan heb je wel een medische diagnose... Ik denk dat het een stukje overdiagnostiek zou kunnen zijn... zowat de halve jeugd wordt gemedicaliseerd op een ongelofelijke manier" (huisarts).

In het onderzoek wordt benoemd dat de bandbreedte van wat normaal is weer opgerekt zou moeten worden, omdat er het risico van medicalisering, stigmatisering en verdinglijking is. Voor ouders kan het een opluchting zijn wanneer er een normaliserende houding is van de jeugd- en gezinswerker (Bos-de Groot, 2018). Vanuit de normaliseren-gedachte horen ontregelingen van levensprocessen vanzelfsprekend bij het leven. Als bij gedragsproblemen van een kind eenzijdig de focus komt te liggen op het functioneren van het kind, zonder dat de context van het gezin en netwerk wordt meegenomen, ontstaat er onevenredig veel druk op het kind. Vanuit het normaliseren gezien is er het risico op reïficatie van een probleem, terwijl het in principe gewone ontregelingen kunnen zijn die bij het leven horen. Dit betekent dat gewone opgroei- en opvoedverschijnselen ontaarden in 'ontregeldingen', zoals de baby die veel huilt en vervolgens 'een huilbaby' wordt (Aptroot & Spaander, 2016). Ook Dehue (2016) spreekt over 'reïficeren' als het gaat om het gebruik van de DSM-classificatie en benoemt dit als: "een definitie voorstellen als een door de natuurgegeven ding". Dus afspraken die onderling zijn gemaakt over de reikwijdte van wat een stoornis wel of niet is, wordt als een gegevenheid gezien die een eigen leven is gaan leiden. Als voorbeeld noemt Dehue ADHD, waarbij het idee over wat ADHD zou kunnen zijn is ontwikkeld tot een gigantisch gegeven, met een enorme impact. Want anderen, zoals leerkrachten, hebben in dit ziektekader geen zeggingskracht om vanuit hun specialisme over de kenmerken van het gedrag van een kind te spreken, omdat dit is voorbehouden aan een beperkte groep daartoe opgeleiden. Daarnaast treedt er door de manier van framen de kans van stigmatiseren op (Dehue, 2016).

Het teveel op de voorgrond plaatsen van het medisch model in jeugdhulp en jeugd-ggz en het hanteren van geprotocolleerde behandelingen, dragen bij aan ontregeldingen en de toename van psychopathologie, veelal versterkt of gedreven door financiële prikkels. Hierdoor ontstaat er een focus op wat er mis is in iemands hoofd in plaats van dat het gaat over wat iemand in de aanloop van de persoonlijke crisis heeft meegemaakt. Zodoende wordt er niet meer geïnformeerd naar je welzijn, maar of je aan de criteria voldoet van een stoornis, - waarop vervolgens de zorgverzekeraar kan vergoeden (Van Os & Delespaul, 2018).

Op basis van de ervaringen van onze onderzoeken, met name het onderzoek 'jeugd- en gezinswerker naast de huisarts' en 'wijkgericht werken rond het jonge kind', pleiten wij voor een evenwichtig hanteren van zowel een medisch model als een biopsychosociaal model, waarbij de verschillende systeemniveaus in voortdurende wisselwerking een rol spelen in het functioneren van jeugdigen en gezinnen (Choy & Goedhart, 2011; Bolks, Bos-de Groot et al., 2019). Problemen kunnen worden begrepen in het licht van de recente en minder recente geschiedenis en vandaaruit de disbalans van kwetsbaarheid en veerkracht (Van Os & Delespaul, 2018). Het gaat hierbij dus om aanpassings- en regulatieprocessen die men kan ontwikkelen in het kunnen omgaan met problemen die zich voordoen. Het al dan niet functioneel of disfunctioneel omgaan met deze processen is een waardeoordeel, omdat het ervan afhangt vanuit welk perspectief je kijkt naar het proces. Problematisch, oppositioneel gedrag van een kind kan bij nader inzien heel logisch gedrag zijn als een reactie op een ongezonde situatie in de omgeving. Bijvoorbeeld kan een kind dat klem zit tussen ouders die in hoog conflict hun scheiding doormaken zich verzetten tegen het gebrek aan aandacht of de pogingen van de ouders om hem voor zich te winnen in het conflict. Dit gedrag kan lastig te hanteren zijn voor ouders, maar het is begrijpelijk gedrag in het licht van wat er om hem heen speelt. Kinderen met deze problemen kunnen als gevolg van de medicalisering in de samenleving wel een stoornis toebedeeld krijgen. In het onderzoek "Gezonde relaties, beter voor Zwolle" wordt aandacht gegeven aan de complexiteit van het hanteren van hoogconflictscheidingen met een evenwichtige de-escalerende visie. Kinderen die zich verzetten tegen het gebrek van aandacht of de druk om partij te kiezen kunnen dus door hulpverlening en ouders worden beschouwd als ziek. Met dit medicaliseren wordt eenzijdig ingezoomd op het niveau van de biologische en psychologische verschijnselen. Vanuit een systeemtheoretisch ontwikkelingsperspectief gezien wordt het kind tekortgedaan wanneer we alleen naar het gedrag kijken. Het normaliserende bestaat eruit dat we het gedrag van het kind willen begrijpen vanuit de meerdere perspectieven van de verschillende systeemniveaus en er daarnaast vanuit gaan dat relaties en betrekkingen een bepalende rol hebben voor een kind. Daar hoort bij dat de mensen die dichtbij zijn, familie, buren school, betrokken worden in de hulpverlening. In de interprofessionele leergemeenschap gezonde relaties proberen wij vanuit een gezamenlijke de-escalerende metavisie de conflicten te hanteren (Bos-de Groot & Jager-Vreugdenhil, 2019).

Met dit voorbeeld van een kind in de knel hebben we een mogelijke psychische stoornis gekenmerkt als ontregeling die de voorloper kan zijn van ontregelding en reïficatie. Vanuit het tegenovergestelde perspectief kunnen psychische (psychiatrische) stoornissen echter zeer ontregelend zijn voor een jeugdige, ouder, gezin en netwerk en is het belangrijk hier deskun-

dige aandacht en behandeling voor te hebben. In de praktijk zouden deze tegenovergestelde perspectieven tot dilemma's kunnen leiden: in hoeverre versterkt de omgeving het gedrag van de jeugdige of is het juist het gedrag van de jeugdige dat tot wanhoop leidt bij ouders, in het gezin en bij leerkrachten. In ons onderzoek zien wij dat het van belang is om steeds uit te blijven gaan van beide perspectieven. Bijvoorbeeld: de jeugd- en gezinswerker naast de huisarts zal niet hoeven aarzelen om specialistisch advies in te winnen bij de jeugd-ggz over ingewikkeld gedrag van een kind en deze jeugd- en gezinswerker zal tegelijkertijd nagaan met ouders waar mogelijkheden en veerkracht liggen om het pedagogisch handelen te versterken en te leren omgaan met neurodiversiteit. Bij het omgaan met het dilemma zal de context bepalend zijn ten aanzien van waar de aandacht als eerste naar toe moet gaan.

De normaliserende benadering in het kijken naar ontregelingen sluit aan bij actuele ontwikkelingen en innovatie in het onderzoek vanuit de GGZ, waarbij erkend wordt dat veel logica en modellen tekortschieten bij het begrijpen van gedrag. Er wordt steeds meer gepleit voor een bescheiden benadering met een relationele visie, waarbij jeugdigen en gezinnen, als zij ontregelen, in verbinding met de ander tot herstel kunnen komen (Van Os & Delespaul, 2018; Scheepers, 2021; Meijroos & Jacobs, 2021). Het normaliserende komt tot uitdrukking in de uitdaging van begeleiding bij problemen ten behoeve van overgang van een "ziekterol" naar een "veerkrachtige rol" door onder andere weer mee te doen in de samenleving (Welten, 2021). Dit sluit aan bij de relationeel-systemische benadering die gericht is om krachten te mobiliseren samen met andere mensen om stagnatie in de ontwikkeling te doorbreken.

Er zijn verschillende tendensen in beleid en politiek gaande die de medicalisering en protocollisering in stand willen houden en verder vergroten; hier zijn wij kritisch op (zie bijvoorbeeld Bos-de Groot et al., 2020). We vragen ons af op welke vraag deze doorgaande protocollisering een antwoord moet zijn. Welke behoefte wordt vervuld om de tendens aan protocollen door te zetten? Is dit een hang naar schijnzekerheid die de medicalisering met zich meebrengt en de schijn van maakbaarheid dat een psychische ziekte op recept te genezen valt? Is het de angst om de complexiteit van psychische problemen en de ingewikkeldheid van de mens onder ogen te zien (Scheepers, 2021)? Of is het een overzichtelijk verdienmodel voor instellingen en zorgverzekeraars? Wij zouden een andere vraag willen stellen: wat betekent het voor jeugdigen, ouders en gezinnen dat hun problematiek gemedicaliseerd wordt? Draagt dit bij aan de samenhang voor hen, voor inwoners? We zien dat in de projecten die wij onderzochten ouders en professionals blij waren met de normaliserende effecten van het hanteren van relationele visie en bewust werken aan normaliseren; we zagen dat ze de overgang konden maken van een ziekterol naar een veerkrachtige rol. Dat lijkt ons een veel vruchtbaarder route!

## 5.3 Spanningsveld: Individugericht versus systeemgericht werken (dilemma over focusbepaling en het werken binnen een biopsychosociaal model)

Bij het dilemma over de plek van ziekte en veerkracht in de samenleving, speelt ook het dilemma ten aanzien van de focusbepaling binnen een biopsychosociaal model: wanneer wordt de focus op het storende gedrag van de jeugdige gericht en wanneer op de interacties in tweerelaties of in het gezin, of op het functioneren op school, de aanwezige steun uit het netwerk of de beïnvloeding van de maatschappelijke en sociaal-culturele omstandigheden? Traditioneel is de aandacht in de jeugdhulp, zoals wij in de vorige paragraaf aangaven, vaak op het gedrag van het individuele kind gericht. Wij vinden het belangrijk dat er meer evenwicht komt in deze focus van behandeling en begeleiding. In deze paragraaf gaan wij hier op basis van ons onderzoek dieper op in.

De aandacht voor de individuele component heeft ons inziens niet alleen te maken met de aandacht voor gezondheid en ziekte van het individu in onze samenleving en bijbehorende stelsel van vergoedingen, maar ook met eenzijdige focus op de psychologische kant van het functioneren van jeugdigen en gezinnen. Deze aandacht voor de individuele psychologische kant van het functioneren van jeugdigen en gezinnen heeft veel positieve winst opgeleverd aan onderzoek naar *evidence based* geprotocolleerde behandelingen. Ons pleidooi is om gebruik te maken van deze behandelingen waar het mogelijk is en de jeugdhulp hiermee te versterken waar het kan, zonder onnodig te problematiseren of te medicaliseren. Specialistische kennis mag meer en sneller bereikbaar zijn. We zien dit terug in ons onderzoek naar de jeugd- en gezinswerker naast de huisarts en gezonde relaties, beter voor Zwolle. Uit beide onderzoek komt naar voren dat het zinvol is om **interprofessionele netwerken** te creëren waarbij specialistische kennis uit de jeugd-ggz snel en adequaat voor handen is, omdat het soms nog steeds te lang duurt voordat jeugdigen en gezinnen die deze begeleiding en behandeling nodig hebben hiermee geholpen kunnen worden.

De gerichtheid op het psychologische functioneren van de jeugdige en ouders en daarnaast de behoefte aan *evidence based* modellen en methoden, brengt echter als risico met zich mee dat contextfactoren niet meegenomen worden in onderzoek en begeleiding, terwijl deze contextfactoren van groot belang kunnen zijn om te voorkomen dat een individuele jeugdige het probleem waarmee hij worstelt alleen moet oplossen en dat daarmee de afhankelijkheid aan psychologische zorg toeneemt. Als er bijvoorbeeld sprake is van armoede in een gezin, zal dat het psychisch functioneren van een jeugdige, ouders en gezin vergaand kunnen beïnvloeden. Een psychische behandeling lost dit probleem niet op en kan als risico hebben dat de jeugdige bijvoorbeeld nog steeds niet voldoende mee doet aan de samenleving en dat dit zijn zelfbeeld negatief bepaald, waardoor er blijvend hulp nodig is.

Een manier om dit risico van afhankelijkheid van specialistische hulp te hanteren is het gebruik maken van de al genoemde interprofessionele netwerken en te vertrekken vanuit een relationeel systemische (meta)visie. Interprofessionele netwerken kunnen aanvullend zijn op elkaars deskundigheid op de verschillende systeemniveaus. In bijna alle onderzoeken die

wij gedaan hebben komt het belang van het benutten van verschillende deskundigheden, waaronder ook de **ervaringsdeskundigheid** van jeugdigen en ouders zelf, naar voren. Het open staan voor meerdere perspectieven en het diepgaand reflecteren van professionals versterkt de mogelijkheden van adequate behandeling en begeleiding van jeugdigen, ouders en gezinnen en voorkomt een tunnelvisie die leidt tot vastlopers en meer van hetzelfde.

Het interprofessioneel werken is dus een middel om integrale en efficiënte hulp te bieden aan jeugdigen, ouders en gezinnen. Om dit interprofessionele werken vorm te kunnen geven is een relationeel-systemische metavisie helpend (Bolks et al., 2019). De relationeel-systemische metavisie is primair relatie-gericht. In de betrekkingen, relaties van gezinnen en netwerken is essentiële informatie voorhanden die met instemming woorden gegeven kan worden, zodat verandering en beweging kan ontstaan (Aptroot & Spaander, 2016). Met voortdurende reflectie kunnen professionals de verschillende leefwerelden van kind en gezin verbinden en de meerdere perspectieven die daaruit naar voren komen in verbinding een plaats geven (Bos-de Groot & Van der Vinne, 2019).

Rober (2017) wijst op het belang van een professionele alliantie in de begeleiding waarbij zowel de alliantie als de interventiemethoden zijn aangepast aan de unieke cliënt. De relatie tussen hulpverlener en cliënt en de relationele flexibiliteit van de hulpverlener zijn belangrijk, waarbij het centrale proces in deze alliantie **relationele afstemming** is (Rober, 2017). Rober geeft aan dat de gerichtheid op de relatie een beeld van hulpverlening is dat kritisch staat op het neoliberalisme in onze samenleving. Volgens Rober legitimeert het neoliberale systeem zich als de vanzelfsprekende en natuurlijke staat van de wereld waarin weinig ruimte voor de complexe, unieke mens in zijn verbondenheid met de context. Rober pleit voor hulpverlening in de eerste plaats als ontmoeting (Rober, 2012).

Het werken vanuit een biopsychosociaal model met gebruik van de kennisgebieden op de verschillende systeemniveaus betekent dat er meer complexiteit moet worden toegelaten dan de afgebakende focus op alleen het individuele systeemniveau. Onderzoek naar methoden op het individueel systeemniveau geeft de mogelijkheid om de problematiek te reduceren tot dat wat helpt op dat niveau, maar kan dus andere belangrijke informatie op andere niveaus, zoals het gebied van relaties en netwerken die ertoe doen, missen. En het gevolg hiervan is uiteindelijk dat de jeugdige, ouder of gezin tekort wordt gedaan. Vanuit het relationeel-systemisch denken is het van belang om vanuit meerdere perspectieven en systeemniveaus proberen de problemen die zich voordoen te begrijpen (Van de Velden, 2014).

Een relationeel-systemische metavisie sluit aan bij de genoemde innovatieve ontwikkelingen in de ggz. Scheepers (2021) pleit voor acceptatie van de complexe werkelijkheid en het loslaten van modeldenken: “Als we de complexiteit van het leven beter leren accepteren en de dialoog aangaan om elkaar beter te begrijpen, kunnen we elkaar ook beter helpen.”

Wat betekent het voor jeugdigen, ouders en gezinnen dat hun problemen momenteel vooral individugericht begeleid en behandeld worden? Geeft het hun als burgers meer gevoel van

samenhang? Wordt er door professionals en beleidsmakers eenzijdig een focus gelegd op de individuele psychologische ontwikkeling van jeugdigen en ouders of worden er vanuit de systeemoptiek relatiegericht en ook vanuit de andere systeemniveaus gekeken, begeleid en behandeld? En wordt daarmee vanuit een relationeel-systemische benadering daadwerkelijk gewerkt aan meer samenhang voor inwoners?

## 5.4 Spanningsveld: Geprotocolleerd werken versus praktische wijsheid (dilemma over kwaliteit)

In de vorige paragraaf wordt een voorbeeld genoemd van een jeugdige die individuele *evidence based* psychologische zorg ontvangt, waarbij er geen oog is voor de contextfactoren als armoede. Hoewel er in de individuele hulp gebruik gemaakt wordt van een *evidence based* behandeling, kan hier toch sprake zijn van een mismatch, namelijk dat de hulp onvoldoende aansluit bij andere problemen waar de jeugdige mee worstelt, zoals het armoedeprobleem en meedoen in de samenleving. De jeugdige kan dan ondanks kwalitatief goede zorg toch belemmerd worden in zijn ontwikkeling en zelfbeeld. In deze paragraaf gaan wij verder in op de mismatch die het gevolg kan zijn van onvoldoende integraal en interprofessioneel werken. Alsmede gaan wij in op praktische wijsheid die nodig is om kwalitatief goede jeugdhulp te kunnen bieden.

Zoals aangegeven in de vorige paragraaf zien wij geprotocolleerd werken als een manier om wetenschappelijk onderbouwde (*evidence based*), kwalitatief goede hulp te kunnen bieden. Maar professionals komen in hun dagelijkse praktijk ook problemen tegen waarbij de bewezen kennis niet goed werkt, bijvoorbeeld omdat er verschillende problemen tegelijkertijd spelen die voortdurend op elkaar inwerken: de relatieproblemen van de ouders die invloed hebben op het functioneren op het werk, tot een alcoholprobleem aanzetten, de verhoudingen met de schoonfamilie op scherp zetten en de problemen van het kind die de ouders doen strijden met elkaar etc. Professionals moeten dan op zoek naar een werkzame manier van omgaan met de problemen.

In het onderzoek dat wij hebben gedaan zien wij deze werkzame manier niet alleen in *evidence based* protocollen, maar ook in een onderbouwde relatiegerichte, systemische benadering waarbij aangesloten wordt op de leefwerelden van de jeugdigen, ouders en gezin en netwerken. Deze vorm van kwaliteit laat zich zien in praktische wijsheid met verantwoorde afwegingen ten aanzien wat op dit moment het goede is om te doen, met de finaliteitsvraag in het achterhoofd ten aanzien van uiteindelijk ten goede komt aan het welzijn van de jeugdige, ouders en gezin. Hierbij staat niet het eigen model of methodiek voorop, maar de aansluiting op wat er nodig is voor de jeugdige, ouders en gezin.

Praktische wijsheid gaat over de vraag wat is hier en nu het goede om te doen? Bij die vraag gaat het niet om theoretisch of technisch begrip, maar om het doen van wat moreel goed is voor deze ene persoon, op dit moment. Het gaat daarbij niet primair over weten en kunnen, maar over afwegen. Kwaliteit van zorg en hulpverlening is meer dan bewezen kennis toepas-

sen. Praktische wijsheid betekent dat er een goede kwaliteit van zorg wordt gerealiseerd met behulp van reflecteren en kwaliteitsbewustzijn (Baart et al., 2019).

Praktische wijsheid is verbonden aan ethiek. Het ethische streven heeft te maken met de volgende aspecten: het streven naar een goed leven, met en voor anderen in rechtvaardige instituties. De kern van een goed leven is deelhebben aan vriendschap en aan de zorgzaamheid en wederkerigheid die daarin gestalte krijgt, in nabije relaties met en voor anderen (Kunneman, 2022; Baart, 2018).

Helaas is in de huidige gerichtheid op kwaliteit nog steeds de aandacht primair op (juridische) procedures, systemen, het bewaken, meten en verbeteren, waarbij inhoudelijkheid ondergesneeuwd raakt. In de behoefte om het praktisch te houden, operationeel, overzichtelijk, begrijpelijk en ordelijk, komen de ethische en normatieve aspecten in de verdrukking. Daarnaast beloont het huidige kwaliteitsbeleid voegzaamheid met een dichttimmering niet alleen in de beroepstaken, maar ook in de voorschriften van bijbehorende beroepsverenigingen. De hulpverleners worden hiermee belemmerd om out of the box te denken en durven uit angst voor juridische gevolgen niet af te wijken, waar dat wel nodig zou zijn. De ruimte voor morele intuïties, morele verbeelding, interruptie, finaliseren, beraadslagen en dan de sprong wagen naar een verantwoorde interventie ontbreekt.

Het gebruik van praktische wijsheid betekent dus dat mensen bij psychische en psychosociale problemen niet door een behandelprotocol worden heen geloodst, maar op maat passende en persoonlijke hulp ontvangen, waarbij de relatie centraal staat. Veel professionals komen in het nauw wanneer zij de praktische wijsheid door tijdsdruk en protocoldwang niet meer kunnen laten spreken. Dit kan een vervreemdend effect hebben op zowel de hulpverlener als de jeugdige, ouders, gezin. Professionals willen meestal graag voor anderen echt van betekenis zijn, waarbij kennis en expertise een belangrijke rol hebben. Maar waar blijft het vriendschappelijke aspect van de relatie, de ontmoeting, als een jeugdige, ouders en gezin alleen nog worden beschouwd als een casus waarover regie wordt genomen om effectief en efficiënt de zelfredzaamheid wordt bevorderd (Kunneman, 2021)?

Wat betreft het regie nemen in een casus kan het zijn dat met een geprotocolleerd behandelaanbod te snel de vraag geherformuleerd wordt waarmee onteigening plaatsvindt van het probleem en de eigen regie onderbelicht raakt. Hoewel het kostenbesparend lijkt te zijn om een behandelprotocol in te zetten, is dat lang niet bij alle jeugdigen, ouders en gezinnen het geval. Uit onderzoek naar kwaliteit in de hulpverlening blijkt dat nog altijd de interpersoonlijke relatie het meest helende is (Duncan & Miller, 2000; Baart, 2018).

Wat maakt dat ten aanzien van het handhaven van kwaliteit en de vergoedingen in de hulpverlening niet de relatie centraal staat, maar geprotocolleerde behandelplannen de meest aandacht krijgen, - alsof het er niet toe doet wie het plan uitvoert. Dit gaat voorbij aan dat de relatie wel degelijk van belang is bij psychische en psycho-sociale problematiek. Logica, modellen en kaders schieten te kort in het begrijpen van mensen, maar als we vanuit de

relatie de dialoog aangaan om elkaar beter te begrijpen, kunnen we elkaar ook beter helpen (Scheepers, 2021). Praktische wijsheid is aldus kijken met je hart.

Professionals kunnen zichzelf beter positioneren als bedachtzame bondgenoten die jeugdigen, ouders en gezinnen herinneren aan eerder ontwikkelde engagementen en plannen, dan als experts die een repliceerbaar plan ontwikkelen en implementeren. De opvatting dat er experts bestaan die meer weten over de ervaringen en betekenissen van een persoon dan de persoon zelf kan het risico inhouden dat de wijsheid van de jeugdige, ouders, gezin zelf in het verborgene blijft en dat zij de expertise over hun leven uit handen gaan geven. Dit ondersteunt een "geestelijke gezondheidsindustrie" (Madsen, 2011). In ons onderzoeksproject 'wijkgericht werken jonge kind' merken wij in de gesprekken met ouders dat de angst om over de drempel te stappen en je eigen kwetsbaarheid te tonen veel te maken heeft met de angst om de eigen expertise over hun leven uit handen te geven. In ons project werken wij er gericht aan om ouders zelf de regie te geven over het creëren van optimale omstandigheden waarin zij opvoedvragen durven stellen en eigen ervaring durven te delen (Bos-de Groot et al., 2021).

Samenwerkingsgerichte benaderingen gaan vaak in tegen het heersende discours, waardoor deze vorm van samenwerken met de jeugdige, ouder, gezin onvoldoende plek en positie in de instellingen krijgt. Dit heeft tot gevolg dat professionals, mede onder werkdruk geïsoleerder gaan werken en de gelegenheid om te leren en te reflecteren vermindert. Tijd om na te denken wordt hiermee een luxe, terwijl reflectie een van de belangrijkste eigenschappen van kwaliteit in de jeugdhulp is. (Madsen, 2011). Ook de beweging van nul geeft aan dat samen leren enorm belangrijk is voor de kwaliteit van de jeugdhulp in de vorm van een 'voortdurend lerend jeugdhulpsysteem'.

Wat betekent kwaliteit van hulp en zorg voor jeugdigen, ouders en gezinnen? Is dat primair het volgen van een protocol, of het leggen van een veilige relatie en het op maat geven van hulp? In welke benadering ervaart de burger de meeste samenhang?

Voor welke kwaliteit kiezen wij in onze samenleving? Staat de kwaliteit van protocollen en een medisch model op de voorgrond en denken wij dat wij psychische gesteldheid en welzijn hierin kunnen vatten en recht-strijken? Liever zien wij dat complexiteit de ruimte krijgt met daarbij een relationeel-systemische benadering en de ontwikkeling van praktische wijsheid.

## 5.5 Hoe verder?

Wat betekent het voor jeugdigen, ouders en gezinnen dat je de route van normaliseren kiest in plaats van medicaliseren? In gesprekken met ouders vanuit het onderzoek wijkgericht werken jonge kind blijkt dat het normaliseren ruimte geeft om juist wel te delen over waar je je kwetsbaar in voelt. Ouders durven in een context van het gewone leven aan te geven wat hen bezighoudt en zien hierin een enorme meerwaarde; want wanneer de drempel niet te hoog is hoeven angsten en onzekerheden zich ook net verder op te stapelen. Ouders ervaren

hierbij regie, want ze bepalen zelf hoeveel ze kwijt willen over hun problemen of zorgen. De ontmoeting in de activiteit staat centraal en dat geeft ruimte voor elkaar leren kennen en afstemming.

Wanneer er in onze samenleving voldoende gebruik gemaakt van een relationele visie en normaliseren, kan de overgang gemaakt worden van een ziekterol naar een veerkrachtige rol. Ouders voelen zich in een relatiegerichte hulp beter aangesproken op hun veerkracht, op de eigen competenties en mogelijkheden, omdat deze gericht is op de eigen unieke kracht.

Wanneer jeugdigen, ouders en gezinnen vooral relationeel-systemisch begeleid en behandeld gaan worden in plaats van individugericht doet recht aan hoe zij hun realiteit ervaren: een probleem van een jeugdige of ouder is tevens een gezinsprobleem of familieprobleem. Iedereen heeft op zijn eigen manier een relatie tot het probleem en voelt zich hierbij ook in meer of mindere mate belast (Baars & Van Meekeren, 2013). Alle naastbetrokkenen willen graag van betekenis zijn voor het kind, de ouders, het gezin. Vanuit een relationeel-systemische visie wordt hier gebruik van gemaakt en worden onderlinge verbindingen versterkt. Degenen die ertoe doen praten al dan niet fysiek mee in het gesprek, wat de samenhang voor burgers ten goede komt.

Wanneer de burger en zijn relaties centraal komt te staan hoeft er minder van het stoornis-denken gebruik gemaakt te gaan worden en dit komt de veerkracht van burgers ten goede. Veerkrachtige jeugdigen, ouders, gezinnen maken gebruik van hun relaties om verder te ontwikkelen en te groeien, wat uiteindelijk kostenbesparend is en preventief werkt om dure ggz-zorg te voorkomen. Preventieve activiteiten door en voor ouders helpen mee om kwetsbaarheid een plek te geven. Een relationeel-systemische benadering biedt hierbij kwaliteit van begeleiding en komt de samenhang voor burgers ten goede.

Wanneer wij kiezen voor praktische wijsheid in onze samenleving ontstaat er ruimte om samen te leren. Professionals kunnen naar elkaars werk kijken in een ambachtelijke setting, waarbij samen gereflecteerd wordt op hoe de kwaliteit van het werk optimaal kan worden en professionals en burgers er plezier in hebben om samen steeds verbeterslagen te maken. De leergemeenschappen in onze Programmalijn Jeugd hebben dit gezamenlijk leren expliciet als doel gesteld (Bos-de Groot & Jager-Vreugdenhil, 2019). Het gezamenlijk leren komt de samenhang voor burgers ten goede.

# 6 Samenwerking tussen werk en zorg

Mensen die hun eigen keuzes maken en hun leven inrichten zoals ze dat willen, dat is het ideaal van de participatiesamenleving volgens Rutte. In hoofdstuk 2 zeiden we al: dat klinkt vanzelfsprekend, maar is het niet voor mensen met een chronische ziekte, mensen die de taal niet spreken, mensen die leven met de gevolgen van trauma, mensen die net afwijken van wat we als normaal bestempelen. Pas als zij 'gewoon' hun leven kunnen inrichten zoals ze willen, zijn we echt een 'participatieland'. 'Gewoon' werk hebben is daar een belangrijke component in. Daarom besteden we een apart hoofdstuk aan het mooie voorbeeld van sociale onderneming Binthout, waar we samen met de Universiteit voor Humanistiek onderzoek deden naar de ervaringen van onder andere de werknemers zelf.

## 6.1 Hoe werk en zorg samengaan om participatie te bevorderen

De Participatiewet, die samen met onder andere de vernieuwde Wmo op 1 januari 2015 werd ingevoerd, heeft tot doel zoveel mogelijk mensen te laten participeren in de samenleving. Uit diverse onderzoeken wordt duidelijk dat een zinvolle dagbesteding (via betaald werk) voor mensen met een verstandelijke beperking en/of psych(iatr)ische problematiek op persoonlijk vlak veelal gunstige resultaten heeft (uitgewerkt in Algera & Stouten-Hanekamp, 2017).

Van sociale ondernemingen wordt gehoopt dat zij een grotere doorstroom kunnen bewerkstelligen naar regulier, betaald werk. Het zijn "zelfstandige ondernemingen die een product of een dienst leveren en primair en expliciet een maatschappelijk doel nastreven" (SER, 2015, p. 26). Ook willen zij iets willen betekenen voor werknemers of klanten in een achtergestelde positie (SER, 2015). (Het streven naar) arbeidsparticipatie van mensen met een verstandelijke en/of psych(iatr)ische beperking, die daardoor een afstand tot de arbeidsmarkt hebben, is dat maatschappelijke doel. Tegelijkertijd zijn het ook ondernemingen, die al dan niet met behulp van subsidiegelden (dagbestedingsvergoedingen vanuit de Wlz of Wmo, al dan niet in de vorm van pgb) hun hoofd boven water moeten zien te houden. Enerzijds wordt geprobeerd zoveel mogelijk een reguliere werkplek te benaderen, anderzijds is er meer dan gebruikelijk voor de meeste bedrijven aandacht voor de persoonlijke problemen van werknemers. Daarmee opereert men op het snijvlak tussen werk en zorg. Onderzoek naar sociale ondernemingen (samengevat in Algera & Stouten-Hanekamp, 2017) laat zien dat zij in hun manier van werken voorwaarden voor succesvolle re-integratie kunnen vervullen, juist door hun combinatie van zorg en werk voor de medewerkers.

De vraag is hoe die combinatie van de domeinen zorg en werk in de praktijk uitwerkt. Elk domein heeft zijn eigen vereisten, regels en gewoonten, in dit hoofdstuk 'logica' genoemd. Als geluisterd wordt naar het professionele discours over sociale ondernemingen, dan staan de

werklogica en de zorglogica met elkaar op gespannen voet, als twee zijden van één medaille. De vraag is of dit in alle gevallen zo is, of dat er soms geen sprake van een spanningsveld is, maar eerder van een harmonieus samengaan van beide logica's. Het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken deed in 2017 onderzoek naar het al dan niet samengaan van de werklogica en de zorglogica bij één zo'n sociale onderneming: houtbewerkingsbedrijf Binthout te Zwolle.

Binthout is een sociale onderneming in de gemeente Zwolle, die houten designproducten maakt en verkoopt. In het productieproces worden mensen met een beperking ingezet. De sociale onderneming biedt zowel plaats aan mensen met een verstandelijke beperking met een Wlz-indicatie als beschut werk en werkervaringsplaatsen aan mensen met een licht verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek die de opstap naar regulier werk willen maken, maar hiervoor nog laatste vaardigheden moeten en willen opdoen (Algera & Stouten-Hanekamp, 2017). We onderzochten wat hun werkwijze was en wat de ervaringen van betrokkenen waren, zowel werkgever als werknemers en de professionals die de werknemers ondersteunden. In onze rapportage over dit project beschreven we het verschil tussen werk- en zorglogica in tien aspecten. Samengevat beschrijven we deze verschillen hier als één spanningsveld: dat tussen het 'gewone' van de werkomgeving versus het 'ongewone' van een zorgcontext.

# Sociale onderneming Binthout te Zwolle

**Onderzoek:** een methodiekbeschrijving van een houtbewerkende sociale onderneming te Zwolle.

**Deelnemende partij:** sociale onderneming Binthout te Zwolle.

**Onderzoekers:** Marco Algera en Monica Stouten-Hanekamp (Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken); Tania Huijben, Laurine Blonk, Femmianne Bredewold en Evelien Tonkens (Universiteit voor Humanistiek).

## Beschrijving onderzochte praktijk

Binthout geeft een per dag wisselende groep werknemers werk te doen in de houtwerkplaats, om houten designproducten te fabriceren. De eigenaren zijn geen sociaal werkers, maar een houtbewerker en een designer, maar hebben elk een groot hart voor de kwetsbare medemens. Naast het afleveren van deugdelijke producten op bestelling staat de zorg voor en (arbeids)training van werknemers centraal. Werknemers worden geholpen weer in het arbeidsritme te komen en leren te werken voor een baas. Persoonlijke problemen worden aangehoord. Ten tijde van het onderzoek werden werknemers niet financieel uitbetaald, maar werd de waardering voor hen als persoon en hun werk meer getoond in persoonlijke aandacht, hulp ook buiten de werksituatie om en wekelijks een maaltijd.

## Onderzoeksvragen

1. Wat geven relevante partijen aan over hoe Binthout omgaat met het spanningsveld tussen werklogica en zorglogica?
2. Welke handvatten hebben veldpartijen van elkaar nodig om sociale ondernemingen als Binthout werkzaam te laten zijn?

## Onderzoeksmethode en respondenten

Het onderzoek werd uitgevoerd met behulp van participerende observaties, diepte-interviews met de beide werkgevers en zestien (oud)werknemers van Binthout. Verder zijn drie zorgprofessionals geïnterviewd van instellingen waar enkele werknemers van Binthout (begeleid) woonden. Ook gemeente-ambtenaren en een paar afnemers van Binthoutproducten werden bevraagd. Ten slotte zijn er twee focusgroepsbijeenkomsten georganiseerd volgens het Worldcafé-principe, waarbij deelnemers per stamtafel rouleren en voortbouwen op de gesprekken van een eerdere groep. De deelnemers (n=10) waren (andere) sociaal ondernemers, gemeente en zorginstellingen.

## Hoofdlijn conclusies en aanbevelingen

In het onderzoek is het spanningsveld tussen werklogica en zorglogica uitgewerkt in tien tegenstellingen (zie box 6.1). Binthout bewoog zich per tegenstelling nu eens aan de zorgkant, dan weer meer aan de werkkant en soms op beide tegelijkertijd of ergens in het midden.

De door veldpartijen aangereikte handvatten voor een succesvolle sociale onderneming waren divers en richtten zich op de werkvloer (onder andere samenstelling van werkploegen), de deskundigheid van de sociaal ondernemers en profilering van de sociale onderneming naar buiten toe.

**Lees verder in de onderzoeksrapportages:**


- Algera, M., & Stouten-Hanekamp, M. (2017). *Sociale onderneming Binthout snijdt hout. Hoe Binthout als zorgzame werkplek schaaft om een springplank te zijn; onderzoeksrapportage. Zwolle:* Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.
- Algera, M., Huijben, T., Blonk, L., Bredewold, F., Stouten-Hanekamp, M., & Tonkens, E. (2017). *Binthout snijdt hout. Explicitering, onderbouwing en evaluatie van de werkwijze van sociale onderneming 'Binthout' in Zwolle.* Zwolle: Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.
- Blonk, L., Huijben, T., Bredewold, F., & Tonkens, E. (2020). Balancing care and work: a case study of recognition in a social enterprise. *Disability & Society, 35* (6), p.972-992. DOI: 10.1080/09687599.2019.1669434

## 6.2 Spanningsveld: Het gewone van werk versus het ongewone van zorg (werklogica versus zorglogica)

In box 6.1 wordt het spanningsveld tussen werklogica en zorglogica opgedeeld in tien tegenstellingen. Daarin worden 'regulier werk' en een 'dagbestedingsplek' tegenover elkaar gezet als tegenpolen. De werkplek, geboden door sociaal ondernemer Binthout, hield over het algemeen zoveel mogelijk de 'werklogica' aan: het is een gewoon bedrijf, gericht op het maken van mooie meubels gemaakt van lokaal hout; de werknemers worden door de werkgever behandeld als gewone werknemers. Daar kwamen wel aspecten van de 'zorglogica' bij, omdat de werknemers een licht verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek hadden, waarvoor ze ook cliënt waren bij een zorgorganisatie. Wat dit verschil tussen de beide logica's in de praktijk betekende, is uitgewerkt in onderstaande tegenstellingen tussen werklogica en zorglogica. In de praktijk hoeven dit geen zwart-wit tegenstellingen te zijn, maar we denken dat het onderscheid toch verhelderend kan zijn.

**Box 6.1 – Werklogica versus zorglogica: tien tegenstellingen**

| Werklogica | Zorglogica |
|---|---|
| Materiële waardering | Immateriële waardering |
| Voorwaardelijke begeleiding | Onvoorwaardelijke begeleiding |
| Verplichte aanwezigheid | Vrijblijvende aanwezigheid |
| Werk als zinvolle bijdrage aan samenleving (gever) | Werk in teken van hulpverlening (ontvanger) |
| Collega's en werkgever | Mede-cliënten en zorgverleners |
| Gevarieerde en ontwikkelingsgerichte werkzaamheden | Routinematige werkzaamheden |
| Prestatie-eisen (werkdruk) | Vrijblijvend bezig zijn (geen werkdruk) |
| Gericht op eindproduct | Gericht op proces |
| Ook minder leuke werkzaamheden uitvoeren | Alleen maar leuk werk |
| Ambachtelijkheid (beroepstrots) | Fröbelen |

In de praktijk bleek Binthout zich in deze tegenstellingen meestal niet op één van de uitersten, maar ergens tussen beide logica's in te bevinden (goeddeels overgenomen uit: Algera & Stouten-Hanekamp, 2017). De beschreven tegenstellingen worden hieronder verder toegelicht. Aan het eind van dit hoofdstuk komt aan bod welke handvatten veldpartijen (sociale onderneming, zorgprofessionals en gemeente) van elkaar nodig hadden om een sociale onderneming succesvol te laten zijn.

### 6.2.1 ‘Materiële waardering’ versus ‘Immateriële waardering’

*Toelichting: Werk is gekoppeld aan salaris, terwijl bij bijvoorbeeld dagbestedingsplekken (zorg) de beloning immaterieel is en uit persoonlijke aandacht en complimenten bestaat.*

Binthout zat wat betreft beloning geheel aan de zijde van de zorglogica: er werd aan werknemers geen salaris uitgekeerd, maar er werden leerervaringen mogelijk gemaakt en complimenten uitgedeeld.

Voor een enkele (oud)werknemer was het wel even wennen niet betaald te krijgen en voelde het aanvankelijk niet als ‘eerlijk’ aan, maar al snel werd het krijgen van leerervaringen (zowel technisch met hout als ook het opdoen van werknemersvaardigheden) als belangrijker dan geldelijke waardering gezien. De waardering als persoon prevaleerde boven klinkend munt. Traktaties (patat op vrijdag) werden ook als beloning ervaren. Als een salaris al gemist werd, dan was het omdat (meer) geld helpt om uit een armoede-situatie te kunnen komen of meer leuke dingen te kunnen doen of kopen. Voor de werkgevers zou op het moment van het onderzoek indiensttreding van werknemers een grote (financiële) verplichting en dito risico impliceren. Omdat deze sociale onderneming lang niet voor alle werknemers subsidie kreeg, kon financiële waardering ook niet uit.

Ter relativering van het gemis aan uitbetaald salaris: doorgaans hadden werknemers een uitkering. Voor sommigen gold dat zij ervoeren hun uitkering zelf bij elkaar te verdienen met het werken bij Binthout. Bovendien zat een belangrijk deel van de werknemers in de schuldsanering waardoor (financiële) verdiensten weinig bijdroegen aan een groter besteedbaar inkomen.

### 6.2.2 ‘Voorwaardelijke begeleiding’ versus ‘Onvoorwaardelijke begeleiding’

*Toelichting: De begeleiding die een werknemer ontvangt op een reguliere werkplek is eindig. Is de geboden begeleiding niet toereikend, dan volgt wellicht ontslag vanwege disfunctioneren. Bij dagbesteding is de begeleiding juist de aanleiding voor het contact en daarmee in principe onvoorwaardelijk.*

Werkgevers en voorman schaarden zich expliciet aan de kant van de werklogica in dit opzicht: het werk stond centraal, ‘emotionele begeleiding’ hoorde thuis bij de begeleidende zorginstelling. Hun werkgerelateerde begeleiding bestond echter niet alleen uit werkinstructies, maar ook uit het continu inschatten van de belastbaarheid van de individuele werknemer. Er werd veel ruimte geboden te werken aan afgesproken, persoonlijke leerdoelen, maar werknemers werden wel gewezen op hun eigen verantwoordelijkheid in dezen. De persoon werd onvoorwaardelijk geaccepteerd, diens gedrag lang niet altijd – en met dit alles plaatste Binthout zich gelijktijdig ook in de zorglogica. Van werkgevers zonder zorgachtergrond werd niet verwacht latente signalen, voortkomend uit ziektebeelden, altijd te kunnen oppikken. Wellicht volstond hun ervaringskennis met de doelgroep. Werkgevers waren niet (primair) geïnteresseerd in iemands diagnose: ‘kom eerst maar werken, dan zien we gaandeweg wel wat er nodig voor de werkbaarheid’.

### 6.2.3 'Verplichte aanwezigheid' versus 'Vrijblijvende aanwezigheid'

*Toelichting: Een reguliere werknemer staat onder contract om een bepaald aantal uren aan het werk te zijn, al dan niet fysiek aanwezig. Dat speelt voor een dagbestedingssetting heel anders: hoewel begeleiders wellicht op de deelnemer rekenen, is het geen probleem als die wegblijft. Er heerst een ander (arbeids)ethos.*

Wat betreft deze tegenstelling combineerde Binthout werklogica en zorglogica. De werknemer had een contract ondertekend, waarbij hij zich verplichtte de afgesproken dagdelen aanwezig te zijn om te werken. Op deze afspraken werd de bedrijfsplanning gestoeld. De bedrijfscultuur werd bewaakt door niet-vrijblijvende aanwezigheid van werknemers. Toch is het niet zo, dat het contract knellend was. Als de omstandigheden daartoe aanleiding gaven, kon het aantal dagdelen vermeerderd of verminderd worden. Ook als iemand blokkeerde in z'n werkzaamheden vanwege bepaalde acute problematiek, dan was hij vrij om te gaan om thuis te rusten. Hoewel er in de bedrijfsvoering rekening gehouden werd met iemands inzet, was de belangrijkste reden voor de werkgevers om werknemers aan te sporen aanwezig te zijn, dat zij werknemers alleen konden helpen in het proces naar een voorwaartse stap als die laatsten zelf ook aanwezig zijn. Als een werknemer enige tijd verzuimde, dan kreeg hij huisbezoek van één van de werkgevers om terugkeer te vergemakkelijken. De insteek van presentie was bij dit alles dus niet primair het werk, maar de te bieden hulp.

### 6.2.4 'Werk als zinvolle bijdrage aan samenleving (gever)' versus 'Werk in teken van hulpverlening (ontvanger)'

*Toelichting: Bij regulier betaald werk stelt de werknemer zijn kennis en tijd ten dienste van een groter geheel (een organisatie of de samenleving); hij of zij is met de getoonde inzet een gevende partij. Op een dagbestedingsplek werkt een persoon ook, maar dan als ontvangende partij: het werk doet hem of haar goed.*

Bij Binthout gaat het om kwetsbare mensen die producten maken. Met het maken van producten gaven werknemers iets aan de samenleving. Immers: er werden dingen gemaakt die in de openbare ruimte geplaatst werden of voorwerpen waarvan klanten blij werden en waaraan die geld wilden spenderen. (Oud)werknemers gaven aan nuttig bezig te willen zijn en ergens aan bij te dragen. Wat dat betreft leverde de werknemer een waardevolle dienst: werklogica dus. Aan de andere kant ontving de werknemer ook een dienst, omdat het hele productieproces gecentreerd was rond de (on)mogelijkheden van de werknemer en dat raakte meer aan de zorglogica. Op micro-niveau brachten werknemers tevens iets in: gezelligheid in het team, vakkennis en ideeën of specifieke talenten, zoals het inventariseren van de inkoop van de kantine.

Ook op ander vlak was sprake van een zinvolle bijdrage aan de maatschappij. Denkbeelden van sommige werknemers veranderden over hoe aan geld te komen (legaal dan wel illegaal), een enkele werknemer ontdekte een nieuwe levensdroom of leerde beter over zichzelf te denken. Als deze aspecten dragen bij aan een meer inclusieve samenleving.

Op nog weer wat abstracter niveau kon Binthout zelf als een waardevolle bijdrage aan de samenleving beschouwd worden. Immers: deze sociale onderneming stelde kwetsbare mensen in staat in de samenleving te kunnen participeren en vaardigheden op te doen voor een eventuele overstap naar regulier werk.

### 6.2.5 'Collega's en werkgever' versus 'Mede-cliënten en zorgverleners'

*Toelichting: Verhoudingen op de werkvloer liggen anders als de baas werkgever is of juist hulpverlener. In het verlengde daarvan zijn andere werknemers eerder collega's of juist mede-cliënten.*

Het uitgangspunt was in de praktijk van Binthout dat men bij elkaar was vanwege de werksituatie. Zorginstellingen zagen de werksetting als heilzaam voor hun cliënten. De werkgevers stelden zich op en werden door werknemers ervaren als bazen, zij het van de tegemoetkomende soort. Werknemers werden aangesproken op gedrag: niet alles werd gepikt. Werknemers spraken over elkaar als collega's, maar wisten van elkaar dat ieder aanwezig wel een rugzakje had; dat was verder geen issue. Werknemers leerden elkaar ook handigheidjes, hetgeen door de bedrijfsleiding gestimuleerd werd. Binthout kende veel waarde toe aan (het oefenen met) onderlinge sociale contacten, bijvoorbeeld gedurende de pauzes.

De inspanningen de werknemer verder te helpen op diens levenspad oversteeg soms de werkplaats: zo probeerde de werkgever voor een werknemer voor elkaar te krijgen dat hij taxichauffeur kon worden. De sfeer werd gezellig gehouden en er werd voor gewaakt dat iemand buitengesloten zou worden. Er heerste een 'mannen onder elkaar'-mentaliteit; de stijl van de werkgevers werd door een oud-werknemer 'lekker lomp' genoemd. Gelijkwaardigheid tussen werknemers onderling, maar ook tussen werkgevers en werknemers was een leidend principe. Van wat raar gedrag werd niet vreemd opgekeken. Op (slaande) ruzies werd direct geacteerd, hoewel omstanders er later niets van terug hoorden, waardoor het leek alsof er niets mee gedaan is. Soms leken de werkgevers iets te afwachtend en was de zorginstelling strenger om bepaald gedrag van een werknemer aan te pakken. Daarover werden dan afspraken gemaakt.

Zowel zorginstellingen als (oud)werknemers en de gemeente zouden graag zien dat de werkgevers iets meer kennis van zaken zouden hebben als het gaat om (specifieke zaken en gedrag van) de doelgroep, maar zagen ook wel het 'gevaar' in al te zorggericht te worden. Zelf gaven de werkgevers aan dat zij de laatste tijd iets opgeschoven waren van werk in de richting van zorg door bijvoorbeeld het productieproces nog meer af te stemmen op de werknemers (standaardisatie in maatvoering van planken). Al met al begaf Binthout zich met name aan de kant van de werklogica als het om deze tegenstelling ging.

### 6.2.6 'Gevarieerde en ontwikkelingsgerichte werkzaamheden' versus 'Routinematige werkzaamheden'

*Toelichting: Om regulier werk aantrekkelijk te houden, wordt veelal gestreefd naar afwisseling en verdere ontwikkeling van capaciteiten in en door het werk. Vaak is werk op een dagbesteding repeterend, routinematig van aard.*

Hoewel er een routinematige kant aan het werken bij Binthout kon zitten (veel schuren bijvoorbeeld), was het merendeel van de werkzaamheden gericht op ontwikkeling. Daarmee plaatste deze sociale onderneming zich met name op de werkkant. Deze ontwikkeling betrof zowel het uitbreiden van het handelingsrepertoire – ieder naar zijn (on)mogelijkheden en aangegeven interesse – als ook (en vooral) op werknemersvaardigheden en zelfvertrouwen. Velen, zowel zorgprofessionals als (oud)werknemers, spraken over 'geboden kansen om verder te komen' dankzij Binthout.

De mate waarin een werknemer meer gevarieerd of juist meer routinematige werkzaamheden verrichtte, verschilde per werknemer. Deze verschillen werden omarmd en met de werknemer werden de wensen en mogelijkheden besproken. Overigens kon monotoon werk ook bevredigend zijn voor werknemers. Er was in het verleden sprake geweest van hogere absentie ten gevolge van een grote klus die veel schuren vereiste. Sindsdien werd dit opgelost door de werkzaamheden meer af te wisselen en te verdelen onder werknemers.

### 6.2.7 'Prestatie-eisen (werkdruk)' versus 'Vrijblijvend bezig zijn (geen werkdruk)'

*Toelichting: Kwaliteits- en prestatie-eisen horen bij 'echt werk', maar de druk die dat oplevert, kan ook resulteren in uitval. Bij een dagbesteding is aanwezigheid voldoende en speelt werkdruk niet.*

Met werkdruk werd op verschillende manieren omgegaan. Enerzijds werd die zoveel mogelijk weggehouden van de (meeste) werknemers, omdat die daarop in vorige (werk)settingen vaak stuk liepen. Doorgaans werden werkzaamheden gewoon doorgeschoven naar een volgend dagdeel als de klus nog niet klaar was. Als er toch iets echt af moest, loste de voorman dat op door een meer ervaren of beter tegen stress bestand zijnde werknemer op de klus te zetten, vaker te checken, waardoor ook het werktempo hoog bleef of door zelf mee te werken. Soms werden klussen door de bedrijfsleiding na sluitingstijd afgemaakt. Werknemers hielpen elkaar ook om een gesteld prestatiedoel te bereiken: zowel met de handen als bemoediging dat het vast wel ging lukken. Anderzijds werd onderkend dat enige werkdruk – afgestemd op de persoon – ook goed was als opstap naar een reguliere baan. Productieverwachtingen namen wel toe naarmate de werknemer er langer rondliep en meer ervaren raakte. Het halen van een deadline gaf ook voldoening: een prestatie was geleverd! Dat gold zowel individueel als voor een groep werknemers.

Omdat er te verkopen of bestelde producten gemaakt werden, golden er zeker kwaliteitseisen. Dat betrof niet alleen product-eisen, maar ook bijvoorbeeld de manier van inpakken voor verzending. Fouten mochten zeker gemaakt worden en werden gebruikt als leerervaring. Werknemers ervoeren geen schaamte na een ontdekte fout en er was geen boosheid bij de werkgevers/voorman, maar de taak moest wel overgedaan worden (brandplekken wegschuren of een doos opnieuw inpakken). Soms was een werknemer echter te nauwgezet in zijn werk. Hij leerde dan dat een tandje minder ook nog steeds goed genoeg was. Er werd gewerkt in blokken van anderhalf uur met vrij lange pauzes daartussen. Enerzijds was dit om de gelegenheid te bieden voor sociale contacten (zie § 6.3.5), anderzijds ook om uit te rusten van fysiek soms zwaar werk.

Al met al positioneerde Binthout zich per saldo zo ongeveer in het midden tussen werk- en zorglogica. Er werden wel eisen gesteld aan tempo (en kwaliteit), maar daarmee werd coulant omgegaan.

### 6.2.8 'Gericht op eindproduct' versus 'Gericht op proces'

*Toelichting: In het verlengde van andere tegenstellingen ligt het onderscheid tussen werk en zorg, daar waar het de primaire focus betreft: bij werk is dat op het eindproduct of de te leveren dienst (het 'wat'), terwijl dat bij zorg meer bij het proces ligt (het 'hoe').*

Binthout was gericht op het fabriceren van designproducten. Voor klanten was dit het belangrijkste; dat de productie plaatsvond met behulp van een speciale doelgroep was voor hen secundair en leverde eerder een bepaalde gunfactor op. Binnen deze sociale onderneming werd gehecht aan de werksetting. Alle werkzaamheden hadden een doel; er werd geen plankje geschuurd, omdat een werknemer schuren nu eenmaal zo leuk vond, zonder dat dat plankje nut had. Ook (oud)werknemers vonden het van belang dat het geen bezigheidstherapie was, maar dat er echte producten gemaakt werden, die verkocht konden worden en waarvan foto's op de website van Binthout geplaatst werden. Zo'n tastbaar product leverde een soort status op: 'ik doe geen laagniveau dagbestedingswerk'.

Sommigen waren niet geïnteresseerd in het eindproduct, maar deden gewoon hun aandeel daarin en haalden daaruit al voldoening: de wetenschap dat hun werk ergens goed voor was. Er kon altijd gevraagd worden wat het te maken eindproduct moest gaan worden.

Overwogen werd om productiehandleidingen te schrijven (stapsgewijze fabricage en assemblage van producten) met foto's en teksten, om de zelfwerkzaamheid te vergroten. Men was nog een beetje terughoudend hierin, omdat na aanschaf van een andere machine al die handleidingen aangepast zouden moeten worden. Bovendien had de voorman er dan minder zicht op of de werknemer de (schriftelijke) instructie wel begrepen had en stond daarom mondelinge instructie voor. Een aantal werknemers leek het interessant om van begin tot eind mee te werken aan een product (en minder gefragmenteerd); niet iedereen was hiertoe bekwaam.

In dit alles bleek Binthout een echte onderneming en niet gericht op het aangenaam bezig houden van mensen; de werklogica voerde de boventoon. Het productieproces (qua menselijke factor) was overigens duidelijk meer empathisch en lerend dan in reguliere bedrijven het geval is.

### 6.2.9 'Ook minder leuke werkzaamheden uitvoeren' versus 'Alleen maar leuk werk'

*Toelichting: Op een reguliere werkplek moeten ook weleens rotklusjes gedaan worden, terwijl de bezigheden op een dagbesteding veel meer gecentreerd zijn rond plezier en aangenaam tijdverdrijf.*

‘Motivatie’ was een kernwoord dat de meeste respondenten in dit kader gebruikten. Deze sociale onderneming hanteerde nauwelijks selectiecriteria vooraf, maar motivatie om te willen leren (meer nog dan om met hout te willen werken), stond voorop. Het waren vooral de verwijzers (zorginstellingen en gemeente), die al een voorselectie van kandidaten maakten op basis van dit criterium. Met die attitude gaf vrijwel iedereen aan dat vervelende taken nu eenmaal bij echt werk horen. Het omgaan met rotklusjes werkte de werknemersvaardigheid ‘discipline’ uit. Voorbeelden van vervelende klussen waren: met hout zeulen in een benauwde droogkamer of langdurig eentonig werk moeten verrichten. Het opruimen en schoonmaken van de werkplaats was ook niet favoriet. Een half uur voor einde werktijd werd voor iedereen tijd ingeruimd om hiermee bezig te zijn; dit was een automatisme geworden. De minder leuke taken waren overigens wel altijd werkgerelateerd (geen wc’s schoonmaken) en betroffen daarom toch ‘passend werk’. De insteek was dat werken nu eenmaal niet altijd alleen maar leuk was of hoefde te zijn. Binthout hanteerde dus de werklogica in dit opzicht.

### 6.2.10 ‘Ambachtelijkheid en beroepstrots’ versus ‘Fröbelen’

*Toelichting: Bij deze tegenstelling gaat het om het verschil tussen benodigde expertise, die beroepstrots kan uitwerken aan de ene kant en bezigheden waarvan de opbrengst toch niet gemist zou worden als ze niet verricht waren aan de andere kant.*

Ook qua niveau van de werkzaamheden scoorde Binthout aan de werkkant van het continuum ‘werk–zorg’. Hoewel iedereen de (hout)werkzaamheden wel kon leren, was er wel sprake van dat omgaan met machines en hout ambachtelijke competenties vergden, die ter plekke geleerd konden worden. Ook achter ogenschijnlijk simpele taken ging vaak meer schuil dan gedacht. Doordat het productieproces opgeknipt was in kleine stukken, kon iedereen een aandeel hebben. Een oud-werknemer zette de geleerde vakbekwaamheid in zijn volgende carrièrestap in. De leerstijl die de voorman hanteerde, was coachend: eerst voordoen, dan onder toezicht zelf laten doen en vervolgens beschikbaar zijn voor vragen.

Er werd gewerkt met een standaard maatvoering van planken. Hieruit werden de meeste producten opgebouwd. Dit had als voordeel dat werknemers zelfstandiger konden werken, het werken minder fysiek zwaar was en als er wat minder te doen was, voorraden konden aanleggen.

Omdat werkzaamheden belangrijk gemaakt werden, nodigde dit niet uit tot verveling of recalcitrant gedrag, zoals op een arbeidsmatige dagbesteding wel eens kan voorkomen. Verscheidene werknemers voelden trots wanneer ‘hun’ product in de openbare ruimte (zitbanken, informatiepanelen) geplaatst werd en bezochten die plekken.

## 6.3 Hoe verder?

Bij Binthout zagen we een voorbeeld van ‘normaliseren’ bij uitstek: de onderneming kiest in principe voor een zo gewoon mogelijke benadering van de werknemers als gewone werknemers. Dat was een bewuste keuze van Binthout: ze stellen zich vooral op als werkgever

en ondernemer. Wel zagen we dat op diverse manieren de zorglogica zich toch als het ware opdringt, misschien wel onvermijdelijk is. Dat uitte zich vooral in de hoeveelheid aandacht voor randvoorwaarden en begeleiding die de werknemers nodig hadden. Binthout bewoog flexibel mee met de werknemer die 'tussen wal en schip viel', die meer kon of wilde dan dagbesteding maar (nog) niet in staat was – of niet in staat zou zijn – om betaalde arbeid vol te houden.

Door deze menselijke en zorgzame aanpak, binnen een werkgerelateerde context, lukte het Binthout om werkzaamheden aan te bieden die de werknemers als echt werk ervoeren en waar ook een echte markt voor was, zonder dat er veel sprake was van uitval door werkeisen en werkdruk.

Omdat het flexibel balanceren van de werkgevers tussen de werk- en zorglogica per werknemer verschillend was en ook over de tijd heen kon verschillen, lukte het om aan te sluiten bij de competenties en vaardigheden van alle werknemers. Geconcludeerd kan worden dat Binthout op sommige onderdelen echt de werklogica volgde. In die zin was de sociale onderneming echt een onderneming. Het ging dan met name om zaken als:

- de werkgeversrol en het hebben van collega's;
- rotklusjes horen ook erbij;
- de benodigde vakkennis en de beroepstrots die met de productie gepaard gaat;
- de gerichtheid op te verkopen producten van de onderneming;
- de ontwikkelingsgerichtheid.

Op drie andere aspecten leek Binthout – in vergelijking met bovenstaande punten – wat meer naar de zorglogica te neigen, echter zonder de werklogica te verliezen. Beide logica's bestonden naast elkaar. Deze punten versterkten het beeld van Binthout als een sociale onderneming. Hierbij valt te denken aan:

- de aard van begeleiding (werkgerelateerd, maar met oog voor de persoon(lijke problemen));
- de aanwezigheid (in principe verplicht, maar indien nodig coulant gehanteerd);
- het door de werknemer zowel geven van arbeidskracht en als het ontvangen van werk(nemers)begeleiding.

Een bijzondere situatie gold voor de tegenstelling tussen prestatie-eisen en 'vrijblijvend bezig zijn'. Hier leek Binthout op geen van beide uiteinden van het continuüm 'werk–zorg' te functioneren, maar ergens in het midden: handhaving van kwaliteitseisen en enige werkdruk werden niet geschuwd, maar voortdurend individueel en leergericht toegepast.
Een laatste kenmerk van Binthouts werkwijze lag geheel aan de kant van de zorglogica; dit betreft de wijze van beloning (niet financieel, maar immaterieel).

Er kan geconcludeerd worden dat Binthout zich als bedrijf niet uitsluitend op één kant van het continuüm 'werk–zorg' bevond. Het was niet een volbloed 'reguliere onderneming', maar zeker ook niet voor honderd procent (het verlengde van) een zorginstelling. Voor zes van de

tien beschreven tegenstellingen tussen zorg- en werklogica was er bij Binthout een sterke oriëntatie op één van beide uiteinden van dat continuüm: in vijf gevallen betrof het de werklogica en in één geval hanteerde Binthout volledig de zorglogica. Op drie andere tegenstellingen werden beide logica's tegelijkertijd toegepast. Enerzijds werden werkprincipes aangehouden (werklogica), maar door flexibel hiermee om te gaan, afgestemd op de persoon(lijke situatie) van de werknemer, werd ook recht gedaan aan de zorglogica. Ten slotte was er nog één tegenstelling waarin beide logica's elkaar 'halverwege' tegenkwamen; hier was geen duidelijke keuze voor één van beide logica's.

Het sterke van deze sociale onderneming was dat de bedrijfsleiding (werkgevers en voorman) zich op sommige vlakken sterk als werkgever gedroeg (werklogica), op een ander terrein juist niet en op een aantal gebieden zich als zorgzame werkgever (beide logica's) presenteerde. Met name ten aanzien van de tegenstellingen die beide logica's omvatten, werd door de bedrijfsleiding continu meebewogen tussen werk- en zorglogica al naar gelang (de omstandigheden van) de individuele werknemers daarom vroegen. Men was hard naar buiten (afspraken met afnemers) en zacht naar binnen (werknemers), maar binnen die zachte aanpak was men niet soft. Flexibiliteit als werkgever maar ook in het structureren van de werkprocessen, maatwerk leveren en oog hebben voor de mens achter de werknemer droegen bij aan het realiseren van het doel van Binthout: mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt helpen een stap voorwaarts te maken in hun leven, mogelijk richting betaalde arbeid.

Sociale ondernemingen lijken wel 'alternatieve samenlevingen met andere (sociale) regels' te zijn, in de literatuur ook wel '*safe havens*' genoemd (Haarsma et al., 2018; zie ook volgend hoofdstuk): een plek waar mensen met een beperking ruimte hebben hun eigenheid vorm te geven, hun eigen tempo aan te houden en zichzelf te zijn. In plaats van dat van hen gevraagd wordt zich aan te passen aan de norm van mensen 'zonder beperking', wordt dan een deel van het publieke domein aangepast aan de – andere – norm van mensen 'met beperking'. Binthout is door z'n unieke combinatie van zorg- en werklogica zo'n *safe haven*. Mensen met één of andere beperking worden gestimuleerd en geholpen tot bloei te komen, nieuwe vaardigheden op te doen om richting regulier werk te komen of vinden er een plek voor dagbesteding.

Dat deze sociale onderneming een mini-samenleving vormt, blijkt wel uit de parallellen met de 'grote' maatschappij. Erbinnen wordt weliswaar veiligheid ervaren ten opzichte van de buitenwereld, waar andere normen gelden, maar als beter gekeken wordt binnen deze sub-maatschappij, dan komen daar ook dezelfde sentimenten naar voren als in de wereld om hen heen. Zo lijken sommige werknemers van Binthout zich af te zetten tegen mensen die op een dagbestedingsplek 'werken', omdat dat geen echt werk zou zijn en bij Binthout wel. Binnen de eigen groep lijken sommigen status te ontlenen aan werkzaamheden voor gevorderden, inclusief het gebruik van machines ten opzichte van het 'simpele, monotone schuurwerk'. De mate van zelfstandig kunnen werken strekt tot meer of mindere eer. Een soort pikorde, als in 'ik ben meer oké (of minder niet-oké) dan de ander', lijkt ook deze groep mensen niet vreemd (Blonk et al., 2020). In die zin lijkt de sociale onderneming slechts ten

dele een *safe haven*. Die veiligheid lijkt verder kwetsbaar, omdat de sfeer en begeleiding wel heel erg hangt op de begeleiders van de sociale onderneming. Een nieuwe begeleider als meewerkend voorman werd aanvankelijk nauwelijks geaccepteerd (Blonk et al., 2020).

Deelnemers aan verschillende onderzoeksdelen ((oud)werknemers, zorgprofessionals, gemeente-ambtenaren en andere lokale sociale ondernemers) gaven tips hoe de sociale onderneming succesvol(ler) kan (blijven) opereren. Voor zover die zich richtten op het geconstateerde spanningsveld, worden die aanbevelingen hier gepresenteerd. De aanbevelingen zelf weerspiegelen overigens ook het spanningsveld tussen werk- en zorglogica.

Zo adviseerden respondenten de deskundigheid van de sociaal ondernemers te bevorderen door zich iets meer op de hoogte te stellen van de zorgachtergrond van werknemers, maar anderzijds toch wel echt een werkgever te blijven en zich niet nog méér op de zorgkant te begeven. Er moet niet te lang gewacht worden met het zoeken van afstemming met de zorginstelling als het gaat om twijfelachtig gedrag van de werknemer. Functioneringsgesprekken tussen werkgever en werknemer zouden vaker gehouden moeten worden en werkgevers moeten zichtbaar en toegankelijk zijn voor hun personeel en niet te veel extern zijn. Daarnaast luidde het advies van respondenten de homogeniteit qua problematiek van de doelgroep te handhaven en kleinschalig te blijven.

Uit de focusgroepsgesprekken kwam naar voren dat sociaal ondernemers (en ook zorgprofessionals) het nodig hebben dat de gemeente hen vertrouwt bij het maken van inschattingen over hoe ver een bepaalde werknemer is of kan komen in diens proces en dat bureaucratie verminderd wordt. Interne jobcoaches zouden zich kunnen toeleggen op het snijvlak tussen werk en zorg. Om de experimenteerruimte tot participatie voor mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt te vergroten, zou regelgeving creatief aangepast moeten worden, zodat bij een gemaakte, maar toch te grote stap naar regulier werk er weer een weg terug is naar de beschutting van de sociale onderneming.

Sinds het onderzoek heeft Binthout zich uiteraard verder ontwikkeld. Hoewel vijf jaar na dato de meeste tegenstellingen binnen het continuüm werklogica-zorglogica zo ongeveer op dezelfde plek gebleven zijn, is de meest in het oog springende verschuiving geweest dat er nu regelmatig werknemers in dienst komen (tegenstelling 1 uit box 6.1). Dit heeft vooral te maken met personeelszekerheid vanuit het oogpunt van de bedrijfsvoering: het kunnen garanderen van de levering van Binthoutproducten. Degenen die in dienst genomen worden, begeleiden andere (onbetaalde) werknemers als soort ervaringsdeskundigen. Verder is er een begeleider met meer een zorg-achtergrond aangenomen (tegenstelling 2 en 5 uit box 6.1).

Een dienstverband lijkt wel een eigen dynamiek met zich mee te brengen: soms levert het de betaalde werknemer meer prestatiedruk op (tegenstelling 7 uit box 6.1), waardoor hij of zij wel eens vaker wegblijft dan de gemiddelde dagbestedingscliënt doet (tegenstelling 3 uit box 6.1). De werkgever wordt dan met de consequenties geconfronteerd die zowel financieel als voor de planning zijn. Voor de onbetaalde werknemers kan vrijwel alle werkdruk 'weg-ge-

organiseerd' worden (persoonlijke communicatie d.d. 28 april 2022), hetgeen niet wil zeggen dat zij geen verantwoordelijkheidsgevoel zouden ervaren.

Rotklusjes (tegenstelling 9 uit box 6.1) als het vervangen van opvangzakken voor afgezogen zaagsel zijn gemechaniseerd: er worden nu automatisch briketten van het zaagsel geperst, waardoor de flow in de werkzaamheden beter geborgd is. Door verdergaande standaardisatie en robotisering van monotone werkzaamheden konden zinvollere bezigheden aangeboden worden (tegenstelling 4 uit box 6.1) en kon de foutenmarge in de productie dalen en daardoor het kwaliteitsniveau eisen stijgen (tegenstelling 8 uit box 6.1).

Er lijkt in de praktijk een nieuwe dilemma ontstaan te zijn: complexere producten met ingewikkelder assemblage worden uiteraard minder vaak afgenomen dan kleinere bulk-artikelen, waardoor omzet lijkt te gaan wedijveren met de mate van routinematig handelen. Immers: een designlamp of een tuinstoel is uitdagender om te maken, maar de oplage is vele malen kleiner dan die van snijplanken of uitgestanste vuurtorens. Door diversificatie van producten probeert Binthout hierin zijn weg te vinden.

In de praktijk van sociale ondernemingen komen twee wetten samen: de vernieuwde Wmo en de Participatiewet. Hiermee ontmoeten ook twee werelden – logica's – elkaar: de zorglogica en de werklogica. Tussen deze logica's is een spanningsveld waar te nemen, die we in dit hoofdstuk hebben beschreven en toegelicht aan de hand van tien tegenstellingen die we zagen vanuit de praktijk van een houtbewerkingsbedrijf. De kenniswinst van dit project is dat een sociale onderneming het ene kan zijn en doen, zonder het andere te laten. Door te schuiven met de knoppen, als van een mengpaneel, kan de mix van logica's afgestemd worden op de doelgroep met een afstand tot de arbeidsmarkt. Met betrekking tot enkele tegenstellingen gelden gelijktijdig beide logica's en dat biedt ruimte om nog meer te finetunen op de individuele werknemer: de sociale onderneming kan juist dáár wat zorgzaamheid of toch goed werknemerschap 'bijmengen'. Dat geeft de mensen om wie het hier gaat, de kans om zich meer onderdeel van de samenleving te voelen en ook daadwerkelijk te zijn. In die zin leidt het samengaan van beide logica's bij sociale ondernemingen tot meer inclusiviteit in de samenleving. Vervolg-onderzoek zou zich niet moeten richten op de ideale mix van beide logica's, omdat die te contextgebonden is, maar op hoe welke belemmeringen (bijvoorbeeld gemeentelijke regelgeving en financiering vanuit diverse potjes) weggenomen kunnen worden om sociaal ondernemers optimaal hun doelgroep duurzaam te laten bedienen.

# 7 Samenwerking aan netwerkondersteuning in buurten en wijken

Mensen in kwetsbare posities hebben net als ieder ander mens groot belang bij een goed sociaal netwerk. Omdat mensen in kwetsbare posities vaker afhankelijk zijn van anderen, zou je kunnen zeggen dat het voor hen zelfs nog urgenter is om een sterk netwerk te hebben. Maar juist bij hen zijn de netwerken vaak kleiner en verloopt contact met andere mensen moeizamer. Voor sociaal werkers een reden om aan de slag te gaan met het versterken van netwerken, en om te doen aan 'netwerkondersteuning'. Dit hoofdstuk gaat in op het onderzoek dat door het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken werd verricht in de periode 2011 tot op heden, binnen de onderzoekslijn die tussen 2011-2018 'Netwerkondersteuning' heette, en sinds 2018 'Inclusieve samenleving' wordt genoemd.

## 7.1 Hoe 'netwerkondersteuning' voor meer samenhang moest zorgen

In deze paragraaf introduceren we het thema 'netwerkondersteuning'. Daarbij bespreken we enkele specifieke verwachtingen van netwerkondersteuning. Welke aannames deed men vanuit beleid en praktijk, maar ook wijzelf - zoals we deze, terugblikkend, in onze eigen onderzoeksrapporten aantreffen? Immers, wie praktijkgericht onderzoek doet in verbondenheid met de Hbo-opleiding Social Work (voorheen MWD en SPH), en in nauwe samenwerking met beleidsmakers – met name vanaf de decentralisaties in het sociaal domein – is zelf verweven met (om niet te zeggen: verstrikt in) de onderzochte praktijk. Des te interessanter om middels dit hoofdstuk wat afstand te nemen. Om het discours en het denken van het doen van 'netwerkondersteuning' kritisch te beschouwen.

### 7.1.1. De verwachtingen van netwerkondersteuning

In de inmiddels wat oudere onderzoeksrapportage 'Netwerkondersteuning van A(lmere) tot Z(wolle)' (Hoogland et al., 2013) werd de volgende definitie van netwerkondersteuning geïntroduceerd:

> Netwerkondersteuning is erop gericht om de kwaliteit van het netwerk van een steun behoevende burger te vergroten, zodanig dat deze burger in dat netwerk een sterke(re) rol kan innemen. De activiteiten in dit kader zijn erop gericht dat de mogelijkheden tot zelfbeschikking en zelfredzaamheid van de steun behoevende burger worden vergroot. De ondersteuning kan door een beroepskracht in contact met een steun behoevende burger zelf worden vormgegeven (netwerkgericht werken), maar ook in contact met weerbare burgers in de omgeving van steun behoevende burgers zodanig dat de contacten tussen steun behoevende burgers en weerbare burgers gemakkelijker verlopen. (p. 17)

Sinds 2011 richt ons praktijkgerichte onderzoek zich op 'steun behoevende burgers'. Termen die de onderzoekers (waaronder wijzelf) door de jaren heen ook wel gebruikten waren 'cliënten' of 'klanten', 'mensen met een beperking' of 'kwetsbare inwoners'. En ook al waren én zijn onze onderzoeken niet diagnose-gestuurd, toch is het wel verhelderend om te benoemen dat we ons vooral hebben gericht op mensen met een verstandelijke beperking, en mensen met (ernstig) psychische aandoeningen. In dit hoofdstuk zullen we regelmatig spreken over mensen met een beperking enerzijds, en over mensen zonder een beperking anderzijds. Dit doen we, terwijl we óók weten dat een dergelijk onderscheid, en dergelijke terminologie ook heel kunstmatig en problematisch zijn. Daarom komen we in § 7.5 terug op dit type taalgebruik, specifiek het onderscheid tussen 'kwetsbare' en 'weerbare' mensen.

Aansluitend op het gedachtegoed van de Wmo (2007) werd voor 'mensen met beperkingen' ingezet op 'netwerkondersteuning' en op 'netwerkgericht werken' als onderdeel van het takenpakket van sociaal werkers. In de transformatie in het gehele sociaal domein, waaronder de nieuwe Wmo (2015), lag nog meer nadruk op de mogelijkheden van het eigen sociale netwerk. Daarmee kreeg netwerkondersteuning alleen maar meer momentum, zoals ook te lezen is in de Memorie van Toelichting bij de Wmo:

> De regering wil de mogelijkheden tot het bieden van passende ondersteuning aan mensen in de eigen leefomgeving door het sociale netwerk of met behulp van gemeentelijke voorzieningen in de nabijheid beter benutten. Hiervoor is belangrijk dat mensen met beperkingen zoveel mogelijk in staat worden gesteld op gelijke voet te participeren en deel te nemen aan het dagelijkse leven. Gemeenten krijgen daarom de opdracht de toegankelijkheid van voorzieningen, diensten en ruimten voor mensen met een beperking te bevorderen en daarmee bij te dragen aan het realiseren van een inclusieve samenleving. (Kamerstukken II 33841 nr. 3., 15 januari 2014, p. 1, 2)

In een voetnoot bij deze passage werd overigens verwezen naar het toen nog door Nederland te onderschrijven VN-verdrag 'inzake de rechten van personen met een handicap' (zie ook hoofdstuk 2.3). Er werd stevig op gestuurd, en behoorlijk veel verwacht, van de ondersteuning die mensen in eigen omgeving door het sociale netwerk zouden kunnen krijgen. We gaan kort in op drie aannames vanuit beleid en praktijk m.b.t. netwerkondersteuning. Dit waren ook aannames binnen het praktijkgerichte onderzoek dat is verricht – en daarom putten we hiervoor uit het rapport 'Netwerkondersteuning van A(lmere) tot Z(wolle) (Hoogland et al., 2013).

Ten eerste richtte het beleid zich op de individuele netwerken van mensen met een beperking. Van netwerkondersteunende interventies opgezet door sociaal werkers werd expliciet, maar vaak ook impliciet, verwacht dat deze zouden moeten leiden tot een uitbreiding van het individuele netwerk, waaraan zorg en ondersteuning ontleend kan worden. Dit is een instrumenteel, een doel-middel denken, waarin de nadruk ligt op het te bereiken doel: het individuele netwerk ziet er na zo'n interventie florissanter uit dan daarvoor. De netwerkondersteunende activiteit doet dus 'slechts' dienst als middel.

Ten tweede, zo werd geconstateerd, overschatte de professional diens eigen belang, in het tijdelijke contact met cliënten, als 'passant':

> Zorg- of hulpverleners maakten zich in contacten met de cliënt vaak te belangrijk. Zij hebben zich doorgaans niet gerealiseerd dat deze contacten niet natuurlijk zijn en dat wanneer zij weggaan, bijvoorbeeld i.v.m. een andere baan, de relatie beëindigd wordt en cliënten weer opnieuw moeten beginnen voor wat betreft het contact. (Hoogland et al., 2013, p. 13)

De professional moest liever 'op de handen zitten', begeleiden 'met de handen op de rug', om zichzelf uiteindelijk overbodig te maken:

> Heel belangrijk voor het goed kunnen functioneren van een beroepskracht ten aanzien van netwerkondersteuning zijn kennis van netwerk ondersteunende activiteiten inclusief effectief bewezen werkwijzen en hulpmiddelen, het kunnen aansluiten bij de wensen van de cliënt, het in contact kunnen treden met het netwerk van de cliënt, de kracht van het netwerk kunnen inschatten en jezelf overbodig kunnen maken. (Hoogland et al., 2013, p. 19)

Maar voordat de professional overbodig was, moest de samenleving nog wat op sleeptouw genomen worden, door de onstuimige periode van 'deïnstitutionalisering' en 'extramuralisering' (een leven inclusief sociaal netwerk opbouwen buiten de instelling), en de daarbij behorende processen van 'normalisatie' (sociaal gewaardeerde rollen) en van 'vermaatschappelijking' (zorg in de samenleving door de samenleving), zie ook hoofdstuk 2. De stip op de horizon was dat mensen met een beperking veel minder afhankelijk zouden zijn van beroepskrachten, door middel van netwerkondersteuning, als het 'stigma' (de onbekendheid en het onbegrip) eenmaal bestreden zou zijn:

> Binnen de samenleving is nog veel onbekendheid met en onbegrip voor mensen met een beperking. Hierdoor zijn mensen met een beperking vooralsnog meer afhankelijk van beroepskrachten dan met netwerkondersteuning wordt nagestreefd. (Hoogland et al., 2013, p. 19)

Het eerste punt over de individuele netwerken hangt samen met het tweede punt over de rol van de professional, want een sterker individueel netwerk zou de afhankelijkheid van professionele ondersteuning verminderen, hoopte men.

Ten derde werd in praktijk en onderzoek meegegaan met de dichotome beleidstaal van weerbaar vs. kwetsbaar. Het mengen van 'kwetsbare' mensen en 'weerbare' mensen werd belangrijk gevonden. Aangenomen werd dat mensen met een beperking zitten te wachten op nauwe banden (inclusief zorg en ondersteuning) met mensen zonder een beperking woonachtig in hun naaste omgeving. En dat het contact als steunbehoevende inwoners onderling maar liever wat geremd en ontmoedigd moest worden.

> Ook is vaak niet stilgestaan bij de vraag hoe gewenst en diepgaand de contacten met mede-cliënten zijn, bijvoorbeeld in een groepsvoorziening waar cliënten eigenlijk nooit alleen zijn. (Hoogland et al., 2013, p. 13)

Want, deze contacten met mede-cliënten zijn niet natuurlijk, maar kunstmatig, zo werd geïmpliceerd:

> Cliënten ontmoeten vooral mensen die ook in het zorgsysteem zitten en afhankelijk zijn geworden van hun begeleiders. Smit en Van Gennep (1999) concluderen dan ook: 'Deze feitelijke, kunstmatige en betaalde contacten hebben de rol en invloed van de natuurlijke contacten langzaam maar zeker naar de achtergrond gedrongen. (Hoogland et al., 2013, p. 16)

### 7.1.2. Achtergrond

Bovenstaande ideeën over netwerkondersteuning, samengevat 1) het instrumentele denken over individuele sociale netwerken, 2) de terugtrekkende beweging van beroepskrachten en 3) de beoogde menging van 'kwetsbaar' en 'weerbaar', moeten begrepen worden binnen (tenminste) een drietal bredere ontwikkelingen: de veranderende verzorgingsstaat, het streven naar sociale inclusie en de professionalisering in de zorg, zie ook hoofdstuk 2. Waar het in dit hoofdstuk over 'netwerkondersteuning' om gaat, is dat het ideaal van sociale inclusie, in combinatie met een financiële urgentie – de verzorgingsstaat dreigde onbetaalbaar te worden – beleidsmakers er toe bracht om te sturen op het versterken van de sociale netwerken van mensen met psychische aandoeningen en mensen met een verstandelijke beperking. De professionalisering die we beschreven in hoofdstuk 2.1 had in de Verstandelijke Gehandicaptenzorg (VG-sector) en de Geestelijke Gezondheidszorg (GGz) bovendien als effect een overall toename van instrumenteel, kunstmatig en uniformerend denken over sociale netwerken. Met professionals als uitvoerders van (het liefst effectief bewezen) methodieken om individuele sociale netwerken te versterken. De relatie tussen beroepskrachten en hun cliënten is hiermee onder druk komen te staan. En men begon 'soortgenotencontact' te verfoeien.

In hoofdstuk 2 beschreven we al dat er een tegenbeweging gaande is tegen deze professionalisering, tegelijk met groeiende aandacht voor de rechten van mensen met een beperking. Het denken over sociale netwerken is daardoor sterk in beweging. Midden jaren '90 speelde daarin het begrip 'community care' een belangrijke rol, een begrip overgenomen vanuit de VS en geïntroduceerd binnen het Nederlandse beleid in de gezondheidszorg als middel om de functionele en sociale integratie van deze mensen te stimuleren. Community care is te vertalen als 'zorg in de samenleving door de samenleving' (Plemper & Van Vliet, 2003), en is gekoppeld aan het Nederlandse vermaatschappelijkingsbeleid in de VG-sector en de GGz. Dit werken met en vanuit het ideaal van vermaatschappelijking bood (en biedt) kansen, maar ging (en gaat) niet vanzelf. In haar proefschrift 'Kwartiermaken: werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond' (2002) ontwikkelde filosofe Doortje Kal, in dialoog met de Franse poststructuralistische denker Jacques Derrida, haar praktische ideeën over gastvrijheid voor mensen met een psychiatrische achtergrond, buiten de muren van de

psychiatrische instellingen. Kal problematiseerde de term 'zelfredzaamheid' die lange tijd gangbaar was in beleid en praktijk. Zij stelde: wanneer je gastvrijheid wilt bieden aan een 'vreemde' ander (de voormalig gemarginaliseerde, weggestopte mensen met een psychiatrische achtergrond) moet je zelf (als 'hoofdstroom'-inwoner van de samenleving) ook een beetje een 'vreemde' worden. De gewone gang van zaken moet tijdelijk worden 'opgeschort' zodat een ontmoeting kan plaats vinden.

In de VG-sector werden ook interessante initiatieven ontplooid om mensen met en zonder een verstandelijke beperking met elkaar in contact te brengen. Eén van deze initiatieven was het omgekeerd re-integreren, echt een staaltje 'omdenken': niet de mensen met een verstandelijke beperking inbedden in de samenleving, maar mensen zonder beperking uitnodigen om een woning te betrekken op een voormalig instellingsterrein. Het in hoofdstuk 2. Responsieve onderzoeker Gustaaf Bos deed langdurig onderzoek op deze omgekeerde-integratiesettingen naar de ontmoetingen van mensen met en zonder verstandelijke beperking. In zijn proefschrift 'Antwoorden op andersheid' (2016) denkt Bos na over relaties tussen mensen in de hoofdstroom van de samenleving (zoals hijzelf, de werkers, en de buren) met mensen met een verstandelijke beperking in de marge van de samenleving. Bos roept vragen op zoals: Hoe kun je ruimte maken voor een ander zonder hem/haar te (be)vatten, (be)grijpen en in te kapselen in het normale c.q. de hoofdstroom, en daarmee geweld te doen aan diens eigenheid?

Ook als onderzoekers van het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken waren we getuige van het rumoer dat teweeggebracht werd door de idealen van participatie en inclusie, en hoe dit uitwerkte in de regio rond Zwolle. We droegen bij aan het denken daarover binnen drie onderzoeken op de thema's 'Netwerkondersteuning' en 'Inclusieve samenleving'. Deze onderzoeken zijn achtereenvolgens:

1. Netwerkondersteuning van A(lmere) tot Z(wolle): Een onderzoek naar de kritieke succesfactoren van werkwijzen voor netwerkondersteuning;
2. Lof der Oppervlakkigheid: Contact tussen mensen met een verstandelijke of psychiatrische achtergrond en buurtbewoners;
3. Netwerkondersteuning in buurt en wijk: meedoen en meetellen in laagdrempelige buurtprojecten.

Hieronder worden onze inzichten uit deze onderzoeken samengevat.

### 7.1.3. Leeswijzer

Op verschillende plekken in het hoofdstuk worden de drie belangrijkste onderzoeken op hoofdlijnen beschreven. In de paragrafen die volgen, gaan we vanuit de belangrijkste onderzoeksresultaten in dialoog met de verwachtingen en aannames die in § 7.1.1. geïntroduceerd zijn. Dit doen we middels een bespreking van drie spanningsvelden:

- § 7.2 Het eerste spanningsveld: collectieve ontmoeting op buurtprojecten: middel of doel-op-zich?
- § 7.3 Het tweede spanningsveld: de professional op afstand versus de professional nabij;
- § 7.4 Het derde spanningsveld: weerbaar versus kwetsbaar.

In de bespreking van elk spanningsveld hebben we telkens oog voor de perspectieven van 'mensen met beperking', 'mensen zonder beperking', en sociaal werkers. Na bespreking van deze spanningsvelden wordt het hoofdstuk afgesloten in § 7.4 met geleerde lessen en een vooruitblik op potentiële, toekomstige onderzoeksrichtingen.

# Netwerkondersteuning van A(lmere) tot Z(wolle)

Een onderzoek naar de kritieke succesfactoren van werkwijzen voor netwerkondersteuning.

**Onderzoek** vond plaats in 2011-2013.

**Deelnemende partijen:** Frion, RIBW Groep Overijssel, MEE, Travers Welzijn, WijZ Zwolle, Stichting de Schoor, Gemeente Almere, Triade Flevoland, Vrijwilligers- en mantelzorgcentrale Almere, Zorggroep Almere, Kwintes Almere. In samenwerking met Lectoraat Klantenperspectief in Ondersteuning en Zorg van Hogeschool Windesheim Flevoland.

**Onderzoekers:** Jan Hoogland, Christel Teekman, Femmianne Bredewold en Marja Jager-Vreugdenhil (Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken); en Lineke Verkooijen, Jeroen van Andel en Clara Moerman (Windesheim Flevoland).

## Beschrijving onderzochte praktijk

Het doel van dit onderzoek was om de kritieke succesfactoren van netwerkondersteuning in beeld te brengen. Deze succesfactoren moeten (door professionals) te beïnvloeden zijn en hen handvatten bieden. In dit onderzoek zijn vijftien werkwijzen als casus onder de loep genomen om een zo breed en gevarieerd mogelijk beeld van netwerkondersteuning te krijgen. Vier perspectieven zijn hierin leidend geweest, namelijk het klantenperspectief, professioneel perspectief, perspectief van informele netwerkleden (van de klant) en het perspectief van de organisatie. Het onderzoek bestond uit drie fasen met per fase verschillende vraagstellingen die hieronder worden geformuleerd.

## Onderzoeksvragen

Deelvraag 1: Wat is reeds bekend over netwerkondersteuning? Wat is succesvol en wat niet?
Deelvraag 2: Welke vormen van netwerkondersteuning worden momenteel gebruikt door de deelnemende organisaties?
Deelvraag 3: Welke ervaringen hebben de verschillende betrokkenen met de in deelvraag 2 geselecteerde vormen van netwerkondersteuning?
Deelvraag 4: Wat zijn op basis van de resultaten van fase 1 en 2 de kritieke succesfactoren van de bestudeerde vormen van netwerkondersteuning?
Deelvraag 5: Wat betekenen de gevonden resultaten voor de praktijkuitvoering?
Deelvraag 6: Wat betekenen de gevonden resultaten voor de opleiding van beroepskrachten?

## Onderzoeksmethode en respondenten

Er is gebruik gemaakt van een oriënterende literatuurstudie om de eerste twee deelvragen te beantwoorden, die vervolgens richting gaven aan de volgende fasen van het onderzoek. In deze vervolgfasen zijn diepte-interviews en focusgroepen gehouden. Met deze kwalitatieve onderzoeksmethoden zijn de onderzoeksgroepen bevraagd op hun ervaringen met de netwerkondersteunende werkwijze van de organisaties.

## Hoofdlijn conclusies en aanbevelingen

Voor de zogenaamde klanten staat de individuele hulpvraag centraal. Netwerkondersteuning kan helpen deze hulpvraag (deels) te beantwoorden. De bijdrage van de professional is voor hen van wezenlijk belang. Professionals ervaren vaak een dubbele verantwoordelijkheid, namelijk zorgdragen voor de hulpvraag van de klant en het ondersteunen van het netwerk. Een aantal aanbevelingen die gedaan worden zijn dat bij netwerkondersteunende werkwijzen duidelijkheid moet zijn over doelen, taak- en rolverdeling, verwachtingen en wensen tussen de diverse partijen, en dat ieders taken aansluiten bij zijn of haar competenties. Begeleiding en/of scholing kan hier een belangrijke rol in spelen.

### Lees verder in de onderzoeksrapportage:


- Hoogland, J., Verkooijen, L., Van Andel, J., Van Til-Teekman, C., Moerman, C., Bredewold, F., & Jager-Vreugdenhil, M. (2013). *Netwerkondersteuning van A(lmere) tot Z(wolle)*. Zwolle: Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.

# Lof der Oppervlakkigheid

Contact tussen mensen met een verstandelijke of psychiatrische beperking en buurtbewoners

**Onderzoek** vond plaats in 2010-2014

**Deelnemende partijen:** Frion, RIBW Groep Overijssel, Universiteit van Amsterdam

**Onderzoekers:** Femmianne Bredewold

## Beschrijving onderzochte praktijk

Femmianne Bredewold schreef een proefschrift over contacten tussen de buurtbewoners en mensen met een verstandelijke of psychiatrische beperking. In het licht van de veranderende verzorgingsstaat klinkt er een sterke oproep om meer naar elkaar om te zien in buurten en wijken. Dat omzien naar elkaar zou ook vorm moeten krijgen voor buurtgenoten met een verstandelijke beperking en/of psychiatrische achtergrond. In haar proefschrift onderzocht Bredewold wat er van deze oproep terechtkomt. Welke vormen van aandacht, hulp en zorg kunnen worden aangetroffen tussen buren, wijkgenoten, kerkleden, clubleden en al die andere inwoners in de samenleving die mensen met een beperking tegenkomen?

## Onderzoeksvraag

Welke patronen van geven en ontvangen worden aangetroffen in contacten tussen mensen met een beperking en hun medeburgers?

## Onderzoeksmethode en respondenten

In twee buurten in Zwolle (Ittersumerlanden en Schellerlanden) hebben plaatsgevonden: 1) Een enquêteronde onder inwoners met en zonder beperking woonachtig in deze twee buurten; 2) Dieptegesprekken met 25 mensen met beperking, 24 mensen zonder beperking en 15 professionals en 3) Participerende observatie-rondes bij vier buurtprojecten in Zwolle: een eetcafé, een wijkboerderij en een klusproject.

## Hoofdlijn conclusies en aanbevelingen

Mensen met en zonder beperkingen blijkt dat mensen met en zonder beperkingen komen elkaar niet vanzelfsprekend tegen. Door het ontbreken van (positief) contact worden vooroordelen over en weer in stand gehouden. Mensen met beperking voelen zich ondanks vermaatschappelijking van de zorgvaak nog buiten de reguliere samenleving staan. Lichte en begrensde contacten zijn van belang om sociale afstand tussen mensen met en zonder beperking te verkleinen. Dit contact leidt alsnog niet tot intensiever contact. Één van de aanbevelingen aan beleidsmakers in het sociaal domein is dan ook om reële verwachtingen te hebben van (de inzet van) informele netwerken.  Sociaal werkers worden opgeroepen zich te richten op het organiseren van positief en oppervlakkig contact op buurtniveau.

**Lees verder in de onderzoeksrapportage en artikelen:**


- Bredewold, F. (2014). *Lof der oppervlakkigheid: Contact tussen mensen met een verstandelijke of psychiatrische beperking en buurtbewoners.* Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Bredewold, F.H., Tonkens, E.H., & Trappenburg, M.J. (2015). Urban encounters limited. The importance of in-built boundaries in contacts between people with intellectual or psychiatric disabilities and their neighbours. *Urban Studies, 53*(16): 3371-3387.
- Bredewold, F.H., Tonkens, E.H., & Trappenburg, M.J. (2016). Solidarity and Reciprocity between people with and without disabilities. *Journal of Community and Social Psychology, 26*(6): 534-550.
- Bredewold, F. (2020). Struggling with sameness and strangeness: (Non-)encounters between people with and without intellectual disabilities in two Dutch neighbourhoods. *Journal of Intellectual & Developmental Disability, 46*, 1.

# Netwerkondersteuning in buurt en wijk

**Onderzoek** vond plaats van 2015 - 2018

**Deelnemende partijen:** RIBW Groep Overijssel, Frion, MEE, De Kern maatschappelijke dienstverlening, Gemeenten Zwolle, Kampen, Steenwijkerland, Zwartewaterland, Ommen, Hardenberg, Dalfsen, Raalte en Staphorst.

**Onderzoekers:** Alke Haarsma-Wisselink, Monica Stouten-Hanekamp, Alie Velvis, Marja Jager-Vreugdenhil (Hogeschool Viaa) en Femmianne Bredewold (Universiteit voor Humanistiek).

## Beschrijving onderzochte praktijk

Dit onderzoek startte in 2015 toen de nieuwe Wmo en de opkomst van de participatiesamenleving nog meer de nadruk legde op informele sociale netwerken. Deze sociale netwerken zouden hulpbehoevende mensen helpen om met informele hulp en ondersteuning, naast de eigen kracht, mee te doen in de samenleving. Sociale contacten in buurten en wijken werden kansrijk geacht, wanneer dit werd georganiseerd op een herkenbare plek in de wijk en vanuit een zorg- of welzijnsorganisatie. Betrokken gemeenten en organisaties wilden investeren in het vormgeven van deze werkwijze. De vraag speelde of en zo ja, hoe die informele sociale netwerken versterkt konden worden en wat de rol van buurtplekken daarin is. Dit is onderzocht in vier buurtplekken die netwerkgericht werken als doelstelling hadden, namelijk Wijkboerderij De Klooienberg (Zwolle), De Ontmoeting (Zwartsluis), Moestuin De Slinger (Steenwijk) en 't Noaberhuus (Dalfsen).

## Onderzoeksvragen

Centrale vragen in het onderzoeken waren: Wat zijn realistische verwachtingen van deze informele sociale netwerken en buurtontmoetingsplekken en onder welke voorwaarden is dit helpend voor mensen met een beperking? Welke concepten en theoretische principes dragen bij aan (positief) contact tussen buurtbewoners met en zonder beperking en welke rol is hierin specifiek voor sociaal werkers weggelegd?

1. Wat kunnen we van laagdrempelige buurtprojecten verwachten, waar mensen met een verstandelijke beperking en/of psychiatrische problematiek en mensen zonder beperking elkaar ontmoeten?
2. Wat is ervoor nodig om middels deze buurtprojecten ontmoetingen te organiseren tussen mensen met een beperking en hun buurtgenoten?

## Onderzoeksmethode en respondenten

Het onderzoek bestond uit vijf fasen waar verschillende kwalitatieve onderzoeksmethoden werden gebruikt, namelijk participerende observaties, diepte-interviews, expertmeetings, leer- en ontwikkelbijeenkomsten.

Participerende observaties zijn gedaan om inzicht te krijgen in werkzame elementen van de buurtprojecten gericht op contact tussen mensen met en zonder beperking. Hierbij was specifiek aandacht voor de uitwerking van wederkerigheid, gezamenlijkheid en begrenzing. De interviews richtten zich met name op hoe contacten tussen mensen met een beperking en zonder een beperking tot stand kwamen en verliepen. Hierbij ging het zowel om één op één contact als contact in de groep (collectief contact). In de expertmeetings, leerbijeenkomst en ontwikkelbijeenkomsten werd de vertaling vanuit literatuur en data uit de praktijk gemaakt die dienden om gedurende het onderzoek de juiste richting te kiezen en uiteindelijk de uitkomsten te kunnen vatten in concrete handvatten voor sociaal werkers, beleidsmakers en (fysieke) buurtontmoetingsplekken.

## Hoofdlijn conclusies en aanbevelingen

Al vrij vroeg in dit meerjarige onderzoek werd geconcludeerd dat contacten tussen zgn. mensen met en zonder verstandelijke beperking of psychische problematiek die ontstaan op laagdrempelige buurtontmoetingsplekken niet leiden tot een groter informeel sociaal netwerk, waaruit hulp en ondersteuning aan mensen met een beperking en dat dit voor alle betrokkenen oké is. Wel kunnen deze buurtprojecten sterk bijdragen aan het welbevinden van bezoekers met en zonder beperking. Mensen met beperking ervaren er een plek die vertrouwd is en waar ze erbij kunnen en mogen horen. Vanuit die vertrouwdheid durven ze contacten aangaan en hierin veel te leren. Het onderzoek pleit voor veilige en alternatieve plekken waar ruimte mag zijn voor kwetsbaarheid waarin mensen met (maar ook zonder) beperking zichzelf kunnen ontplooien.

**Lees verder in de onderzoeksrapportages en artikelen:**


- Haarsma, F.A., Stouten-Hanekamp, M., Riphagen-Fikse, M.C., & Bredewold, F.H. (2015). *Netwerkondersteuning in buurt en wijk volgens literatuur en experts*. Zwolle: Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.
- Stouten-Hanekamp, M., Jager-Vreugdenhil, M., Bredewold, F., & Velvis, A. (2017). *Netwerkondersteuning in buurt en wijk: Gewoon gezellig*. Zwolle: Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.
- Stouten-Hanekamp, M., Haarsma, F.A., & Bredewold, F.H. (2016). Moeizaam meedoen met een beperking. In A.J. Kruiter, F. Bredewold & M. Ham (Eds.), *Hoe de verzorgingsstaat verbouwd wordt. Kroniek van een verandering* (pp. 59-73). Amsterdam: Van Gennep.
- Haarsma, A., Stouten-Hanekamp, M., Bredewold, F.H., Velvis, A., & Jager-Vreugdenhil, M. (2018). *Safe h(e)aven: meedoen en meetellen in laagdrempelige buurtprojecten*. Zwolle: Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.
- Bredewold, F.H., Haarsma, A., Tonkens, E.H., & Jager-Vreugdenhil, M. (2020). Convivial encounters: conditions for the urban social inclusion of people with intellectual and psychiatric disabilities. *Urban Studies, 57*(10), 2047-2063.

## 7.2 Spanningsveld: Collectieve ontmoeting op buurtprojecten: middel of doel-op-zich?

Verschillende van onze onderzoeken naar netwerkondersteuning expliciteren het belang en de waarde van collectieve ontmoetingen die daar plaatsvinden tussen mensen met en zonder beperking. Hier zagen we echter een spanningsveld ontstaan: de waardevolle collectieve ontmoetingen waren in eerste instantie namelijk geen direct doel van (het opzetten) van buurtontmoetingsplekken die we onderzochten. Het (beleids)idee achter dit soort plekken was een andere: de inzet op het vergroten van individuele sociale netwerken van mensen met een beperking. Door ontmoetingen tussen mensen met en zonder beperking op deze plekken te creëren, zouden informele contacten ontstaan die mogelijk zouden leiden tot informele hulp en ondersteuning. Onze onderzoeken waren erop gericht om dát na te gaan: in hoeverre de onderzochte praktijken als middel werken om de sociale netwerken van mensen met een beperking te vergroten en versterken. De opzet van de onderzochte projecten was dat het contact van zo'n aard zou zijn, dat er informele hulp en ondersteuning gegeven zou kunnen worden door de zogenaamde weerbare inwoner aan de steunbehoevende inwoner.

Deze individuele benadering is onder andere zichtbaar in de taal waarop er in project 'Netwerkondersteuning van A(lmere) tot Z(wolle)' onder andere door de onderzoekers zelf, over betrokken mensen werd gesproken. Zo is de steunbehoevende inwoner de 'klant'. De mensen die tot het potentiële netwerk behoren zijn 'netwerkleden'. Dit taalgebruik veronderstelt een relatie waarin er in mindere mate sprake is van gelijkwaardigheid en wederkerigheid. Deze taal wordt nog steeds gehanteerd in de nieuwste 'Beroepscode voor professionals in het sociaal werk' (2021), waar vooral wordt gesproken over individuele sociale netwerken en de individuele relaties met en van de cliënt, als 'informele zorgpartners'. Er wordt dus met name op een individualiserende, instrumentele manier naar relaties gekeken.

Dit staat op gespannen voet met uitkomsten uit onze verschillende onderzoeken die laten zien dat mensen vooral het collectieve contact in de buurtplekken waarderen, en er nauwelijks één-op-één contact ontstond waar hulp of ondersteuning uit voortkwam. Het ontmoeten van mensen in het collectief van netwerkondersteuningsprojecten blijkt geen middel om netwerken te vergroten, maar een doel met waardevolle opbrengsten op zichzelf.

Mensen met een beperking die geïnterviewd werden in het kader van project 'Netwerkondersteuning van A(lmere) tot Z(wolle)' benadrukten in 2011 al het belang van een groep die groot genoeg is, en de waarde van collectief contact en dat er iets te kiezen valt:

> "Als je met zijn tienen aan een tafel zit is er echt wel één die leuk is. Soms heb ik al zoiets van 'jij bent niks' en 'jij zeurt'. Je kunt kiezen met wie je wel om wilt gaan en wie niet." (p. 79)

Sociologe Femmianne Bredewold onderzocht in haar promotieonderzoek de rol van wederkerigheid in het contact tussen buurtbewoners met en zonder beperking (2014). Contact waar het dus niet alleen gaat om hulp ontvangen en hulp geven, maar een meer gelijkwaardig

en duurzaam contact. Duidelijk werd dat er tussen mensen met en zonder beperking niet zomaar contact ontstond, maar dat ontmoetingsplekken in buurten zoals beschreven in 'Netwerkondersteuning van A tot Z' wel kansrijk waren. In het daaropvolgende onderzoeksproject 'Netwerkondersteuning in Buurt en Wijk' (2015-2018) werd nader gekeken naar deze ontmoetingsplekken zelf, en onder welke voorwaarden het contact op deze plekken vorm kan krijgen. Eén op één contact buiten de plekken om bleek namelijk nagenoeg niet te ontstaan. Zowel buurtbewoners met als zonder beperking hadden hier ook geen behoefte aan. Een buurtbewoner zonder beperking vat dit helder samen: "Ik heb met deze mensen wel een goede band, maar niet voor thuis."

Onze onderzoeken geven de spanning weer die er is tussen enerzijds de beleidsgedachte van het vergroten van individuele sociale netwerken van hulpbehoevende inwoners, en anderzijds de praktijk dat inwoners vooral behoefte hebben aan collectieve en laagdrempelige contacten buitenshuis. De ambitie om netwerkondersteuning in te zetten als middel om van contacten informele hulpbronnen te maken bleek niet wenselijk en niet haalbaar. In de loop van de onderzoeken die we deden zagen we vanuit de praktijk ook de beweging ontstaan naar het ondersteunen van collectieve voorzieningen op buurtniveau en met onze onderzoeken hebben we daar ook aan willen bijdragen. Er ontstonden vanuit zorg- en welzijnsinstellingen allerlei buurt-ontmoetingsplekken, en men was zoekende hoe dit vorm te geven.

Hiermee verschoof de nadruk in het onderzoek van de individuen die een ontmoetingsplek bezoeken om daar sociale contacten op te doen die van belang zijn in eventuele hulp en ondersteuningsvragen, naar de context: de ontmoetingsplek zelf en het collectieve karakter van het contact. In 'Netwerkondersteuning in Buurt en Wijk' (2015-2018) zoomden we nader in op dat collectieve contact, dat wil zeggen dat zowel één op één contact als groepscontact plaats vindt in de context van de groep mensen die aanwezig is. We zagen dat dit contact begrensd bleef tot de specifieke buurtontmoetingsplek, en plaats vond op afgesproken momenten, tijdens activiteiten of koffiemomenten. Dit collectieve contact werd over het algemeen als waardevol ervaren.

Met deze verschuiving van de nadruk op individuele sociale netwerken naar collectieve ontmoetingen in ons onderzoek, introduceerden we de term 'collectieve wederkerigheid'. Bij collectieve wederkerigheid staan de plek (buurtontmoetingsplek, participatiepraktijk) en de groep (de bezoekers, buurtbewoners) meer centraal in het geven en ontvangen. Dit uit zich bijvoorbeeld in het gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor het erf en de dieren van de kinderboerderij en hieraan bijdragen. Het onderdeel zijn van de plek, maakt dat deelnemers kunnen geven en ontvangen zonder dat dit geven of ontvangen betrekking heeft op specifieke individuen. Deze collectieve wederkerigheid vraagt dus minder sociale en emotionele vaardigheden, die wel nodig zijn in individuele relaties. Dit wordt in de literatuur ook aangeduid als 'burgervriendschap' (Machielse, 2016). Het gevoel erbij te horen en bij te dragen wordt aangeduid als 'being in place' (Ootes, 2013). Dit zijn belangrijke voorwaarden voor mensen met een beperking om zich geaccepteerd te voelen in de samenleving.

Het ervaren van **gezelligheid** is een van de belangrijkste redenen om dit collectieve contact aan te blijven gaan. Gezelligheid zorgt voor veiligheid en een gevoel ergens bij te horen. Met de focus op gewoon gezellige ontmoetingen tussen mensen met en zonder beperkingen sloten we aan bij het internationaal-wetenschappelijke discours over 'gewoon gezellige ontmoetingen'. In het internationale tijdschrift 'Urban Studies' verscheen het artikel 'Convivial encounters: Conditions for the urban social inclusion of people with intellectual and psychiatric disabilities' (Bredewold et al., 2020). Daarin is uiteengezet, gebaseerd op data vanuit het onderzoeksproject 'Netwerkondersteuning in buurt en wijk', dat gewoon gezellige ontmoetingen mogelijk worden als aan drie voorwaarden wordt voldaan. Namelijk aan gezamenlijkheid, begrenzing en de vrijheid om (niet) deel te nemen. Gezamenlijkheid helpt mensen op de plekken om op een positieve manier met elkaar in contact te komen, omdat ze een gedeelde drive of interesse hebben, een activiteit of doel hen op een plek samenbracht, of omdat ze ontdekken dat ze een stukje levenservaring of achtergrond gemeen hebben. De ontmoetingsplekken bieden een veilige omgeving vanwege de ingebouwde begrenzing; omdat de ruimte fysiek begrensd is, en daarnaast ook vanwege afspraken die er zijn over de activiteiten die plaatsvinden, de tijdstippen waarop die activiteiten plaatsvinden, en de taken die eenieder heeft. Deze condities dragen bij aan kansrijke ontmoetingsplekken, maar dus niet aan langdurige één-op-één vriendschappen of duurzame afhankelijkheidsrelaties waarin hulp geboden kan worden.

Kortom, mensen willen juist graag dit gezellige en oppervlakkige contact in de groep ervaren, omdat hierbij geen onhaalbare verwachtingen worden geschapen. En door deze ongedwongen vorm van contact, ontstaan er zowel individuele opbrengsten als opbrengsten voor de gemeenschap. Zoals bijvoorbeeld het uitwisselen van hulp en ondersteuning in het (vrijwilligers)werk op de participatieplekken, maar ook het bieden van een luisterend oor en daarmee sociaal-emotionele steun. Ook werd er over en weer meer gelijkwaardigheid en begrip in de relaties ervaren. Daarnaast was er sprake van zogenaamde blikverruiming; over en weer leerden mensen van elkaar. Ook bieden collectieve ontmoetingen in buurtontmoetingsplekken gelegenheid om te oefenen met sociale rollen, wat bijdraagt aan meer eigenwaarde en participatie. Deze en nog veel meer opbrengsten zijn uitgebreid beschreven in 'Safe h(e)aven: meedoen en meetellen in laagdrempelige buurtprojecten' (Haarsma et al., 2018). Juist deze opbrengsten dragen bij aan 'meedoen en erbij horen', aan participatie en inclusie.

In gemeentelijk beleid, maar ook vanuit de opgave van het sociaal werk zoals geformuleerd in de 'Beroepscode voor de sociaal werker' (2018), wordt de potentie van buurten echter weinig expliciet genoemd. Sociaal werkers worden wel opgeroepen de krachten en mogelijkheden van gemeenschappen en de samenhang met cliënten te zien. Hoe dit echter uitwerking kan krijgen, zoals bijvoorbeeld in het collectief, buurtgericht werken en kansen zien in de samenleving, krijgt geen aandacht. Dit lijkt op gespannen voet te staan met de opdracht voor sociaal werkers zoals geformuleerd door de Internationale Federatie Social Work (IFSW) waarin wordt gesproken over een discipline die zich richt op maatschappelijke verandering en sociale samenhang, en die het sociaal werk dus in een breder perspectief dan enkel het individuele zet.

Vooral richting beleidsmakers pleiten wij voor minder instrumenteel denken ten aanzien van individuele sociale netwerken, en voor meer waardering inclusief financiële middelen voor collectieve wederkerigheid, en voor onderlinge gezelligheid en solidariteit op groepsniveau, denk aan de herstelcentra, inloophuizen, buurthuizen, gezamenlijke moestuinen, koffiekamers, eetcafés, bibliotheken en wijkboerderijen.

## 7.3 Spanningsveld: Begeleiders op afstand versus begeleiders nabij

Een tweede spanningsveld dat we in de praktijk van onze onderzoeken tegenkwamen heeft te maken met de rol van de beroepskracht ofwel begeleider. We belichten twee verschillende aspecten binnen dit spanningsveld: Ten eerste, de beroepskracht maakt zich overbodig vs. de beroepskracht is blijvend nodig voor het aanjagen van collectieve ontmoetingen. Ten tweede, de begeleider is een passant in het leven van mensen en daarbij hoort gepaste afstand vs. de begeleider is dichtbij betrokken op het leven van mensen om van betekenis te kunnen zijn.

### 7.3.1 De professional maakt zich overbodig?

Met de Wmo (2007) en de nadruk die daarmee werd gelegd op de potentie van informele netwerken, werd de rol van de beroepskracht minder belangrijk gemaakt. Dat de verzorgingsstaat werd afgebroken, werd óók gedreven door bezuinigingen. Men moest aansturen op verminderde inzet van betaalde werkers. Er moest meer overgelaten worden aan netwerkleden en vrijwilligers, zodat beroepskrachten zich terug konden trekken. Gesuggereerd werd dat zij deels overbodig waren. Echter, zowel mensen met en zonder beperking gaven binnen project 'Netwerkondersteuning in buurt en wijk' (2015-2018) aan dat het aanwezig zijn van de professional van onmisbare waarde is bij de collectieve plekken. Door zijn of haar aanwezigheid kunnen er collectieve ontmoetingen plaatsvinden die zowel gemeenschappelijke als individuele opbrengsten hebben.

We zagen door de jaren heen dan ook juist de cruciale rol van professionals in het ondersteunen van die (van buitenaf) zo gewenste sociale relaties. Want naast persoonlijke begeleiding vraagt het werken in zo'n participatiepraktijk om meer taken en vaardigheden. Onder andere het 'werven' van buren of vrijwilligers, hen coachen en begeleiden in het contact met de cliënten, maar ook in de bagage die betreffende personen zelf meenemen. Daarnaast moeten er activiteiten worden georganiseerd, moet de fysieke ruimte van de plek (bijv. een tuin) onderhouden worden en moet er gezorgd worden voor bekendheid in de buurt. Hiervoor is voldoende tijd en ruimte nodig, geven professionals in al de in dit hoofdstuk beschreven onderzoeken aan. Dit betekent niet slechts geïndiceerde uren voor (individueel) cliëntcontact, maar tijd die niet direct verantwoord hoeft te worden om werkelijk contact te maken en te experimenteren met wat werkt. De volgende uitspraken illustreren hoe professionals deze veelheid aan taken en rollen ervaren (Stouten-Hanekamp et al., 2017):

> "Je bent eigenlijk een kameleon, je moet je steeds aanpassen aan met wie je spreekt. Dat is best een zware taak van de professional."

> "Je hebt eigenlijk te veel dingen waar je de aandacht op moet vestigen. En de vrijwilligers, en de cliënten die dan steeds naar je toe komen. En dan moet je daar wezen, en daar wezen ( )"

> '"Nou ja, ik regel natuurlijk meer op de achtergrond wat dingetjes en op afstand. (...) zo heeft iedereen zijn rol wel. Ja, en dan loopt het wel goed."

Als professionals hier zelf iets over zeggen is het vooral vanuit het opgelegde idee (vanuit de organisatie) dat het zou moéten. Professionals geven aan een soort '*double-bind*' te ervaren (Hoogland et.al., 2013):

> Enerzijds worden zij er door eigen leidinggevenden en in de taal van de nieuwe beleidsvorming steeds op aangesproken te helpen met de handen op de rug of zichzelf overbodig te maken. Anderzijds merken zij van de zijde van de klanten en de netwerken juist een sterk appèl op hun bereikbaarheid, toegankelijkheid en blijvende betrokkenheid. (p.70)

Professionals zien voor zichzelf een belangrijke taak weggelegd om een veilige en lerende omgeving voor bezoekers te creëren. (Sociale) veiligheid is namelijk een belangrijke voorwaarde voor mensen met en zonder een beperking om zich prettig te voelen op een plek en contacten aan te gaan (Ootes, 2013; Fincher & Iveson, 2008; Hall, 2004). Afbakening van wat er op een plek wel en niet gebeurt, biedt als het ware een garantie aan mensen dat het contact niet te uitputtend zal zijn of op een ander manier grenzen kan overschrijden, wat een reëel risico is volgens Bigby en Wiesel (2011) en Bredewold (2014).

De aanwezige betrokkenheid en te weten dat je op de sociale professional terug kan vallen bij vragen of in onbekende situaties; het is voor buurtgenoten en vrijwilligers zonder beperking juist een voorwaarde om zich voor langere tijd te verbinden (Stouten-Hanekamp et al., 2017). Uit onze onderzoeken blijkt dan ook niet dat professionals of mensen met en zonder beperking vinden dat de professional meer afstand moet nemen of slechts passant moet zijn. Het idee dat professionals 'slechts' passanten zijn en zichzelf daarom overbodig moeten maken komt dus niet overeen met de ervaren werkelijkheid. Ondanks dat professionals niet levenslang betrokken zijn en hun begeleiding tegen betaling en vanuit vakmanschap ontstaat, zijn er in het bevorderen van (collectieve) ontmoetingen juist méér belangrijke taken weggelegd voor de professional.

De hiervoor beschreven rollen en invloeden van de sociaal werker laten zien hoe nodig zij zijn en dat spreken over overbodigheid niet op zijn plek is. Ook beziend vanuit de (internationale) opdracht van sociaal werkers om sociale cohesie te bevorderen, gemeenschappen te ondersteunen en maatschappelijke veranderingen teweeg te brengen, zou meer waardering voor nabijheid in de professionele relatie op zijn plek zijn. We pleiten voor deze waardering vanuit beleidsmakers tot op de werkvloer in de inrichting van de organisatie en de ruimte die dit geeft aan de sociaal werker om deze rollen in te nemen.

### 7.3.2 De begeleider op steeds meer afstand?

Niet alleen financieel gedreven, in de afbraak van de verzorgingsstaat, maar óók in het streven naar een inclusieve samenleving lijkt het de rol van de sociaal werker om contact aan te jagen tussen mensen met en zonder beperking, en zichzelf (zoveel mogelijk) terug te trekken uit relaties met mensen met een beperking. Contact met 'normale mensen', contact met mensen buiten de zorg, werd hoger gewaardeerd dan contact met begeleiders. Bij hulpmiddelen zoals het samen invullen van een netwerkcirkel was het soms een heikele kwestie: mogen begeleiders ook tot het sociale netwerk van cliënten behoren? Om het sociale netwerk te 'activeren', moet de professional 'op zijn handen zitten', de cliënt de 'regie' over het eigen leven laten hernemen, en het netwerk van de cliënt inschakelen. Wat is de status nog van de relatie tussen de sociaal werker en mensen met een beperking in het licht van de beoogde inclusieve samenleving?

In het onderzoeksrapport 'Netwerkondersteuning van A tot Z' (Hoogland et al., 2013) stond geschreven dat 'professionals (en vrijwilligers) wel tot het sociale netwerk van de cliënt kunnen behoren' (p. 16). Echter, uit de samenvatting van het perspectief van beroepskrachten vanuit project 'Netwerkondersteuning van A tot Z' klinkt door dat er wel degelijk een andere manier van werken werd gevraagd van beroepskrachten vanuit de overheid c.q. de gemeente. Het gaat over 'hulpverlening anno 2012', over een 'omslag', over een 'nieuw paradigma'. Een 'verandertraject' dat zelfs raakt aan de beroepsidentiteit, en daarom werd getypeerd als een 'rouwproces':

> Enkele beroepskrachten zijn over het onderwerp geschoold en/of worden hierin begeleid en weten wat het doel is van netwerkgericht werken. Zij zijn op de hoogte van wat de overheid/gemeente hierin van de organisatie/beroepskracht vraagt en zijn al langere tijd bezig om deze 'omslag' van 'zorgen voor' naar 'ondersteunen in samenwerking met' te maken. Andere beroepskrachten zijn hierin nog zoekende. Zij zijn weinig geschoold of begeleid (...). (Hoogland et al., 2013, p. 125)

> De behoefte aan scholing en/of begeleiding met betrekking tot deze 'omslag' lijkt, zeker voor de oudere beroepskrachten, evident. (...) Het gaat echter niet alleen om een gedragsverandering. Het is een verandering die invloed heeft op de beroepsidentiteit. De beroepskrachten hebben het beroep gekozen om mensen te helpen. Het is dan fijn om 's avonds te kunnen terugkijken op: 'ik heb lekker iemand geholpen'. Het is een hele stap naar: 'Ik heb mij lekker overbodig gemaakt.' Het is een verandertraject, waarin een innerlijke verbinding met het nieuwe paradigma gemaakt moet worden. Dat heeft de vorm van een rouwproces. Coaching of begeleiding op basis van eigen praktijkvraagstukken lijkt daarbij van belang. (Hoogland et al., 2013, p. 125)

In het licht van de toegenomen professionele distantie vanaf de jaren '90, betekende het beleid dat stuurde op meer informele zorg en minder formele zorg, en op vermaatschappelijking in het kader van sociale inclusie, dat begeleiders wéér een stap verder afstand moesten

nemen van hun cliënten. Daartoe werden ze gestimuleerd vanuit het beleid. Dat begonnen ze dan ook te doen, dikwijls met pijn in het hart, getuige de typering van een 'rouwproces' uit het citaat hierboven. Voor de vers opgeleide beroepskrachten minder moeilijk als voor de doorgewinterde begeleiders. Deze laatsten moesten maar weer wat extra scholing, begeleiding of coaching aangeboden krijgen. Daarentegen kon het wel gebeuren dat een cliënt zijn of haar begeleider op de buurtplek in zijn of haar eigen sociale netwerk plaatste, soms zelfs vriend noemde:

> '"[Naam] is meer een vriendin geworden dan dat ik haar persoonlijke begeleider kan noemen. Niet zo'n vriendin dat ze mij niet laat nadenken over wat ik wil. Maar [Naam] kent mijn situatie en weet hoe ik kan handelen en hoe ik niet kan handelen. Waarin ze me kan sturen en waarin ze me alleen moet laten." (Hoogland et al., 2013, p. 87)

Net als blijkt uit ons onderzoek zien we dat men tegenwoordig wel weer wat terugkomt op de professionele distantie die werd ingevoerd met de professionalisering. Denk bijvoorbeeld aan de centrale plek die de presentiebenadering van Andries Baart (2001) vandaag de dag inneemt in veel organisaties en curricula. Jezelf aanbieden en profileren als jezelf, als medemens, staat centraal. Vanuit het idee dat je in je beschikbaarheid en aanwezigheid erkenning biedt. Dat het binnen organisaties als benadering wordt neergezet en het ook in de beroepsopleidingen een veelvuldig beoefende werkwijze is, laat zien dat professionals het belang inzien van deze nabijheid. Eenvoudigweg 'er zijn'. Gedacht vanuit de presentietheorie kan de professional ook de rol van vriend aannemen. Dit vraagt vertrouwen, betrokkenheid en afhankelijkheid: dat zorgt voor verbinding, en draagt, zoals onze onderzoeken laten zien, bij aan waardevol contact dat ontstaat tussen bezoekers van ontmoetingsplekken. Dit schuurt met het beeld van de professional die passant is, en 'slechts' ondersteunt waar nodig en waar sociale netwerken ontbreken.

Aanvullend aan de presentiebenadering, sluit het denken van Gustaaf Bos (2016) ook aan bij onze bevindingen. Bos beschouwt de relatie tussen werkers en mensen met een beperking als van groot belang voor het werken aan sociale inclusie. Volgens Bos is het denken in hoofdstroom versus marge, dat wil zeggen, mensen die makkelijk mee kunnen komen in de samenleving en mensen die daar moeite bij ervaren, behulpzaam voor een optimistische en constructieve kijk op sociale inclusie. Aan sociale inclusie werken doen professionals ook al zélf, in hun relatie met mensen met een beperking. Namelijk, professionals zijn mensen die zich overeind weten te houden in de hoofdstroom van onze samenleving, maar die zich aangetrokken voelen tot de marge van de samenleving. Dit ervaarde Bos zelf ook gedurende het veldwerk dat hij deed voor zijn proefschrift. Werkers hebben hierbij dus nadrukkelijk niet enkel iets te bieden, maar komen zelf ook iets halen. Zij kunnen aan bepaalde delen in zichzelf de ruimte geven in de marge, waar in de hoofdstroom geen ruimte voor is.

Doordat werkers en mensen met een verstandelijke beperking of psychische problematiek met elkaar omgaan, ontstaan haast vanzelf vriendschappelijke relaties. Door professionals

te benaderen als passanten die maar beter niet te close kunnen worden met hun cliënten, door hen sec als uitvoerders van netwerkgerichte interventies te beschouwen, en door het inzetten van allerlei professionele methodieken om stigma te verminderen en exclusie tegen te gaan, kan de relatie tussen sociaal werkers en cliënten in de knel komen. We zagen dat de relaties tussen werkers en cliënten (in potentie) waardevoller zijn dan enkel instrumenteel ingezet. Bos' benadering van de rol van de professional geeft een noodzakelijk tegengas aan een instrumentele kijk op professionals. In onze onderzoeken zagen we dan ook de mogelijkheid op buurtplekken waar professionals de nadruk konden leggen op de menselijke, affectieve relaties waarin ruimte is voor de eigenheid van de ander. Op deze manier kijken naar sociale inclusie kan sociaal werkers bemoedigen om zich júist persoonlijk, dichtbij en diepgaand te verbinden met mensen in kwetsbare posities. Het lijkt ons essentieel dat organisaties en beleidsmakers zich hierop bezinnen.

## 7.4 Spanningsveld: Weerbaar versus kwetsbaar

In deze paragraaf gaan we in op de beleidsaanname dat je mensen grofweg kunt indelen in twee groepen, namelijk 'kwetsbaar' en 'weerbaar'. Vervolgens bespreken we de verwachting dat 'kwetsbare' inwoners zitten te wachten op nauwe banden (inclusief zorg en ondersteuning) met 'weerbare' inwoners woonachtig in hun naaste omgeving. Tot slot besteden we aandacht aan de gedachte dat het contact tussen kwetsbare inwoners onderling maar liever wat geremd en ontmoedigd moest worden. Wat valt hierover te zeggen vanuit de perspectieven van mensen met en zonder beperking, en de professionals, en in dialoog met de literatuur?

Centraal binnen het derde spanningsveld staat onze stelling: De praktijk staat onder druk door het beleidsmatige, dichotome denken van weerbaar vs. kwetsbaar. Dit spanningsveld bespreken we in drie delen: 1) het beleidsmatige, kunstmatige spreken over kwetsbaar en weerbaar, 2) lof der oppervlakkigheid: de waarde van lichte contacten, en 3) het nut en nadeel van 'soortgenotencontact'.

### 7.4.1 Het beleidsmatige, kunstmatige spreken over kwetsbaar en weerbaar

In beleid, bij zorg- en welzijnsorganisaties, en ook in ons eigen onderzoek, werd en wordt veel gedacht, gesproken en geschreven in termen van mensen met en zonder beperking, kwetsbare mensen enerzijds, weerbare mensen anderzijds. Dit is een denken in tegenstellingen, in 'dichotomieën'. Het maken van dit soort onderscheid kan een functie vervullen: sommige mensen hebben meer ondersteuning nodig, en er zijn ook mensen die zichzelf beter redden, en juist meer ondersteuning te bieden hebben. Door een onderscheid te maken, wordt dit duidelijk en kan beleid zich ook richten op het aanmoedigen van contact over en weer. Wanneer men streeft naar menging, diversiteit en inclusie gaat men denken in doelgroepen en wat mensen van elkaar onderscheidt. Ook voor het spreiden van groepen in buurten en wijken lijkt het maken van onderscheid tussen mensen functioneel te zijn. Het beleid van woningbouwcorporaties is er bijvoorbeeld op gericht om de zogenaamde kwetsbare mensen te spreiden over buurten en wijken. Te veel kwetsbare mensen in een straat of portiek zou een te groot beroep doen op de draagkracht van de omwonenden.

Maar ook al wonen mensen gemengd en in diversiteit door elkaar in buurten en wijken, Bredewold (2014) zag dat mensen met en zonder beperkingen woonachtig in dezelfde buurt, elkaar niet vanzelfsprekend ontmoetten. Laat staan dat de zgn. 'weerbare burgers' omzagen naar de zgn. 'kwetsbare burgers'. Ook in ons meerjarige onderzoek 'Netwerkondersteuning in buurt en wijk' op vier laagdrempelige buurtprojecten was dit één van de belangrijkste conclusies, dat er over het algemeen geen sprake was van 'weerbaar ondersteunt kwetsbaar'. Sterker nog, we zagen dat de mensen die we vanuit onze eigen dichotome begrippenkader 'moesten' indelen als 'zonder beperking' (want: geen verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek), om andere goede redenen óók ingedeeld hadden kunnen worden in de categorie 'met beperking':

> (...) [de] mensen die we in dit onderzoek aanduiden als mensen zonder beperking, [zijn] over het algemeen mensen zijn die zo hun eigen problemen hebben. Ze kampen bijvoorbeeld met eenzaamheid, ouderdom of hebben een lichamelijke beperking of chronische ziekte. Mensen die de projecten bezoeken, zijn dus over het algemeen niet de fitte actieve weerbare mensen waar het beleid het over heeft en die iets zouden moeten gaan betekenen voor hun zogenaamde 'kwetsbare medemens'. Nee, het zijn mensen die ook op zoek zijn naar een plek waar ze erbij horen, waar ze gezelligheid ervaren en waar ze gezien worden en die, zo geven professionals aan, zelf ook ondersteuning nodig hebben. Gerelateerd aan het idee van sociale inclusie roept het de vraag op of dit dan de 'normale' plekken in de samenleving zijn en tegelijkertijd relativeert het wat je aan hulp en ondersteuning kan verwachten. (Haarsma et al., 2018, p. 53)

Daarenboven zagen we dat mensen met een beperking ook veel deden voor mensen zonder beperking. Zij noemden zichzelf veel vaker 'vrijwilliger':

> De term die mensen met beperking het meest voor zichzelf gebruikten, is vrijwilliger. Ook hierin komt de gelijkwaardigheid met de andere vrijwilligers zonder beperking naar voren. Aan de titel 'vrijwilliger' hangt ook een gevoel van vrijheid en eigenaarschap. Iets vrijwillig doen, houdt ook in dat je zeggenschap hebt over je eigen tijd en bezigheden. "Ik ben vrijwilliger. Ik kan mijn dagen zelf bepalen en dat is ook wel weer fijn." (Haarsma et al., 2018, p. 45)

Doordat mensen met een beperking vaak vrijwilligersrollen vervulden op de buurtprojecten die we onderzochten boden zij de bezoekers gastvrijheid, een lekkere maaltijd, gezelschap aan tafel en ongecompliceerd contact. Enkele uitspraken van mensen zonder beperking vanuit het rapport 'Gewoon Gezellig' (Stouten-Hanekamp et al., 2017):

> "Ja dat is het contact wat ik heb, dat ik erbij hoor, bij deze mensen. En dat niemand mij raar aankijkt en zegt ja wat doet die man hier? Dat contact wat ik heb, dat vind ik heel belangrijk en heel mooi" (p. 26).

> “Nou je ontvangt hier toch ook de liefde. Je hebt van heel veel, als je aankomt, dan heb ik altijd bijvoorbeeld een grapje met die of een grapje met die” (p. 26).

Het onderscheid dat door beleidsmakers, door sociaal werkers en door onszelf als onderzoekers werd aangebracht, hield de mensen zelf veel minder bezig. Het bleek juist de waarde te zijn van de buurtprojecten dat men kon spelen met sociale rollen. Dat mensen met een beperking op dergelijke plekken juist niét worden gezien als ‘steunbehoevende’ of ‘kwetsbare’ cliënt (Haarsma et al., 2018, p. 45).

Door zorgethische denkers zoals Eva Feder Kittay en Joan Tronto is veel kritiek geleverd op het onderscheid tussen weerbare en kwetsbare mensen. Op de afkeer van de kwetsbare positie, en de voorwaarde van onafhankelijkheid voor een waardig leven. En dat terwijl we weten dat we allemaal kwetsbaar en afhankelijk zijn. En dat afhankelijkheid en afhankelijkheidsrelaties veel complexer zijn dan aan de ene kant een afhankelijke persoon, en aan de andere kant een persoon waarvan iemand afhankelijk is. Als we dit erkennen dan zullen we de menselijke beperkingen kunnen verzoenen met de ‘norm’ van ons als mensensoort, zegt Eva Feder Kittay (2011):

> De erkenning van de onvermijdelijke afhankelijkheid van bepaalde vormen van beperking, in de context van allerlei soorten niet te vermijden afhankelijkheden, is een andere manier om beperking in de norm van de menselijke soort te reintegreren. Het vormt een deel van het karakter van de menselijke soort om kwetsbaar te zijn voor beperking, om periodes te kennen van afhankelijkheid, en om verantwoordelijkheid te dragen voor de zorg voor afhankelijke individuen. Wij als soort zijn nagenoeg uniek in de mate waarop wij aandacht besteden aan afhankelijkheid, waarschijnlijk omdat we de lange afhankelijkheid van de jeugd kennen. Zodra wij beseffen dat afhankelijkheid een aspect is van wat het is om ons soort wezens te zijn, kunnen wij, als samenleving, beginnen met het onder ogen komen van onze angst en afkeer van afhankelijkheid, en daarmee, van beperking. Wanneer we erkennen dat afhankelijkheid van een ander ons redt van isolatie en ons de verbindingen met de ander verschaft die het leven de moeite waard maken, kunnen we beginnen met het proces om noodzakelijke afhankelijkheden te omarmen. (vertaling door onszelf)

### 7.4.2 Lof der oppervlakkigheid, en: Gewoon gezellig

In lijn met het spreken over ‘weerbaar’ en ‘kwetsbaar’ leefde de verwachting dat ‘kwetsbare’ inwoners zitten te wachten op nauwe banden (inclusief zorg en ondersteuning) met ‘weerbare’ inwoners woonachtig in hun naaste omgeving. Maar in de praktijk bleken mensen met en zonder beperking niet massaal bezig met het aangaan en onderhouden van nauwe banden met elkaar. Diepgaande contacten tussen mensen met en zonder beperking komen – buiten directe familierelaties - niet of nauwelijks tot stand, en resulteren dus ook niet in zorg en ondersteuning van mensen zonder beperking voor mensen met beperking, zo zag Bredewold (2014). Maar niet getreurd, ook lichte en begrensde contacten tussen mensen met en zonder

beperking zijn van waarde. Dat is zo simpel als het elkaar groeten op straat:

> Meneer Kroon heeft een psychiatrische achtergrond en vertelt waarom hij het zo fijn vindt als hij gegroet wordt op straat: "Als mensen weten dat je iets hebt, een psychiatrische achtergrond of beperking, dan zijn er hele schoolklassen – ik zou niet zeggen dat ze je bewust negeren – die niet goed weten hoe ze daarmee moeten omgaan, die vergeten dat je ook maar een gewoon mens bent. Daar klopt iets niet aan, dus hij zal wel gevaarlijk zijn. Maar als mensen je normaal benaderen en je dus ook groeten, dan is dat voor mij wel fijn. Dat geldt voor iedereen hè, ook voor mensen buiten de psychiatrie. Als je genegeerd wordt, dan doet dat pijn." (2014, p. 110)

Vanuit het perspectief van mensen zonder een beperking werd het lichte contact ook gewaardeerd, en verkozen boven een intensievere variant. Eén van de voorbeelden is dat van mevrouw Tromp.

> Mevrouw Tromp heeft contact met twee mensen met een psychiatrische achtergrond. Ze ontmoet hen in het park dicht bij haar huis. Zij vindt juist het contact in het park prettig en laat het daar ook heel bewust bij. De situatie maakt dat ze ook redelijk gemakkelijk het contact kan beëindigen. Ze zegt gewoon dat ze ervandoor moet. "Het blijft gewoon bij contact in het park. [...] Ik zeg op een gegeven moment wel dat ik er weer vandoor ga, dat ik weer verder moet." (2014, p. 111)

De prettige lichte contacten waren zo'n belangrijke bevinding dat het proefschrift van Femmianne Bredewold ernaar werd vernoemd: 'Lof der oppervlakkigheid'. In project Netwerkondersteuning in buurt en wijk gaven we een vervolg aan het onderzoek van Bredewold. We onderzochten vier collectieve plekken, gericht op wederkerigheid, begrenzing en gezamenlijkheid. De focus verschoof daarmee van één-op-één contact naar contact in de groep, in de context van de laagdrempelige buurtprojecten. En ook in deze context gaven mensen met en zonder beperking aan dat het hen vooral om de lichte contacten te doen was:

> "Het contact is vooral oppervlakkig van aard. Ik heb wel met alle mensen contact, maar ja, dat gaat over de thee, de koffie of het weer (...) je babbelt dan wat mee" (respondent zonder beperking).

> "Het is gewoon 'gewoon' contact, oppervlakkig" (respondent met beperking).

> "Gesprekken, lekker eten, kortom gezelligheid" (respondent met beperking).

> "Ik woon in de buurt, op loopafstand. Ik vind het hier gezellig, er wordt me niets opgedrongen" (respondent zonder beperking).

De titel van het tussenrapport lag daarmee voor de hand: 'Gewoon gezellig'. Door de jaren heen zagen wij dus dat uitkomsten uit onze praktijkgerichte onderzoeken op gespannen voet stonden met de verwachting in beleid dat er nauwe banden (inclusief zorg en ondersteuning) zouden kunnen ontstaan tussen enerzijds 'weerbare' en anderzijds 'kwetsbare' mensen.

### 7.4.3 Het nut en nadeel van 'soortgenotencontact'

Vanuit beleid en praktijk en ook in ons onderzoek hadden we minder oog voor het contact van 'kwetsbare' inwoners onderling, oftewel 'soortgenotencontact'. De gedachte leefde op de achtergrond dat het contact tussen mensen met een beperking onderling maar liever wat geremd en ontmoedigd moest worden. Gedreven door de beleidsgedachte om 'weerbaar' en 'kwetsbaar' met elkaar in contact te brengen, raakten sociaal werkers gefocust op 'vermenging':

> "Met de plek is niks mis maar de vermenging is er niet. Voordat wij hier kwamen waren er ook weinig wijkbewoners. Ze komen wel, maar ze komen naar de dieren kijken. Maar er is verder geen aansluiting met onze club mensen."

> "De bedoeling is dat mensen zich ondertussen ook gaan mengen. Dat is ook wel de taak van de gastvrouw. Dat ze kijkt dat niet iedereen steeds bij dezelfde zit. Vaak zitten toch wel de mensen van [naam werkwijze] aan dezelfde tafel en mensen van [andere naam werkwijze] schuiven bij elkaar aan." (citaten van professionals uit Hoogland et al., 2013, p. 118)

Tijdens het schrijven van dit hoofdstuk namen we nog eens de 'ruwe data' vanuit onderzoek 'Netwerkondersteuning in buurt en wijk' door. Wat ons trof in de beschrijving van de participerende observatie die we verrichtten, is dat na het 'gewoon gezellige', lichtere contact van het 'gemengd' bezochte eetcafé, drie bewoners van de beschermende woonvorm (RIBW, GGz) elkaar opzoeken voor intiemer contact bij iemand van hen thuis:

> Het eetcafé vindt plaats in de gezamenlijke ruimte op de begane grond van een beschermende woonvorm (BW) voor mensen met psychiatrische problemen die bekend staat als een buurthuis. Er vlak naast is ook een woonvorm voor mensen met een verstandelijke beperking. De context is een nieuwbouwwijk van een klein dorp vlakbij Zwolle. De wijk wordt vooral bevolkt door gezinnen met jonge kinderen. In de goed uitgeruste keuken hebben vrijwilligers gekookt. De koks zijn mensen die woonbegeleiding hebben, hier op locatie of ambulant. Bij het eten zijn allerlei mensen aanwezig: mensen vanuit de begeleid wonen contexten, en hun 'reguliere' mede-buurtbewoners. Het eetcafé is afgelopen. Bewoners van de beschermende woonvorm lopen naar hun huis. Even later lopen, vlak na elkaar, twee BW-bewoners het appartement binnen van een medebewoner. Het lijkt erop dat zij de avond samen zullen doorbrengen.

Het is opmerkelijk dat dat deze mensen elkaar opzochten in de huiselijke kring. Vooral omdat dit specifieke moment van bij elkaar binnenkomen om vermoedelijk de avond samen door

te brengen, in contrast staat met de algemene bevinding uit datzelfde onderzoek – en ook al door Bredewold (2014) - dat 'kwetsbaar' en 'weerbaar' niet bij elkaar over de vloer komen. In weerwil van onze onderzoeksvragen naar het contact tussen mensen met en zonder beperking zouden wij ons nu kunnen afvragen welke belangrijke momenten we nog meer hebben gemist van waardevol contact tussen mensen met een beperking onderling?

In het rapport 'Safe h(e)aven' (Haarsma et al., 2018) gingen we hier toch ook al wel wat over in discussie, en stelden we dat het een miskenning is van de relaties die mensen met een beperking met elkaar hebben om altijd maar te hameren op contact tussen mensen met en zonder beperking. Mensen zonder een beperking zijn 'normale' mensen, en stellen de 'norm' waar mensen met een beperking naar moeten streven, lijkt daarmee een impliciete boodschap:

> Milner en Kelly (2009) laten bijvoorbeeld zien dat er een sterke focus is op het ontmoeten van mensen zonder beperking in de samenleving. Zo wordt sociale inclusie vaak uitgelegd door beleidsmakers en professionals en daardoor ook door mensen met een beperking. Dit devalueert volgens hen de waarde van de eigen gemeenschappen van mensen met een beperking. Mensen met een beperking zeggen zelf dat 'community participation' plaats moet vinden buiten het eigen huis en buiten de instelling, omdat begeleiders dit zo zeggen en vinden. Dat betekent dat ze zich moeten verhouden tot de regels en sociale codes die in 'mainstream places' gelden en die vaak hoog gegrepen zijn voor mensen met een beperking (Meininger, 2003). Terwijl ze zich het meest thuis en op hun gemak voelen op plekken waar ook mensen met een beperking zijn. (p. 55)

Er zijn redenen om te vermoeden dat dit veel genuanceerder en complexer ligt dan simpelweg te stellen dat mensen liever alleen met 'soortgenoten' contact hebben, of dat het beter voor hen is om het contact te 'normaliseren', en dus te mengen met 'reguliere' buurtbewoners. Binnen het huidige promotieonderzoek van Alke Haarsma-Wisselink naar de kwaliteit van (samen) leven van mensen met psychose in begeleid wonen contexten, hebben mensen dikwijls hechte relaties met (ex)mede-cliënten. Zo is Gregory bijvoorbeeld bijna elke avond bij zijn vriend een straat verderop, die ook in de beschermende woonvorm heeft gewoond. Ze kijken samen films, en ondertussen wordt Gregory door zijn vriend in de watten gelegd met een hapje en een drankje. Robi heeft veel vriendschappen, die ze bijna allemaal heeft opgedaan onder medepatiënten van de GGz-organisatie. Zij maakt deel uit van een vriendengroepje dat is gegroeid vanuit het samen volleyballen, een activiteit die vroeger werd georganiseerd door de GGz-organisatie. Ze doen allerlei gezellige dingen samen, bijvoorbeeld het samen vieren van sinterklaas. Sporten bij een reguliere sportvereniging heeft Robi wel een aantal keer geprobeerd, maar het beviel haar niet.

Daarnaast vertellen mensen over hun negatieve ervaringen met medebewoners in de beschermende woonvorm. Roy, die afkomstig is uit Iran, zit tijdens het wekelijkse koffie drinken aan tafel met iemand die zich racistisch uitlaat. Hij houdt zich daarom koest: 'Ik zit hier en zeg niks.'

Jackie, vanuit dezelfde woonvorm als Roy, had in de periode dat ze daar woonde naar eigen zeggen 'geen zin om samen psychiatrisch patiëntje te spelen.' Over een andere woonvorm zegt Marciano: "Er is een categorie bewoners die het verpest voor de medebewoners". Tegelijkertijd woont zijn beste vriendin nog steeds in de beschermende woonvorm, sluit hij regelmatig aan bij het koffiemoment, en doet hij mee met activiteiten zoals het gezamenlijk fietsen.

## 7.5 Hoe verder?

Beleidstaal 'doet' iets, heeft een effect op hulverlening en onderzoek, en bovenal: op echte levens van echte mensen. De dichotomie van 'weerbaar' versus 'kwetsbaar' wordt gereproduceerd en gaat bepalen wat we kunnen zien en waarderen. Van belang vonden én vinden wij om te laten zien wat er speelt in de leefwereld (afgezet tegen de systeemwereld), de echte levens van echte mensen. En daarbij kritische vragen te stellen zoals: waartoe mengen en normaliseren? Willen en kunnen mensen met een beperking wel sporten bij een reguliere sportvereniging? Waarom zouden we het contact ontmoedigen tussen cliënten onderling? De uitdaging voor beleidsmakers lijkt ons om uit de eigen politieke en beleidsmatige 'bubbel' te komen, en aan te sluiten bij de diversiteit en variatie van activiteiten, voorkeuren en mogelijkheden die zich afspelen in de leefwereld. Volgens ons kunnen we elkaar dáár versterken als beleid, praktijk en onderzoek, in een gezamenlijk streven, namelijk: recht doen aan de echte levens van echte mensen.

Daar hoort ook bij: recht doen aan relaties tussen alle soorten mensen, mensen met en zonder beperking, en beroepskrachten en wijzelf als onderzoekers. Zoals Inge Mans (2016) schrijft:

> Van alle zorgmodellen is alleen het relatiemodel door cliënten zelf uitgevonden. Terwijl begeleiders professionele afstand bewaren, blijven cliënten hen verleiden tot gewoon contact en een persoonlijke band. Eddie: "Mijn pb'er is mijn vriendin. Ik help haar met alles." (p. 385)

Doordat de presentiebenadering de laatste jaren een grote vlucht heeft genomen, gezien kan worden als de belangrijkste theorie is binnen het sociaal werk curriculum, merken we dat er weer meer ruimte voor het 'relatiemodel' is gekomen. Ook aan de bijgewerkte SRH (een belangrijke methode in woonbegeleiding in de GGz) kunnen we dit zien. De afkorting betekende eerst 'systematisch rehabilitatiegericht handelen' en dat klinkt heel methodisch en professioneel. Sinds 2020 betekent de afkorting: Steunend Relationeel Handelen, en staat de relatie heel expliciet centraal.

Dit heeft ook gevolgen voor wat we methodologisch gezien nog verder willen uitdiepen en moeten leren om mensen met een verstandelijke beperking en/of psychische problematiek te kunnen ondersteunen. Middels het promotieonderzoek van Alke Haarsma-Wisselink (2019-2024) zijn we bezig met langdurige kennismakingen met een 'ethiek van vriendschap' (Tillman-Healy, 2003). In het onderzoeken van alle perspectieven en relaties van mensen met

psychose in begeleid wonen contexten is er veel aandacht voor relationaliteit en emotie. Er staan wezenlijke zaken op het spel, er zijn verschillende en zelfs tegenstrijdige standpunten en belangen. Als interdisciplinair onderzoeksteam staan wij daar niet los van. Wij kozen ervoor om onze eigen meerstemmigheid, de pluraliteit in onze perspectieven, de verschillen in normativiteit te omarmen, en wij doen daarom aan 'teamreflexiviteit'. Dit levert ook veel 'leerzame wrijving' op (Kunneman, 2005) en wij schrijven over onze 'polyfone interacties'. Samen leren met mensen met verschillende perspectieven – en met te verwachten wrijving – is ook wat we willen doen met partijen in beleid en praktijk, waarbij de uitwisseling met mensen met een beperking op de voorgrond staat.

Binnen het nadenken over de (lokale) samenleving met een plek voor iedereen, waar mensen voelen dat ze erbij horen, is het belangrijk om aandacht te hebben voor het effect en bereik van collectieve ontmoetingen. Onze onderzoeken door de jaren heen laten expliciet en beeldend het belang van gezellige en collectieve in (buurt)ontmoetingsplekken zien. Het belang en de positieve effecten van collectieve ontmoeting moeten niet alleen ter kennisgeving worden aangenomen, als iets 'extra' of 'bonus', mooi meegenomen. Nee, het moet meer centraal staan in zowel zorg- en welzijnsbeleid, als binnen zorgorganisaties en beroepsopleidingen, bijvoorbeeld als onderdeel van herstelgerichte zorg. Individuele en instrumentele gerichtheid moet ruimte maken voor een collectieve benadering waarin de samenleving (ook) een rol speelt en ook werkelijk kan werken aan een inclusieve samenleving.

In het verlengde hiervan is er aandacht nodig voor *sense of belonging*, het gevoel erbij te horen voor mensen die moeiten ervaren in hun leven en in het sociaal en maatschappelijk verkeer. Dit gevoel van erbij horen vraagt om de reeds aangestipte nabije en relationele rol van sociaal werkers. Aandacht voor deze collectieve ontmoetingsplekken vraagt van het voorveld, ofwel het welzijnswerk, als ook van zorginstellingen dat zij over eigen organisatiegrenzen heen kijken en met elkaar samenwerken. De onderzochte praktijken uit Netwerkondersteuning in Buurt en Wijk kunnen hierbij als voorbeeld dienen.

Andere geldstromen zijn daarvoor ook noodzakelijk. Want door collectieve ontmoetingsplekken wordt preventief gewerkt en is 'zwaardere' zorg soms minder nodig, waardoor er bespaard wordt op zorg vanuit de Zorgverzekeringswet. Dit geld dat wordt bespaard komt echter niét in bij de collectieve ontmoetingsplekken terecht, omdat deze uit andere financieringsstromen worden bekostigd. Dit sluit aan bij de bredere discussie over de opbrengst van (preventief) welzijnswerk. Daar is in de meeste gevallen vanuit gemeenten minder geld voor, maar het werk zorgt wel voor minder kosten in de langdurige zorg vanuit ze Zorgverzekeringswet. Voor managers en inkopers van de gemeenten vraagt dit dus anders na te denken over hoe de budgetten te verdelen en hoe de kosten te verantwoorden. Met onze onderzoeken willen we een verschuiving van *mindset* op verschillende fronten zoals in dit hoofdstuk beschreven aanwakkeren en hier een constructieve en ook praktische bijdrage aan leveren.

# 8 Samenwerking tussen welzijn en zorg

## 8.1 Hoe samenwerking tussen welzijn en zorg voor meer samenhang moet zorgen

Sinds de transities wordt steeds vaker samenwerking opgezocht tussen zorg- en welzijnsprofessionals. Voor een deel komt dat, doordat ze rond dezelfde inwoners samenwerken in hun leefomgeving. Voor een ander deel komt dat, doordat welzijnsactiviteiten in toenemende mate ontdekt worden als 'preventieve' activiteiten, namelijk activiteiten die voorkómen dat mensen duurdere zorg nodig hebben (zie § 2.1.5).

Preventief werken betekent dat ingezet wordt op het voorkómen dat mensen problemen ontwikkelen. Met als positief effect in de eerste plaats dat iemand een goed leven heeft, en in de tweede plaats dat daarmee duurdere vormen van zorg minder nodig zijn. Een bekend voorbeeld is het inzetten van 'leefstijlinterventies' om gezondheidsproblemen te voorkomen: mensen leren gezond te eten en vaker te bewegen, zodat ze langer gezond blijven. Een ander voorbeeld is het werken aan taalontwikkeling, cognitieve ontwikkeling en sociale vaardigheden van kinderen op jonge leeftijd, zodat ze voorspoedig opgroeien en goed mee kunnen komen op school en in de samenleving. Vaak betekent dit 'preventief werken' dat samengewerkt wordt tussen verschillende beroepsgroepen: sociaal werkers en jeugdgezondheidswerkers werken samen met kinderopvang en scholen (zoals in het project 'Wijkgericht werken jonge kind', zie hoofdstuk 5). Een ander voorbeeld van het voorkómen van een onnodige doorstroom van 'normale' problemen naar specialistisch zorg is het werk van de jeugd- en gezinswerker naast de huisarts (zie hoofdstuk 5).

Drie onderzoeken van het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken gaan specifiek in op de samenwerking tussen gezondheids- en welzijnsorganisaties: de projecten 'Mt. Ventoux on Wheels', 'Samen in beweging' en 'Hart van Vathorst'.

Een gemeenschappelijk kenmerk van deze projecten is dat ze gebaseerd zijn op optimistische visies over participatie en inclusie. Zo wordt in het project 'Hart van Vathorst' hardop gedroomd over de mooie relaties die kunnen opbloeien in de Amersfoortse nieuwbouwwijk Vathorst, als mensen elkaar maar structureel tegenkomen binnen de nieuw locatie waar kerk, kinderopvang, zorgorganisaties, zorgappartementen, horeca- en andere wijkvoorzieningen samen gehuisvest zijn in één gebouw. In 'Mt. Ventoux on Wheels' wordt letterlijk hoog ingezet op het samen bereiken van de top van de berg als jongeren uit het welzijnswerk, cliënten van zorgorganisaties, vrijwilligers en professionals er maar samen voor gaan. En in 'Samen in Beweging' is het doel dat door samenwerking tussen zorg, welzijn, sport en het fysieke domein, kwetsbare groepen weer actief worden en ontdekken wat ze allemaal nog kunnen.

Daarbij omarmen deze projecten idealen als inclusie en participatie door iedereen, en visies als positieve psychologie en positieve gezondheid (zie § 2.4 en § 8.3).

In de praktijk is binnen de onderzochte projecten een groot enthousiasme te zien voor deze benaderingen. Tegelijkertijd is er een aantal spanningen zichtbaar, samengevat:

1. Inclusie en participatie gaan over zo gewoon mogelijk meedoen, maar daar is ongewoon veel organisatie voor nodig.
2. Een positieve insteek past niet bij probleemgerichte financiering.

In de volgende paragrafen worden deze spanningen verder uitgewerkt.

## Mt. Ventoux on Wheels

**Onderzoek** naar methodiek vond plaats in 2017, onderzoek naar de ervaringen van de deelnemers in 2018.

**Deelnemende partijen:** Stichting Welzijn In Elburg (WIEL) i.s.m. diverse zorgorganisaties in Elburg, o.a. InteraktContour en Careander.

**Onderzoekers:** Tanja van der Vinne (Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken), Annemiep Schep (Hogeschool Viaa, Lectoraat Zorg & Zingeving) en Viaa-studenten Sociaal Werk Lianne Kok, Tirza van der Neut, Karen Sloot en Ramon Westerhuis.

### Beschrijving onderzochte praktijk

'Mt. Ventoux On Wheels' (MVOW) gaat om een uitdaging die WIEL organiseerde voor cliënten van zorg- en welzijnsorganisaties in Elburg samen met jongeren uit de doelgroep van het jongerenwerk van WIEL. Zij kregen een traject aangeboden waarin het doel uiteindelijk was dat ze, begeleid door jongeren- en sportwerkers van WIEL, persoonlijk begeleiders uit zorginstellingen en een aantal (oudere) vrijwilligers, samen de top van de Mt. Ventoux zouden bereiken; een klim van 21 kilometer. Samen bereidden ze zich voor op deze uitdaging, door middel van wekelijkse sporttrainingen van twee uur. Die trainingen waren gericht op onderlinge samenwerking en op individuele lichamelijke conditie. Ook hielden ze drie 'grote trainingen' van circa zes uur, ter voorbereiding op de uiteindelijke uitdaging. Met de beklimming haalden de deelnemers bovendien sponsorgeld op voor een goed doel.
Het project is driemaal georganiseerd (in 2013, 2015 en 2017) en werd door de organisatoren als heel succesvol ervaren. Daarmee ontstond bij de organisatie de wens om goed op te laten tekenen hoe hun project in elkaar zat, om het overdraagbaar te maken naar andere plaatsen en organisaties die daar om vroegen. Daar werd het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken bij ingeschakeld.

### Onderzoeksvraag

Ons onderzoek bestond in 2017 uit het optekenen van de *werkwijze en werkzame elementen* van Mt. Ventoux.
In 2018 werd onderzoek naar de effecten van deze uitdaging op langere termijn, met name voor de cliënten van de zorginstelling. De vraag was toen: *Wat is volgens de deelnemers en hun directe sociale relaties, ouders en/of verzorgers alsmede begeleiders, de invloed van het meedoen aan het project MVOW op de psychische weerbaarheid en sociale weerbaarheid van de deelnemers?*

## Onderzoeksmethode en respondenten

Voor het optekenen van de werkwijze zijn waarderende interviews gehouden met betrokken professionals en een aantal deelnemers.
Bij het onderzoek naar de ervaringen met de werkwijze zijn 28 van de 75 deelnemers bevraagd via een internetenquête, 6 deelnemers via een verdiepend interview en 7 mensen uit hun directe sociale netwerk in een focusgroep. 'Deelnemers' zijn hier: deelnemende jongeren, cliënten van ggz-instellingen, vrijwilligers, professionals van WIEL en professionals van de zorginstellingen.

## Hoofdlijn conclusies en aanbevelingen

Als werkzame elementen worden onder andere gevonden dat de labels van 'probleemjongeren' en 'cliënt' losgelaten werden om samen als sportieve groep met een persoonlijke en gezamenlijke uitdaging op pad te gaan.
Volgens het evaluatie-onderzoek was voor de deelnemers de beklimming van de Mt. Ventoux een life-event dat bijdroeg aan hun psychische en sociale weerbaarheid. Wel is het belangrijk dat er ook goede nazorg wordt geboden ten behoeve van de transferwerking naar het gewone leven.

**Lees verder in de onderzoeksrapportages:**


- Schep, A.E., & Van der Vinne, T.J. (2017). *Handleiding Mt. Ventoux on Wheels.* Zwolle: Hogeschool Viaa.
- Kok, L., Van der Neut, T., Sloot, K., & Westerhuis, R. (2018). *Samen naar de top. Afstudeeronderzoek.* Zwolle: Hogeschool Viaa.

## Samen in beweging met kwetsbare inwoners

**Onderzoek:** vierjarig programma van 2019 tot 2023.

**Deelnemende partijen:** gemeenten Oost Gelre, Winterswijk, Zwartewaterland, Kampen, Steenwijkerland, Hardenberg; Wageningen Universiteit en GGD NOG (samen Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Agora); GGD IJsselland; subsidieverstrekker ZonMW.

**Onderzoekers:** Monica Stouten-Hanekamp, Alie Velvis, Christel Teekman, Marieke Veening (Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken), Maarten van Garderen en Joanne Lassche-Scheffer (Hogeschool Viaa, Lectoraat Zorg & Zingeving).

### Beschrijving onderzochte praktijk

In zes gemeenten is in samenspraak tussen beleidsambtenaren van verschillende sectoren (gezondheid, welzijn, sport, ruimte), zorg-, welzijns- en sportorganisaties en inwonersgroepen een plan van aanpak gemaakt om samen meer kwetsbare inwoners in beweging te brengen. Daarbij gaat het om ouderen, mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt en mensen met psychische problematiek. In elke gemeente is een eigen mix van interventies gekozen, waaronder meestal het maken van een sociale kaart om inzichtelijk te maken welke mogelijkheden er zoal zijn voor mensen om 'in beweging te komen'; en de invoering van het concept 'Welzijn op Recept', waarmee mensen op recept van de huisarts doorverwezen kunnen worden naar een welzijnscoach die hen begeleidt naar de best passende activiteit. Om goed samen te werken aan de uitvoering van dit plan van aanpak, zijn in elke gemeente leerbijeenkomsten georganiseerd, en een bovenregionaal leernetwerk waarin de gemeenten onderling van elkaar leren.
Dit project wordt begeleid met verschillende vormen van onderzoek: door de GGD een kwantitatieve monitoring van de effecten op gezondheid en welzijn, door Viaa een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van inwoners, en naar de opbrengsten van de leerbijeenkomsten.

### Onderzoeksvraag

Een eerste onderzoek in 2020 is gedaan naar de motieven en behoeften van inwoners. De onderzoeksvraag was: 'Wat is er nodig voor de gemeenten Kampen, Zwartewaterland, Steenwijkerland, Hardenberg, Winterswijk en Oost Gelre, in samenwerking met inwoners en professionals uit zorg, sport en welzijn, om te komen tot een integraal gedragen plan van aanpak dat bijdraagt aan gezondheid en participatie van kwetsbare inwoners?'
Een tweede onderzoek is in 2021 gedaan naar de ervaringen van betrokken beleidsmakers en professionals.

### Onderzoeksmethode en respondenten

Bij de afname van het interviews is er gewerkt vanuit de methode van waarderend onderzoek (appreciative inquiry). In het onderzoek in fase 1 zijn focusgroepen georganiseerd van

inwoners, beleidsmakers en professionals, en zijn verslagen daarvan geanalyseerd. In het onderzoek in fase 2 zijn telefonisch semi-gestructureerde interviews afgenomen (met vijf beleidsmedewerkers en elf welzijnsmedewerkers), waarin expliciet is doorgevraagd op datgene wat werkt, met nadruk op succesfactoren. Daarnaast zijn verslagen opgetekend van de leerbijeenkomsten.

## Hoofdlijn conclusies en aanbevelingen

Het onderzoek laat zien dat er in elk van de gemeenten veel sociale en beweegactiviteiten zijn, maar dat dit niet altijd goed te vinden is voor inwoners. Voor hen is de belangrijkste motivatie om te bewegen het opdoen van sociale contacten, daarnaast ook gezond en vitaal blijven en mentaal welzijn. Om de stap te maken naar een activiteit is op meerdere niveaus actie nodig: het werken aan kennis en bewustzijn over het belang van bewegen, het laagdrempelig maken van activiteiten onder andere door te organiseren dat er een maatje mee kan en door maatregelen als een overzichtelijke groepsgrootte, vaste gezichten en begeleiders die rekening houden met de mogelijkheden van alle deelnemers. Om dit te realiseren, is ook op beleidsniveau samenwerking tussen verschillende domeinen nodig, en een goede borging van interventies als 'Welzijn op Recept'.

**Lees verder in de onderzoeksrapportages:**


- Lassche-Scheffer, J., Veening, M., & Teekman, C. *Samen in Beweging. Rapportage interviewronde F2.2.* Zwolle: Hogeschool Viaa.
- Stouten-Hanekamp, M., Velvis, A., Van Garderen, M., Jansen-van Vilsteren, M., Izeboud C., & Duijzer, G. (2020). *Samen in beweging met kwetsbare inwoners. Tussenrapportage van fase 1 – projectjaar 1: Inzicht in motieven en behoeften van kwetsbare groepen om 'in beweging' te komen en de kansen voor integraal samenwerken rondom dit vraagstuk.* Zwolle: Hogeschool Viaa.

## Hart van Vathorst

**Onderzoek:** een onderzoek onder wijkbewoners in 2016 en vervolgonderzoek in 2018 en 2019.

**Deelnemende partijen:** Stichting Sprank, Stichting Accolade, Kinderopvang Bzzzonder, Ontmoetingskerk Vathorst (Gereformeerde Kerk vrijgemaakt).

**Onderzoekers:** Jeannette Slendebroek-Meints, Marco Algera en Marja Jager-Vreugdenhil (Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken); Viaa-studenten Sociaal Werk Jennifer de Lange, Nicole Nieuwenhuis, Sarai Veltkamp-Eilander en Shanna Zwartscholten.

### Beschrijving onderzochte praktijk

In de Amersfoortse nieuwbouwwijk Vathorst hebben een kerk en zorginstellingen samen een gebouw laten ontwerpen en bouwen, met de droom dat er daardoor veel verbindingen zouden ontstaan tussen bewoners van de zorgappartementen van Accolade en Sprank, leden van de Ontmoetingskerk, wijkbewoners en kinderen en ouders van Bzzzonder. Viaa heeft een onderzoek onder wijkbewoners uitgevoerd in 2016 kort na oplevering van dit pand, en dit is later nog eens herhaald in 2018. Ook is in 2019 binnen Hart van Vathorst onderzoek uitgevoerd naar de ervaringen van cliënten en hun directe naasten.

### Onderzoeksvraag

Hoofdvraag vooraf opgesteld voor deze onderzoeken, was: 'Wat zijn effecten van het initiatief Hart van Vathorst, voor betrokken partijen, zoals cliënten, familieleden, professionals, wijkbewoners en kerkleden?' In het onderzoek onder wijkbewoners (nulmeting in 2016 en effectmeting in 2018) is hierop ingegaan aan de hand van de deelvragen:

- 'In welke mate heeft het project invloed op de intensiteit van contacten van wijkbewoners met mensen met een beperking, waaronder bewoners van Hart van Vathorst?'
- 'Wat doet het initiatief Hart van Vathorst met het gevoel van sociale samenhang in de wijk voor wijkbewoners?'
- 'Wat zijn effecten van het initiatief Hart van Vathorst op de motivatie van de wijkbewoners om zich in vrije tijd in te zetten en op de (beeldvorming van) de rol van de kerk in de wijk? En wat is het effect van het initiatief Hart van Vathorst op de betrokkenheid van kerkleden van de Ontmoetingskerk?'

Het onderzoek onder mantelzorgers en hun directe naasten in 2019 ging in op de deelvraag: 'In welke mate heeft het initiatief Hart van Vathorst invloed op de zorgverlening/mantelzorgtaak van familieleden van cliënten?'

## Onderzoeksmethode en respondenten

Voor de onderzoeken onder wijkbewoners is gebruik gemaakt van een gestructureerde internetenquête. Hieraan namen 93 wijkbewoners deel aan de nulmeting in 2016 en 221 aan de effectmeting in 2018. Voor het onderzoek naar de mantelzorgers zijn twee groepsinterviews gehouden met in totaal twaalf deelnemers.

## Hoofdlijn conclusies en aanbevelingen

In het onderzoek onder de wijkbewoners is te zien dat de respondenten die zelf lid van de Ontmoetingskerk zijn, positief zijn over de rol van de kerk in de wijk en de invloed op de sociale samenhang, maar dat de respondenten die zelf geen lid zijn, daar iets minder positief over zijn. Maar zeker niet negatief: ongeveer drie kwart van de respondenten was van mening dat Hart van Vathorst tot een verbetering van de wijk had geleid, dat het initiatief een positieve uitstraling op de omgeving had en dat men trots was op Hart van Vathorst. Ongeveer de helft zag in Hart van Vathorst in meer of mindere mate kansen om zich in de vrije tijd in te zetten. Een even grote groep oordeelde dat door Hart van Vathorst de kerk een aantrekkelijke plek was geworden.

Uit het onderzoek onder de mantelzorgers blijkt dat zij heel tevreden zijn over de zorg die hun kwetsbare naasten ontvangen binnen Hart van Vathorst, maar dat hun verwachtingen hoeveel contacten er zouden ontstaan met kerkleden en buurtbewoners toch wat getemperd zijn. In de praktijk zijn de zorgorganisaties toch wel erg intern gericht, mogelijk omdat een nieuw gebouw ook wel heel wat interne en technische uitdagingen bleek te hebben voor het personeel. Er blijken ook verschillen te zijn in de hoeveelheid activiteiten die ondernomen worden per afdeling. De droom van een hele inclusieve wijk is er zeker nog, maar er zijn nog veel praktische uitdagingen te overwinnen.

**Lees verder in de onderzoeksrapportages:**


- Slendebroek-Meints, J. & Jager-Vreugdenhil, M. (2016). *Hart van Vathorst: van droom naar werkelijkheid. Nulmeting onder wijkbewoners van de Amersfoortse wijk Vathorst naar sociale samenhang en betrokkenheid bij Hart van Vathorst.* Zwolle: Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.
- Veltkamp-Eilander, S., Zwartscholten, S., Lange, J. de & Nieuwenhuis, N. (2018). *Hart van Vathorst: van droom naar werkelijkheid; Effectmeting onder wijkbewoners van de Amersfoortse wijk Vathorst naar sociale samenhang en betrokkenheid bij Hart van Vathorst.* Afstudeeronderzoek. Zwolle: Hogeschool Viaa.
- Algera, M. (2020). *Hart van Vathorst: wordt de droom gerealiseerd? Wat werkt het initiatief Hart van Vathorst uit naar wijkbewoners van de Amersfoortse wijk Vathorst en naar mantelzorgers van cliënten van deelnemende zorginstellingen? Effectmeting.* Zwolle: Hogeschool Viaa.

## 8.2 Spanningsveld: Inclusie en participatie gaat over zo gewoon mogelijk meedoen, maar daar is ongewoon veel organisatie voor nodig

In de besproken projecten gaat het er uiteindelijk om dat iedereen gewoon mee kan doen, oftewel inclusie. Inclusie is onder andere volgens Kröber (2012) het actieve streven naar een samenleving waarin iedereen welkom is, waarin mensen gelijke kansen hebben op welzijn en geluk, en waarin niemands vrijheid, autonomie en zelfbepaling door een ander worden onderdrukt. Kröber benoemt als belangrijke manieren om daaraan te werken: samen optrekken, interactief en proactief werken vanuit solidariteit en optimisme en oplossingsgericht zijn. Als mensen ervaren dat zij een plek hebben in de samenleving, heeft dat een positief effect op hun welzijn, hun kwaliteit van leven en hun sociaal-emotioneel functioneren (Haarsma & Stouten-Hanekamp, 2019; zie ook hoofdstuk 7). Dat kan gemakkelijk worden uitgelegd als: als iedereen maar optimistisch denkt en doet, dan zorgen we er samen wel voor dat iedereen mee kan doen. Toch zijn de projecten die we onderzochten nooit eenvoudig.

De projecten die we onderzochten, zijn juist complex: er zijn veel verschillende partijen betrokken (zorg, welzijn, sport en meer), en er is betrokkenheid op verschillende niveaus nodig (beleid, management, professionals, informele netwerken). Dat werken aan inclusie veel complexiteit met zich meebrengt, wordt zichtbaar in de brede definitie voor 'inclusie' die wordt gehanteerd in het project 'Samen in Beweging'. Dat is de definitie van Overkamp (2000), die stelt dat sociale inclusie samenkomt in drie componenten: fysieke, sociale en functionele integratie. Het gaat met andere woorden over alle terreinen van het leven: over wonen, participeren en sociale contacten aangaan in de samenleving. Daarmee ligt het concept dicht aan tegen het concept 'participatie': inclusie is volwaardig (kunnen) participeren, ook als er sprake is van specifieke kwetsbaarheden die dat bemoeilijken. Jehoel-Gijsbers (2004) beschrijft dat hoe minder goed iemand op de verschillende dimensies van participatie (bij haar: sociaal, cultureel en economisch) mee kan doen, hoe groter de kans op eenzaamheid en sociaal isolement, en dus hoe groter de kans op sociale uitsluiting (de tegenhanger van sociale insluiting ofwel inclusie). Kortom: waar het gaat over inclusie, gaat het over participatie op alle terreinen van het leven. En het gaat ook om verschillende systeemniveaus. Dat wordt onder andere beschreven in het 'ecologisch model van sociale inclusie' van Simplican *et alii* (2015). Zij onderscheiden individuele, interpersoonlijke, organisatorische, *community* en sociaal-politieke factoren die bijdragen aan inclusie.

Inclusie en participatie gaan dus over heel veel aspecten van het leven tegelijk, en hebben betrekking op veel verschillende niveaus. Nu geldt dat in principe voor de hele samenleving: die is complex, en mensen moeten hun weg daarin vinden, en iedereen heeft er een dag- en levenstaak aan om op alle levensterreinen het leven vorm te geven. Dat is het gewone leven. We proberen onze samenleving zo vorm te geven dat iedereen dat gewone leven goed kan leven, dat iedereen prettig en veilig kan wonen, zich goed ontwikkelt en voorspoedig opgroeit, dat we gezond zijn, ons kunnen ontplooien en gelukkig zijn. Daar zijn generieke voorzieningen voor ingericht: scholen, sportvoorzieningen, winkelcentra, buurthuizen, bedrijventerreinen, huisartsenposten enzovoort. Maar in de praktijk kan niet iedereen daar

even goed gebruik van maken. 'Gewoon' meedoen is niet voor iedereen even gemakkelijk. De projecten die wij onderzochten zijn erop gericht om bepaalde groepen die een verhoogd risico op uitsluiting hebben, toch mee te laten doen.

Machielse (2012) onderscheidt vier specifieke risicogroepen die een verhoogde kans hebben op (sociaal) isolement of uitsluiting: ouderen, mensen in armoede, mensen met een niet-westerse migratieachtergrond (specifiek ouderen en mantelzorgers binnen deze groep) en mensen met een licht-verstandelijke beperking of ggz-problematiek. In het project 'Samen in Beweging' worden deze groepen gericht gestimuleerd om hun sociale participatie te vergroten, omdat dat belangrijk is voor hun welzijn en gezondheid. In het project 'Mt. Ventoux on Wheels' gaat het in principe ook om 'risicogroepen' die Machielse onderscheidt, maar toch wordt in de beschrijving van de werkwijze gesteld: "Het gaat niet om doelgroepen, maar om deelnemers" (Schep & Van der Vinne, 2017, p. 7).

De nadruk wordt namelijk niet gelegd op het risico tot uitsluiting, maar de mogelijkheden tot participatie. Ja, het zijn kwetsbare mensen: mensen die door een beperking afhankelijk zijn van een rolstoel, mensen met een licht verstandelijke beperking, mensen met ggz-problematiek of mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Maar in het project ligt daar bewust niet de nadruk op. Wel op de uitdaging die ieder van hen persoonlijk en de groep samen als collectief aangaat: samen de Mt. Ventoux op, en samen geld ophalen voor een goed doel. Ook in het project 'Hart van Vathorst' hebben de initiatiefnemers het ideaal dat bij de betrokkenen niet zozeer de beperking, maar hun mogelijkheden voorop staan. En dat wijkbewoners op een heel natuurlijke manier in contact komen met wijkbewoners met een beperking: kinderen van de deelnemende kinderopvang doen activiteiten samen met dementerende ouderen die in hetzelfde gebouw wonen, wijkbewoners halen een kopje koffie in het restaurant in de ontmoetingsruimte en worden bediend door mensen met een verstandelijke beperking, en mensen met niet-aangeboren hersenletsel nemen deel aan kerkdiensten binnen het gebouw waar ze zelf wonen. Hier speelt wel de spanning die ook in hoofdstuk 7 beschreven is, dat juist als het streven 'inclusie' is, het niet plezierig is als de dichotomie tussen 'kwetsbaar' en 'niet kwetsbaar' te veel zichtbaar is (§ 7.5).

Het spanningsveld dat we zien in de onderzochte projecten, is dat voor dat 'gewoon' meedoen nodig is dat er iets gedaan wordt op veel verschillende levensterreinen en niveaus tegelijk, en dat dit onvermijdelijk veel complexiteit met zich meebrengt.

De samenwerking die daarvoor gezocht wordt tussen onder andere zorg- en welzijnspartijen en ook met buurtbewoners en vrijwilligers, heeft zeker effect: in de hier beschreven projecten zijn de betrokkenen ervan overtuigd dat het heel goed is voor de deelnemers dat er gelijktijdige aandacht is voor verschillende levensdomeinen – zeker niet alleen hun medische zorgvraag, maar juist ook hun sociale participatie en mentale welbevinden. En dat wordt door de deelnemers ook zeer gewaardeerd, zagen we in onze onderzoeken naar hun ervaringen. Deelnemers aan 'Mt. Ventoux on Wheels' en zorgprofessionals die hen begeleidden, gaven

aan dat zij – in elk geval op de korte termijn, na een jaar – zagen dat het meedoen aan deze uitdaging leidde tot meer sociale en psychische weerbaarheid (Kok et al., 2018). En ook de bewoners en professionals geïnterviewd voor het project 'Samen in Beweging' zijn positief over de effecten van deelname van mensen aan zorg- en welzijnsactiviteiten, bijvoorbeeld na doorverwijzing door huisartsen naar welzijnscoaches ('Welzijn op Recept').

Maar daar moet wel heel veel voor georganiseerd worden. In Hart van Vathorst komt er veel kijken bij de samenwerking tussen de deelnemende zorgorganisaties, wijkondernemers, kerk en kinderopvang. Het bouwen van het gezamenlijke pand vergde een enorme investering, die mogelijk was door de unieke situatie van een nieuwbouwwijk en het samenkomen van de wensen en dromen van de verschillende initiatiefnemers. Maar dat is nog maar de start: de organisaties zitten wel samen in het gebouw, maar dan is er nog niet automatisch samenwerking en contact. Al snel realiseerden de organisaties zich, dat er meer nodig was; in het jaar na opening kwamen we in ons onderzoek bijvoorbeeld vragen tegen over het gezamenlijk beheer van het gebouw en de gezamenlijke ontmoetingsruimte, en vragen over het structureel binden en behouden van vrijwilligers.

Ook in het project 'Samen in Beweging' moet veel georganiseerd worden. Het vraagt voortdurend afstemming en investering op allerlei niveaus, bijvoorbeeld om niet alleen te zorgen dat er een sociale kaart is, maar dat die ook bijgehouden en gepubliceerd wordt. En om niet alleen bij huisartsen te regelen dat ze bereid zijn via 'Welzijn op recept' hun patiënten door te verwijzen, maar dat de welzijnscoaches waar de patiënten dan heen gaan, er ook voldoende uren en middelen voor hebben om mensen te begeleiden; en het kost soms behoorlijk wat uren voor een inwoner goed op een plek is gekomen waar hij of zij kan bewegen en contacten aangaan.

Voor de grote onderneming die 'Mt. Ventoux on Wheels' is, zijn ook grote investeringen nodig in tijd en in geld: er moet tijd geïnvesteerd worden door de professionals van de welzijnsorganisatie die 'Mt. Ventoux' uitvoert (WIEL in dit geval) en door de zorgorganisatie waar een deel van de deelnemers cliënt is. Er moet bijvoorbeeld goed overlegd worden over de vraag of en hoe deelname van de cliënt mogelijk is. Om tot een uitspraak daarover te komen, gaat de professional van de zorginstelling in gesprek met de potentiële deelnemer. Tijdens de uitdaging gaan enkele professionals van de zorginstellingen ook mee als persoonlijke begeleiders van de deelnemers, en jongerenwerkers van WIEL als begeleiders van de jongeren. Dat betekent al een behoorlijke groep professionals die tijd moet kunnen investeren. Daarbij komt dat er voor specifieke uitdagingen samenwerking wordt vormgegeven in een aantal teams, bijvoorbeeld een 'medisch team', een 'veiligheidsteam' en een 'sportteam'. In elk team zitten professionals en vrijwilligers die samen verantwoordelijk zijn voor een specifiek aspect van de uitdaging waar de groep voor staat. Zo zitten in het 'sportteam' sportcoaches en fysiotherapeuten, en in het 'medisch team' onder andere artsen, eerstelijnshulpverleners en ggz-verpleegkundigen. Dit alles voor een eenmalige uitdaging. Niet voor niets kan het evenement niet vaker dan eenmaal in de twee jaar georganiseerd worden.

De drie onderzochte initiatieven lijken, in elk geval op de korte termijn en volgens de eigen ervaring van de deelnemers, een positief effect te hebben. Maar is het mogelijk om een werkwijze als Mt. Ventoux op een grotere schaal te organiseren zodat het ten goede komt aan nog meer deelnemers? En hoeveel extra professionals en vrijwilligers heeft Hart van Vathorst nodig om echt de dynamiek op gang te brengen die ze voor zich zagen? Hoeveel moeten gemeenten extra in welzijns- en sportactiviteiten investeren om mogelijk te maken dat ze voldoen aan de behoeften van ook kwetsbare deelnemers, en wie kan de extra inzet van welzijnscoaches betalen die er zorg voor dragen dat inwoners bij passende activiteiten komen en blijven? Voor al deze projecten is duidelijk dat er een grote investering nodig is, in tijd en in geld en in het samen tot een gedeelde visie komen, voor ze ten goede zouden kunnen komen aan grotere groepen kwetsbare inwoners. En dat terwijl het erom gaat dat deze groepen zo gewoon mogelijk mee kunnen doen. Daar is ongewoon veel inzet voor nodig.

Daarbij is het ook aannemelijk dat de investering in extra ondersteuning en organisatie van de samenwerking voor 'zwaardere' doelgroepen nog groter zal moeten zijn dan voor de doelgroepen die nu hebben deelgenomen. Binnen Hart van Vathorst is dat bijvoorbeeld zichtbaar in de verschillen die de mantelzorgers opmerken tussen twee afdelingen: een afdeling met mensen met lichtere problematiek, kan meer activiteiten ondernemen dan een afdeling met mensen met zwaardere problematiek. Bijvoorbeeld omdat het voor de 'zwaardere' groep belangrijker is om vaste regels en routines te hanteren, of omdat dagelijkse verrichtingen meer tijd en ondersteuning vragen en er minder tijd is voor andere activiteiten. In de gesprekken met de mantelzorgers waren die wel begripvol dat het nu eenmaal niet voor elke afdeling hetzelfde is, maar we hoorden toch ook wel wat teleurstelling bij hen, omdat hun verwachtingen hoger waren geweest. Het ideaalbeeld dat voor de ene cliënt wel haalbaar is - bijvoorbeeld om op gelijkwaardig niveau gezellig contact aan te gaan met een andere wijkbewoner - is voor een andere cliënt en wijkbewoner misschien wel onbereikbaar, of vraagt nog meer investering in de samenwerking op alle niveaus.

Kortom, echte inclusie is zo gewoon mogelijk mee kunnen doen, maar dat kan ongewoon veel organisatie vragen. Dat dit niet altijd zomaar te realiseren is, heeft ook te maken met het volgende spanningsveld: de financiering is daar niet altijd op gericht.

## 8.3 Spanningsveld: Een positieve insteek past niet bij de probleemgerichte financiering

Het valt op in de onderzochte initiatieven, dat de initiatiefnemers het lastig vinden om goede financiering te vinden, ook al kunnen ze goed laten zien dat hun aanpakt werkt. Dat heeft ermee te maken dat financiering in het zorgdomein over het algemeen gekoppeld is aan de oplossing voor problemen van specifieke doelgroepen; bij de onderzochte projecten is juist bewust de insteek gekozen van de positieve psychologie en positieve gezondheid: ze vertrekken níet vanuit problemen van doelgroepen, maar vanuit kwaliteiten en mogelijkheden van de deelnemers.

In het onderzoek naar de werkwijze van MVOW (Schep & Van der Vinne, 2017) wordt als één van de werkzame factoren benoemd, dat er sprake is van een positieve benadering, waardoor kwaliteiten en mogelijkheden van de deelnemers centraal staan. In de projecten 'Hart van Vathorst' en 'Samen in Beweging' zijn elementen van de positieve psychologie herkenbaar, zoals uitgewerkt door onder anderen Seligman (2011). Het uitgangspunt van de positieve psychologie is dat het voor menselijke groei effectief is om vooral aandacht te besteden aan positieve ervaringen en kwaliteiten van mensen (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Deze uitgangspunten komen het meest expliciet terug in de beschreven de werkwijze van 'Mt. Ventoux', dat volledig gericht is het positieve benoemen van eigenschappen van de deelnemers: niet hun beperking, maar hun vermogens worden uitvergroot, met nadrukkelijk aandacht voor ieders eigenheid en waarden (Schep & Van der Vinne, 2017). De hele aanpak van Mt. Ventoux on Wheels is dan ook gericht op positieve ervaringen: er wordt bewust veel aandacht gegeven aan behaalde successen. Deze psychologie wordt volop toegepast op de participatie van de deelnemers: ze leren elkaar kennen, begrijpen en vertrouwen, en merken dat ze elkaar sterker kunnen maken. Ze doen zo een positieve ervaring op met participatie en inclusie. Volgens de theorie van positieve psychologie leiden de positieve emoties die mensen opdoen tot optimaal functioneren, en uiteindelijk aan het opbouwen van fysieke, cognitieve en sociale hulpbronnen (Bohlmeijer et al., 2013). Het project is erop gericht om de deelnemers, die over het algemeen een negatief zelfbeeld ontwikkeld hebben, positieve ervaringen te laten meemaken. Dat gaat niet alleen om een positieve ervaring met wat iemand individueel kan bereiken, maar juist ook wat de groep samen kan bereiken als ieder vanuit zijn eigen vermogen bijdraagt. En dat werkt ook zo, volgens de ervaringen van de deelnemers zelf. Bij het optekenen van de werkwijze van Mt. Ventoux in 2017 zijn enkele deelnemers zelf geïnterviewd: een deelnemer, een vrijwilliger en een professional. Zij waren toen unaniem positief over de effecten, blijkt uit de volgende citaten (Schep & Van der Vinne, 2017):

> "Het heeft zelfvertrouwen gegeven en socialer gemaakt. Ik onderneem nu meer" ('kwetsbare' deelnemer).

> "Ik heb er goede contacten aan overgehouden" ('kwetsbare' deelnemer).

> "Ik heb er weer nieuwe vrienden bij, die mensen heb ik in m'n hart gesloten" (vrijwilliger).

> "Er gebeurt zoveel moois op sociaal gebied: onderlinge support, groepsvorming" (professional).

> "De zelfredzaamheid en samenredzaamheid gaan vooruit" (professional).

Ook de initiatiefnemers van Hart van Vathorst gaan er in hun 'droom' over het initiatief vanuit dat als mensen relaties kunnen aangaan op basis van wat ze wél kunnen, 'kerkgemeenschap, cliënten van de zorgorganisaties en wijkbewoners een zorgzame, inclusieve gemeenschap gaan vormen, met een positief effect op de sociale samenhang in de wijk en met

een positieve rol van de kerk in dat geheel" (Slendebroek-Meints & Jager-Vreugdenhil, 2016). In de praktijk gebeurde dat maar mondjesmaat: drie jaar naar de start vertelden mantelzorgers onze onderzoekers dat ze toch wat meer verwacht hadden van maatjescontact tussen bijvoorbeeld de kerkgangers en de cliënten in Hart van Vathorst; er waren lang niet zoveel vrijwilligers actief geworden rond hun naasten die in het gebouw woonden. Een enkeling had gelukkig een wandelmaatje gevonden in de wijk. Ook vonden de mantelzorgers het erg leuk voor hun naasten op de afdeling psychogeriatrie dat de kinderen uit de kinderopvang eens per week een appeltje kwamen eten met de cliënten van de afdeling psychogeriatrie, wat reuring gaf waardoor bewoners opleefden.

Ook in het project 'Samen in beweging' is de insteek vanuit de positieve psychologie herkenbaar, al is hier de positieve gezondheid meer dominant als overkoepelende visie. Dit begrip is uitgewerkt door Machteld Huber (2014), die als nieuwe definitie voor gezondheid hanteert: "gezondheid als het vermogen je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven". Met deze brede definitie van gezondheid als vertrekpunt wordt duidelijk dat de verschillende levensgebieden niet los van elkaar moeten worden gezien, omdat ze nauw onderling samenhangen, en samen het vermogen van inwoners beïnvloeden om lichamelijke, sociale en mentale moeilijkheden het hoofd te bieden. Het begrip 'positieve gezondheid' speelt daarmee een verbindende rol tussen verschillende gemeentelijke beleidsterreinen, en wordt ingezet als basis voor 'integraal werken'. Concreet betekent dat in het project 'Samen in Beweging' dat ambtenaren en professionals van verschillende beleidsdomeinen – gezondheid, welzijn, sport en openbare ruimte – samen een plan van aanpak hebben opgesteld om inwoners in beweging te brengen. Dit in afstemming met vertegenwoordigers van die inwoners zelf. Ook wordt de door Hubers '*Institute for Positive Health*' ontwikkelde gesprekstool voor Positieve Gezondheid aan huisartsen aangeboden om met hun patiënten op een andere manier in gesprek te gaan over de gezondheidsklachten waarmee zij op het spreekuur komen. Dit wordt in de huisartsenpraktijken 'het andere gesprek' genoemd. In het project 'Samen in Beweging' vertelde één van de betrokken beleidsambtenaren,[6] dat de huisarts op basis van deze gesprekstool mensen die behoefte hadden aan meer sociale gezondheid een welzijnsrecept gaf volgens 'Welzijn op Recept'. Zo concreet kan dus de doorverwijzing tussen zorg en welzijn plaatsvinden als vanuit 'positieve gezondheid' wordt gewerkt.

De gekozen interventie 'Welzijn op Recept' verlegt welbewust de aandacht voor patiënten die bij een huisarts aankloppen van medische problemen naar wensen en mogelijkheden van de patiënt. Dat is in lijn met de positieve psychologie. De huisarts verwijst hen door naar een welzijnscoach die met hen uitzoekt wat ze graag willen en kunnen.

Hoewel in deze projecten een bewuste positieve insteek is gekozen, heeft elk van de projecten tegelijkertijd te maken met organisatie- en beleidsdomeinen die daar nog niet helemaal op ingesteld zijn. Dat is met name merkbaar in de financiering van de projecten. Over het

6 Persoonlijke aantekeningen uit het bovenregionaal leernetwerk Samen in Beweging, 10 maart 2022.

algemeen is financiering – bijvoorbeeld uit de Wmo – bestemd voor het compenseren van wat een deelnemer niét kan, en niet voor wat een deelnemer wél kan. Met een overtuigende projectbeschrijving is het vaak wel mogelijk om budget te krijgen voor een pilot. Maar ook al zijn de ervaringen van de deelnemers en betrokken professionals dat de projecten – de beklimming van de Mt. Ventoux, het hebben van een wandelmaatje in de wijk, de begeleiding door een welzijnscoach – goed zijn voor hun welzijn, hun weerbaarheid en hun mentale gezondheid, toch betekent dat niet zomaar dat er voor deze heilzame activiteiten ondersteuning gefinancierd kan worden voor langere termijn. Middelen die ingezet worden, zijn vaak tijdelijk, of moeten vrijgemaakt worden uit bestaande budgetten. Zo is het project 'Samen in Beweging' deels gefinancierd vanuit ZonMW, en maken gemeenten die deelnemen zelf een budget vrij uit bijvoorbeeld een lokaal Sportakkoord om welzijnscoaches aan te stellen die Welzijn op Recept uitvoeren. Maar voor de jaren ná het ZonMW-project is het nog de vraag of er financiële borging is om de komende jaren Welzijn op Recept voort te zetten (Lassche-Scheffer et al., 2021). Ook het project Mt. Ventoux heeft – ondanks een prachtige waardering van het groeiprogramma van het Oranjefonds – niet zomaar budget beschikbaar voor de voortzetting. Dat kan te maken hebben met het vorige spanningsveld: dat de oplossingen die worden gevonden zozeer 'gewoon' lijken, dat het niet logisch lijkt er (zorg)geld voor uit te geven. Of nog wat fundamenteler: vanuit een medisch model geredeneerd is er alleen geld beschikbaar voor zorgoplossingen. En als het gaat om welzijnsactiviteiten, is het medisch model niet altijd behulpzaam (De Vries, 2017). Juist omdat de projecten insteken vanuit positieve psychologie rijst bij ons als onderzoekers de vraag of het probleem niet wat dieper zit: misschien zijn we met al onze systemen wel veel te veel gevormd vanuit een probleemgericht paradigma, dat van daaruit ook veel gemakkelijker geïnvesteerd wordt in het oplossen van problemen, dan in het aanwakkeren van positieve ontwikkelingen. En dat is niet bevorderlijk voor echte inclusie van mensen met een beperking, vindt ook de alliantie 'Niets Over Ons Zonder Ons'[7]. Zij wijzen aan dat het medisch model vooral uitgaat van individuele mankementen die gerepareerd moeten worden bij mensen met een handicap. En dat past niet bij een optimistische en positief gerichte benadering van inclusieprojecten.

Mogelijk speelt ook mee dat bij de onderzochte projecten niet heel duidelijk is wie de voor de hand liggende eigenaar of financier voor het vervolg van het project is, omdat er veel mensen betrokken zijn, en niet één daarvan een acuut probleem heeft waar het project een antwoord op is. Dat heeft ook te maken met het vorige beschreven spanningsveld: het organiseren van inclusie kan veel complexiteit meebrengen. Zo zijn bij Mt. Ventoux on Wheels wel veel zorgorganisaties en vrijwilligers betrokken; maar zonder Mt. Ventoux on Wheels organiseren zij natuurlijk zelf ook wel goede en leuke activiteiten voor hun cliënten. Ook mogen de mantelzorgers van de bewoners in Hart van Vathorst er zeker vanuit gaan dat hun naasten goede verzorging krijgen, ook als er geen vrijwilligers uit de kerk en de wijk gaan helpen. Kortom, zonder deze projecten is er niet direct sprake van een probleem, dus ook niet per se een noodzaak om er extra budget voor in te zetten. Bovendien zijn de partijen die mogelijk een positief effect bemerken bij hun cliënten niet dezelfde partijen die gaan over de budgetten

7 www.nietoveronszonderons.nl

voor welzijns- of preventief werk. Als patiënten niet langer voortdurend terugkomen bij hun huisarts met medische klachten, omdat hij of zij ze via Welzijn op Recept heeft doorverwezen naar een sport- of welzijnsactiviteit, heeft de zorgverzekeraar niet langer kosten voor deze patiënten; maar die zorgverzekeraar vergoedt die sport- en welzijnsactiviteiten niet. Er zijn inmiddels wel voorstellen gedaan om op een andere manier naar de financiering van preventieve activiteiten te kijken, bijvoorbeeld een *Health Impact Bond*, Preventiefonds of *shared savings*, stuk voor stuk innovatieve financiële constructies om de kosten voor preventieve activiteiten te verdelen over de partijen (Kloet et al., 2017).

Bij het project 'Samen in Beweging' is dan ook één van de vraagstukken die tussen de verschillende gemeenten wordt besproken[8]: hoe moeten de welzijnscoaches gefinancierd worden als veel meer mensen doorverwezen zouden worden door huisartsen? De welzijnscoaches worden betaald vanuit het welzijnsbudget van gemeenten, de huisartsen vanuit de zorgverzekeraar. Maar als de welzijnscoaches de huisarts daadwerkelijk zouden 'ontlasten' door het succesvol begeleiden van hun patiënten naar een passende welzijnsactiviteit, komt dat wel in mindering op de zorgkosten, maar wordt het budget voor welzijnsactiviteiten niet automatisch vergroot. Dat geldt ook voor het project Mt. Ventoux on Wheels: als deelnemers zoveel nieuw zelfvertrouwen en sociale vaardigheden hebben opgebouwd dat zij minder zware begeleiding nodig hebben, dan is het niet zo dat het budget voor die begeleiding doorgesluisd wordt naar het project Mt. Ventoux. Kortom: het is niet zomaar mogelijk de besparing op zorgkosten die een activiteit oplevert, ook financieel ten goede te laten komen aan die activiteit.

## 8.4 Hoe verder?

Ondanks de hier beschreven spanningen, lijken de projecten waarin zorg en welzijn de samenwerking opzoeken voor de deelnemers plezierig te zijn en bevorderlijk voor hun welzijn en gezondheid. Zij kijken er in elk geval zelf positief naar en ook de betrokken professionals zien voordelen van de gekozen aanpak. Er is ook duidelijk sprake van het creëren van meer samenhang, omdat er aandacht is voor inwoners op veel levensdomeinen tegelijk. Wel is heel helder dat de samenwerking veel kost, met name veel inzet van professionals en ook vrijwilligers. En dat het daarbij een zoektocht is hoe die inzet gefinancierd kan worden.

Eén van de manieren waarop we hieraan willen blijven bijdragen, is het doen van onderzoek naar de effecten van projecten die gericht zijn op inclusie en participatie, om zo goed mogelijk te kunnen onderbouwen dat ze financiering waard zijn. We gebruiken daarbij bij voorkeur een waarderende benadering (zie ook hoofdstuk 3), zodat we ook goed aansluiten bij de positieve benadering die binnen de projecten gehanteerd wordt. Ons belangrijkste doel is daarbij het optekenen van ervaringen vanuit verschillende perspectieven en op verschillende niveaus. Daarmee willen we recht doen aan de complexiteit van de betreffende initiatieven, en willen we een zo compleet mogelijk beeld geven van wat ze opleveren.

8 Persoonlijke aantekeningen uit 'bovenregionaal leernetwerk Samen in Beweging', 10 maart 2022

Dat betekent ook dat we voortdurend kritisch zijn op de vraagstelling van onze onderzoeken. Zet de onderzoeksvraag ons wel op het juiste spoor en is de vraag niet onterecht te veel probleemgericht? Dat is juist relevant als het gaat om onderzoeken naar inclusie en participatie. De hierboven al aangehaalde alliantie 'Niets Over Ons Zonder Ons' stelt voor om als alternatief voor het medisch model, het 'sociaal model' te hanteren: een visie waarin het 'oplossen' van een handicap niet bij het individu ligt, maar bij de maatschappij. De maatschappij zou open moeten staan voor oplossingen die mensen met een beperking zelf als ervaringsdeskundigen aandragen om zaken als toegankelijkheid te verbeteren, en zij hebben veel scherper oog voor oplossingen die bij de maatschappij liggen en niet alleen bij het individu. Dit wordt onder andere beschreven door Desnerk *et alii* (2008). Ook dit model is in principe nog oplossingsgericht – want het gaat om het 'oplossen' van een handicap. Maar het geeft al wel een breder perspectief op de range aan mogelijke oplossingen. Die range wordt alleen nog maar groter als de onderzoeksvraag niet alleen breed, maar bovendien positief (in plaats van probleemgericht) gesteld wordt, bijvoorbeeld de vraag naar wat goed werkt, of wat iemands ervaringen zijn.

Dat hopen we de komende jaren ook te blijven doen rond de in gang gezette ontwikkelingen in het project 'Samen in Beweging': steeds meer gemeenten omarmen het concept 'Welzijn op Recept', en we hopen hier een bijdrage te blijven leveren aan deze werkwijze, met name door onderzoek te doen naar de ervaringen van de deelnemers en deze te benutten in leergemeenschappen met professionals en beleidsmakers. Hart van Vathorst blijven we met belangstelling volgen als prachtige praktijkplek voor het werken aan inclusie in een wijk. En van Mt. Ventoux on Wheels zijn we heel benieuwd naar de nieuwe ervaringen als het project mogelijk binnenkort voortgezet wordt zonder Mt. Ventoux, op één van de Nederlandse Waddeneilanden.

# 9 Conclusies

In dit boek geven we een beeld van wat de 'participatiesamenleving' betekent voor gewone inwoners en professionals. Wat komen zij tegen nu overheden en organisaties zoeken naar 'een nieuwe balans in verantwoordelijkheden'? Daarbij hebben we de vraag centraal gezet:

**"Hoe ontstaat er volgens de ervaringen van inwoners en professionals meer samenhang in de ondersteuning voor inwoners, zoals de wetgever beoogt met de transities?"** In dit hoofdstuk vatten we samen wat we in onze onderzoeken hebben gevonden als antwoorden op deze vraag.

## 9.1 Eerste deelvraag: wat was precies de ambitie van de transities?

In hoofdstuk 2 hebben we een antwoord gezocht op de eerste deelvraag **'Wat is precies de ambitie van de wetgever met de brede decentralisatie op meerdere terreinen tegelijk? Hoe zouden deze tot meer samenhang moeten leiden voor inwoners? En hoe zou die samenhang eruit moeten zien?**'. In de verschillende wetteksten en begeleidende stukken werd dat verwoord: voorzieningen zouden in de directe nabijheid van inwoners moeten worden gerealiseerd, onder regie van de gemeente als meest nabije overheid (§ 2.1.1 en § 2.1.2). De samenwerking tussen organisaties zou zo moeten verbeteren en tot meer maatwerk en samenhang voor inwoners moeten leiden (§ 2.1.3 en § 2.1.4). Een belangrijke verbetering daarbij was een grotere inzet op preventie en normalisatie, zodat er uiteindelijk minder 'gemedicaliseerde problematiek' zou ontstaan (§ 2.1.5). Kortom, de verschuiving in verantwoordelijkheden moest zo uitpakken dat het gewone leven centraal zou komen te staan. In het gewone leven zijn levensdomeinen natuurlijk met elkaar verweven, en daarom zouden we ook in de voorzieningen die aangeboden worden, die levensdomeinen in onderlinge samenhang willen benaderen (§ 2.1.6). Kortom, de ambitie van de transities is: dat zorg en ondersteuning georganiseerd worden met als vertrekpunt het gewone leven van mensen, en wat daarvoor nodig is.

## 9.2 Tweede deelvraag: wat is er gedaan om deze ambitie te realiseren?

Vervolgens gingen we in op de tweede deelvraag: **'Welke ontwikkelingen bij de overheid of in de samenleving zijn ingezet om die samenhang te realiseren?**'. Daarbij constateerden we dat dit streven van de Nederlandse overheid met de ingezette transformaties niet op zich staat, maar onderdeel is van een wereldwijde paradigmashift van modern naar postmodern denken (§ 2.2). Nieuwe structuren en nieuwe manieren van organiseren worden gezocht, waarbij het streven steeds is om weer meer ruimte te krijgen voor het grote geheel, voor zin en betekenis. Dit als tegenreactie op het reductionistische denken en gefragmenteerd

organiseren, waar we steeds meer de nadelen van ontdekken. In de context van beleid en organisatie wordt deze paradigmashift wel 'transformatiedenken' genoemd. Ook internationaal is deze beweging duidelijk zichtbaar, onder andere in de vaststelling van de internationale *sustainable development goals* in 2015 (§ 2.3). Concrete ontwikkelingen in Nederland die daardoor aangemoedigd worden, zijn bijvoorbeeld de lokale inclusieagenda's die elke gemeente opstelt. Maar ook de aandacht voor positieve gezondheid, positieve psychologie en nieuwe aandacht in de ggz voor ervaringsdeskundigheid, herstelvermogen en veerkracht worden gevoed door de internationale beweging van reductionistisch naar steeds meer holistisch denken en organiseren (§ 2.4).

## 9.3 Derde deelvraag: wat komt er van deze ambities terecht?

In de hoofdstukken 4 tot en met 8 hebben we in de onderzoeken die we afgelopen jaren deden gezocht naar antwoorden op de derde deelvraag: **'Wat zijn de ervaringen van inwoners en professionals die deze ambities moeten vormgeven in de praktijk?'**. Dit hebben we onderzocht op plekken waar in de praktijk nieuwe werkwijzen werden ontwikkeld. In het algemeen kunnen we stellen dat inwoners en professionals merken dat waar het lukt de mens echt centraal te zetten, dit ook echt wat oplevert. Zo voelen ouders die bij de huisarts de gelegenheid krijgen om in gesprek te gaan met een jeugd- en gezinswerker, zich meer gehoord en gezien en denken ze dat ze tot goede oplossingen zijn gekomen voor hun kind. In het project 'Netwerkondersteuning in buurt en wijk' konden zowel professionals als deelnemers benoemen wat de collectieve plekken waar ze kwamen (de wijkboerderij of een moestuin) voor hen aan positieve ervaringen opleverden. En werknemers van de onderzochte sociale onderneming Binthout waren blij met de 'normale' werkethos op hun werkplek die hen lostrok uit een cliëntpositie.

Over het algemeen hoorden we dus vooral positieve ervaringen. Misschien ook wel omdat we gericht zochten naar positieve ervaringen: we deden ons onderzoek op veelbelovende plekken, waar de betrokkenen dachten iets goeds te pakken te hebben, en daarom graag wilden dat dit onderzocht en onderbouwd werd. Dat we veelal positieve geluiden hoorden, komt ook doordat we daarop uit waren: we maakten in ons onderzoek vaak gebruik van waarderende onderzoeksmethoden, gericht op wat werkt (hoofdstuk 3). Het is in die zin niet onverwacht dat we veel positieve verhalen ophaalden: door samenwerking tussen zorg- en welzijnsorganisaties ervoeren inwoners dat er gerichter aandacht was voor niet alleen wat ze niét konden, maar vooral ook wat ze wel konden (hoofdstuk 8); op collectieve ontmoetingsplekken konden mensen met een beperking laagdrempelig oefenen met sociale rollen en ervoeren ze gelijkwaardigheid in het contact (hoofdstuk 7), samenwerking rond jeugd bijvoorbeeld tussen wijkteam en huisartsen werd als verrijkend ervaren door ouders (hoofdstuk 5) en samenwerking tussen zorg- en werklogica gaf mensen een stuk eigenwaarde terug (hoofdstuk 6). Kortom, inwoners en professionals benoemden over het algemeen positieve ervaringen in de onderzochte projecten. Een uitzondering daarop vormen de toch kritische geluiden van de professionals in de sociale teams (hoofdstuk 4), die aangeven dat ze onvoldoende toekomen aan collectief werken, en aan goede aansluiting tussen formele

en informele zorg. Daarin beluisteren we dat de ambitie van de transities op zich wel gedeeld wordt, maar dat deze professionals in de praktijk nog niet voldoende in staat zijn om die ook echt vorm te geven. Maar, horen we ook van hen, dat zouden ze wel graag willen, en daar zien ze wel een meerwaarde in. Daarmee blijven we wel bij de conclusie dat de ambitie van de transities onderschreven wordt: zowel inwoners als professionals zien een grote meerwaarde in nauwere samenwerking rond mensen, met gerichte aandacht voor die persoon op alle levensdomeinen.

Conclusies en aanbevelingen van elk van de besproken onderzoeken waren dan ook meestal gericht op de vraag hoe de goede ervaringen uit de onderzochte innovatieve praktijken voortgezet konden worden, of hoe integrale samenwerking toch nog beter uit de verf moet komen. Omdat de toon over de richting van de transities dus over het algemeen zeer positief is, valt des te meer op dat we toch wel degelijk op spanningsvelden stuiten die benoemd worden door inwoners en professionals. Die spanningsvelden hebben we dan beschreven en geanalyseerd in de hoofstukken 4 tot en met 8. Wat ook opvalt, is dat spanningsvelden die in het ene hoofdstuk zijn beschreven, in andere hoofdstukken rond andere thema's terugkomen. Soms in andere bewoordingen, en belicht vanuit andere perspectieven, maar de analyses versterken elkaar.

In de volgende paragrafen brengen we deze analyses uit de verschillende hoofdstukken samen in vier kwesties. Dit zijn vier kwesties die wat ons betreft de nog onopgelost, hardnekkige vraagstukken van de transformatie, waarvan we verwachten dat er ook de komende jaren naar een oplossing gezocht zal worden. Bij elk van de genoemde kwesties beschrijven we ook wenkende perspectieven waarvan we denken dat er innovatie mogelijk is in de praktijk.

### 9.3.1 Integraal of generalistisch versus gespecialiseerd

Verschillende spanningsvelden zoals beschreven in de vorige hoofdstukken draaien om de vraag wat professionals zoal moeten kennen en kunnen om samenhangende zorg en ondersteuning te kunnen bieden aan inwoners. Daarbij is het de vraag in hoeverre iedere professional deskundig moet zijn op alle levensdomeinen van een persoon (generalistisch), of dat het voldoende is als een professional zich specialiseert in één of enkele levensdomeinen (gespecialiseerd). Of dat het ook werkt als professionals zich specialiseren en zo onderling samenwerken dat de zorg en ondersteuning toch goede samenhang vertoont (integraal).

Deze kwestie zien we onder andere in het spanningsveld zoals beschreven in hoofdstuk 4 als het gaat om de competenties van de professionals in de sociale teams. Van hen wordt verwacht dat ze op een laagdrempelige manier inwoners kunnen helpen met in elk geval de lichte zorg. Die zorg kan dan wel licht zijn, dat wil zeggen niet al te duur en complex, maar het kan wel degelijk vragen om gespecialiseerde kennis over de mogelijke oorzaken en oplossingen, over de geldende wetgeving, over de beschikbare voorzieningen enzovoorts. Ook bij de professionals die gezinnen helpen in hun gewone leven, is het de vraag in hoeverre van hen verwacht kan worden dat ze op alle levensdomeinen up to date kennis hebben (hoofdstuk 5).

Er zijn in deze kwestie twee routes die kunnen bijdragen aan een oplossing. In de eerste plaats het zoeken naar een vorm van generalistische kennis, waarmee de professionals 'in de frontlinie' – degenen die de eerste contactpersonen zijn voor de inwoners – toegerust worden om voldoende afweging te maken hoe een vraag van de inwoner opgepakt kan worden. Hiervoor biedt het biopsychosociale model, zoals ook beschreven in hoofdstuk 5, een goede basis: de betreffende professionals zouden én een stukje basiskennis moeten hebben over biologische factoren, én over psychologische factoren, én over sociale factoren. Die inhoudelijke kennis zou, gecombineerd met basiskennis over de lokale sociale kaart (welke organisaties en voorzieningen zijn er voorhanden) en de belangrijkste wet- en regelgeving, een generalistische basis moeten vormen. In dit vraagstuk is in de loop van de ontwikkeling van de sociale teams met wie wij samenwerkten aanvankelijk wel de gedachte geweest dat dit de belangrijkste oplossing was: er moesten generalistische professionals in de sociale teams komen. Ook de jeugd- en gezinswerker bij de huisarts is zo'n breed opgeleide professional. Die hoeft overigens niet alle kennis letterlijk zelf te hebben, maar kan overleggen met een gedragsdeskundige of andere specialisten om tot een goed advies en begeleiding te komen.

Een andere route is om niet zozeer bij individuele professionals een dergelijk basispakket aan kennis te vragen, maar een werkwijze te kiezen waarin vragen van inwoners in een breed samengesteld team behandeld kunnen worden. Dat kunnen dus best specialisten zijn, als het totaal van het team maar voldoende verschillende specialismen herbergt. Met dit uitgangspunt hebben we een tijdlang met een aantal sociale teams geoefend met 'teamleren', waarbij teamleden optimaal gebruik maakten van elkaars kennis (zie onder andere Te Roller, 2017; Van Biene, 2015). In de loop van de tijd zagen we dat steeds meer een middenweg populair werd: er werd gezocht naar de zogenaamde T-shaped professional (Batyreva et al., 2019). Dat is een professional met zowel een brede generalistische basis als ook een eigen specialisatie. Ook in onze eigen bacheloropleidingen Social Work hebben we de afgelopen jaren in een nieuw curriculum extra nadruk gelegd op eerst een brede generalistische basis voor alle studenten, en pas na anderhalf of twee jaar meer specialisatie naar één van de drie profielen ('Zorg', 'Welzijn & Samenleving' of 'Jeugd'). Waarna ook wel weer discussie ontstond met stage-instellingen over de mate waarin studenten al voldoende toegerust bij een specifieke doelgroep terecht kwamen; het blijft dus in de praktijk echt een spanningsveld: hoe moet de verhouding tussen specialisme en generalistisch zijn?

Het lijkt ergens ook wel een onoplosbare kwestie: het liefst zouden we willen dat professionals alle mogelijke kennis hadden voor alle mogelijke problemen die een inwoner tegen kan komen in het leven. Maar dat is gewoonweg niet mogelijk. Niemand kan alles weten of kunnen. Ook is het niet mogelijk om overal de hoogst en breedst opgeleide professionals in te zetten; die zijn nu eenmaal schaars en duur. En in de praktijk is een groot deel van de hulpvragen van inwoners gelukkig ook niet altijd complex en kunnen best 'mono-disciplinair' opgelost worden, zoals bijvoorbeeld besproken is in het project met het geïntegreerde team in Steenwijkerland (hoofdstuk 4; zie ook Algera & Pruim, 2020). Het vraagstuk is daarmee dus ook een organisatorische vraag: hoe zorgen we dat inwoners bij de juiste professional terecht komen? Hoe vinden ze de juiste specialist als het vraagstuk overzichtelijk is? En als

het vraagstuk complex is, hoe kan dan de beste generalist of combinatie van generalisten en specialisten daar samen aan werken?

Daarbij zien we vanuit onze onderzoeken nog vruchtbare richting in dit spanningsveld. Voor integraal werken rond inwoners is namelijk meer nodig en mogelijk dan alleen de zoektocht naar de juiste combinatie van specialistische en generalistische kennis. Waar het vooral om gaat, is dat de professional die contact heeft met een inwoner die een hulpvraag heeft, daar niet alleen vanuit zijn of haar eigen inhoudelijke basiskennis of specialisatie naar kijkt, maar vooral dat hij of zij de inwoner vanuit de juiste basishouding bejegent en kennis mag toevoegen. Dat houdt in: de vraag van de inwoner echt centraal te stellen, goed luisteren en de ogen open hebben voor verschillende factoren die spelen, in beeld hebben welke personen belangrijk zijn voor hem of haar, en welke verschillende perspectieven relevant zijn in het vraagstuk. Vanuit een dergelijke brede blik kan een relationeel-systemisch denkende professional inwoners goed begeleiden. Ook is het helpend als een professional over een goed kader beschikt om in te kunnen schatten welke kennis en kunde nodig is en wie daarvoor eventueel bij ingeschakeld moet worden. De recent ontwikkelde 'verklarende analyse' biedt zo'n kader (Tempel & Vissenberg, 2018). In de ggz wordt bijvoorbeeld goede ervaring opgedaan met de zogenaamde FACT-teams (*Flexible Assertive Community Treatment*) waarbinnen samenwerking wordt vormgegeven tussen mensen met verschillende specialismen (Mulder et al., 2020). Maar het gaat naast goede instrumenten en structuren met aandacht voor complexiteit en samenhang, vooral om een professionele basishouding. Linders noemt een dergelijke basishouding 'sociale reflexiviteit'; dat is niet zozeer het vermogen van een professional om te reflecteren op zijn eigen handelen, maar vooral op wat in alle complexiteit van een situatie de juiste manier van handelen is (Linders, 2021). De basishouding die nodig is, beschrijven we zelf ook in onze opzet van de zogeheten 'basis werkateliers' waarbinnen professionals in sociale teams zich samen kunnen bekwamen in het hanteren van een basisattitude gebaseerd op een relationeel-systemische visie (Bos-de Groot et al., 2019). Hetzelfde omgaan met complexiteit komt ook terug in de volgende kwestie.

### 9.3.2 Individugericht versus systeemgericht werken

Organisatiesystemen en de bijbehorende financiering zijn over het algemeen individugericht: voorzieningen worden vanuit Wmo, Jeugdwet en Participatiewet in de regel verstrekt op basis van een individuele aanvraag. Dat lijkt in eerste instantie alle ruimte te geven voor maatwerk rond personen. Maar in onze onderzoeken zien we toch regelmatig dat het niet lukt om echt in te spelen op iemands concrete situatie. De systeemwereld (in de betekenis die Habermas (1989) eraan geeft) is daarvoor toch te sterk verkokerd en er is nog altijd sprake van 'verticale silo's', zoals Rotmans (2015) en Bateson (2017) de *top-down* georganiseerde beleidsafdelingen en organisaties noemt. Voor problematiek op verschillende levensdomeinen zijn verschillende regelingen, budgetten en loketten. Dat maakt daadwerkelijke aansluiting bij de leefwereld van mensen, en de relaties die er voor hen toe doen, moeilijk. Het staat in de weg om rond inwoners echt 'systeemgericht' te werken, waarbij systeemgericht een hele andere betekenis heeft, zoals onder andere Senge (1992) en Aptroot *et alii* (2016) eraan geven, namelijk het rekening houden met het hele 'systeem' van relaties en afhankelijkheden die allemaal invloed hebben op de situatie van een persoon.

In de onderzoeken die we deden naar de sociale teams (hoofdstuk 4) zagen we dat professionals in die teams zelf aangeven dat ze vonden dat ze niet goed toekwamen aan het vinden van een balans tussen formele en informele hulp. Terwijl dat toch één van de belangrijke veranderingen zou moeten zijn, en juist de sociale teams daar een rol in zouden spelen: zij vormen de laagdrempelige toegang waar inwoners om hulp kunnen vragen, en zij zouden met die inwoners goed in kaart brengen wat hij of zij zelf kon en wat het directe sociale netwerk zou kunnen betekenen (de informele ondersteuning). Elk van de drie gedecentraliseerde wetten (Jeugdwet, Wmo en Participatiewet) beschrijft het belang van het sociale netwerk (zie ook § 2.1). Professionele (formele) ondersteuning zou daar aanvullend aan moeten zijn.

Dat blijkt toch lastig in de praktijk. Redenen hiervoor zijn volgens de sociale teams zelf de grote *caseload*, en ook geven ze aan dat ze hiervoor niet altijd de competenties hebben (hoofdstuk 4). In de pilots 'netwerkondersteuning in buurt en wijk' (hoofdstuk 7) wordt een ander probleem zichtbaar: het is in de praktijk helemaal niet zo eenvoudig om iemand te helpen zorg uit een eigen sociaal netwerk te halen, zeker niet omdat het daar gaat om 'kwetsbare' mensen die juist door hun beperking of stoornis helemaal niet zo gemakkelijk een informeel netwerk opbouwen, of dat hun informele netwerk bestaat uit andere 'kwetsbare' mensen. Zij hebben voor goede laagdrempelige contacten met anderen juist behoefte aan een stukje individuele ondersteuning, iemand om op terug te vallen juist als het niet zo soepel loopt in de contacten met anderen. Het is niet zo dat we denken dat het sociale netwerk niet van belang is; wel dat dit helemaal niet zo maakbaar is. Zorgende relaties laten zich niet afdwingen.

Waar al een sociaal netwerk is, is het natuurlijk van groot belang dat daar in de zorg en ondersteuning rekening mee gehouden wordt. Dat zien we ook als het gaat om hulp aan jeugdigen: hoe complexer de problematiek in een gezin is, des te meer belang ze erbij hebben dat in de analyse van hun situatie oog is voor alle relaties die ertoe doen. Echt aansluiten bij wat er nodig is in een situatie vraagt juist om veel meer dan een individuele aanpak. In hoofdstuk 5 wordt beschreven dat (jeugd)professionals aandacht moeten hebben voor problemen die op elkaar in kunnen werken en relaties die van invloed zijn op problematiek.

### 9.3.3 Ruimte voor professionele praktische wijsheid versus geprotocolleerde kaders

Daarmee komen we bij het volgende spanningsveld: juist wanneer in de dagelijkse praktijk bewezen kennis niet goed werkt, bijvoorbeeld omdat er verschillende problemen tegelijkertijd spelen die voortdurend op elkaar inwerken, is het van belang dat professionals ruimte hebben om op zoek te gaan naar een werkzame manier van omgaan met de problemen.

In onze onderzoeken komen we op diverse manieren de spanning tegen die professionals ervaren tussen de eisen die aan hen gesteld worden door de organisatie (bijvoorbeeld de hoeveelheid tijd die beschikbaar is voor een 'casus', registratieverplichtingen) en de behoefte die zij hebben aan ruimte om naar eigen inzicht aan het werk te zijn met een inwoner, zeker wanneer diens situatie complex is en problemen op verschillende levensdomeinen

elkaar beïnvloeden. In een aantal van onze projecten was dergelijke professionele ruimte precies de factor die van de innovatie een succes maakte. Zo werd het door ouders zeer op prijs gesteld dat de jeugd- en gezinswerker in de huisartsen praktijk ruim de tijd had om over hun situatie te praten, veel meer dan de huisarts in het tien minuten consult (hoofdstuk 5); dat is ook de kern van de aanpak van 'welzijn op recept' in het project Samen in Beweging (hoofdstuk 8): de huisarts kan doorverwijzen naar een welzijns- of sportwerker die zich wat meer kan verdiepen in iemands mogelijkheden en behoeften, en welke activiteit het beste in iemands leven past. Dat dit plezierig is voor zowel de professional als de inwoner is. Maar daarmee is deze ruimte voor de professional nog niet zomaar praktisch georganiseerd. De medewerkers in de sociale teams (hoofdstuk 4) laten steevast weten dat zij te veel tijd kwijt zijn aan registratie, en vaak niet de ruimte voelen om buiten hun individuele caseload ook te investeren in meer collectieve en empowerende activiteiten in een wijk, of om te investeren in het aansluiten bij informele verbanden in hun werkgebied. Tijd is hierin zonder meer een factor. Maar ook andere aspecten spelen mee. Soms 'mogen' professionals alleen aan specifieke doelen werken met hun cliënt of kan er alleen vergoeding gegeven worden voor evidence based werkwijzen. Wat in diverse projecten die we onderzochten werkte, was dat er ruimte was om juist buiten dergelijke kaders te werken. Vaak omdat er sprake was van een pilot of een geheel nieuwe werkwijze, waarbij er (nog) weinig vereisten werden gesteld en professionals een vrijplaats hadden om te oefenen en experimenteren. Binnen deze pilots was ruimte om echt maatwerk te creëren, om als professional af te gaan op de eigen praktische wijsheid. En over het algemeen leidde dat tot een ervaring van meer nabijheid tussen professional en cliënt, met als gevolg meer vertrouwen.

Niet elke professional wordt overigens gelukkig van veel vrijheid, soms hebben ze zelf juist behoefte aan duidelijke kaders (zie bijvoorbeeld in § 4.2). Professionele ruimte goed kunnen gebruiken vraagt ook wel om professionele moed en om competenties om zelf beslissingen te kunnen nemen in die ruimte.

Experimenteerruimte kan ook leiden tot verrassingen of tot nieuwe inzichten die vragen om veranderingen in beleid. Zo leverde de pilots 'netwerkondersteuning in buurt en wijk' (hoofdstuk 7) in eerste instantie helemaal niet het gehoopte resultaat op – het leidde niet tot meer sociaal netwerk rond mensen met een beperking – maar had wel mooie andere resultaten. Omdat het meerjarige pilots waren, hadden we de gelegenheid om te onderzoeken waar de deelnemers dan toch zo enthousiast over waren, en ontdekten zo het belang van collectieve ontmoetingsplekken in een buurt, de veilige haven die ze boden om te oefenen met sociale rollen. Ook de pilot 'jeugd- en gezinswerker bij de huisarts' had als resultaat dat ouders die aanvankelijk hoopten doorverwezen te worden naar gespecialiseerde zorg, goede handvatten kregen om praktische problemen het hoofd te bieden (hoofdstuk 5). Professionele ruimte leidde in deze voorbeelden tot nieuwe inzichten.

Het nadeel van pilots en experimenten is dat ze tijdelijk zijn. Zo kon het wel tot teleurstelling leiden als de pilot afgelopen was en niet voortgezet kon worden. De genoemde pilots 'netwerkondersteuning in buurt en wijk' zijn niet alle vier voortgezet na de projectperiode, on-

danks dat de deelnemers er heel positief over waren. En ook een op zich heel enthousiasmerend en voor de deelnemers succesvol project als Mt. Ventoux on Wheels (hoofdstuk 8) kost het moeite om voldoende financiering te vinden voor herhaling van het project. Dat heeft te maken met het gegeven dat financiering meestal wordt gekoppeld aan concreet te behalen doelen en evidence based werkwijzen. Werkwijzen die minder geprotocolleerd en vastgelegd zijn, zijn ook minder gemakkelijk te koppelen aan doelen en te verwachten resultaten.

Dat kan zomaar de ambitie van de transitie in de weg staan om mensen echt centraal te stellen en maatwerk te leveren. Maatwerk vraagt vooral in complexe casussen om het toe kunnen passen van praktische wijsheid, maar dat is regelmatig strijdig met de wijze waarop budgetten verdeeld worden. In hoofdstuk 5 wordt beschreven dat het voorkomt dat een jeugdige individuele *evidence based* psychologische zorg ontvangt zonder dat er oog is voor belangrijke contextfactoren zoals armoede. Hoe complexer de situatie van een inwoner, hoe belangrijker het is dat professionals de ruimte hebben om buiten geprotocolleerde paden om te werken en praktische wijsheid toe te passen. Ruimte betekent in veel gevallen ook tijd; en tijd van een professional betekent geld. Onze conclusie is dus dat als we echt mensen centraal willen stellen en maatwerk willen leveren, er extra investeringen nodig zijn met name voor meer complexe situaties.

### 9.3.4 Medicaliseren versus normaliseren

De vierde kwestie die we in onze onderzoeken steeds tegenkomen is het vraagstuk hoe onnodig medicaliseren kan worden voorkomen. Zoals geformuleerd in de Jeugdwet is het doel ‘mensen niet eerder dan noodzakelijk vanuit een medisch perspectief te benaderen’; en dat niet alleen omdat medische oplossingen vaak duur zijn, maar ook ‘omdat de behoefte aan ondersteuning vaak is ingegeven door een bredere sociale problematiek’ (zie § 2.1.5 voor iets meer context rond dit citaat).

Tegenover ongewenst ‘medicaliseren’ wordt de term ‘normaliseren’ gezet. Nu zijn er rond de term ‘normaliseren’ uiteenlopende opvattingen wat dit kan betekenen. Soms wordt ermee bedoeld dat er te gemakkelijk naar medische oplossingen wordt gezocht voor ‘normale’ uitdagingen van het leven; dan betekent normaliseren vooral dat er gewerkt wordt aan goede manieren om die normale uitdagingen bespreekbaar te maken tussen ouders onderling, zodat er minder behoefte is aan specialistische zorg en ‘overdiagnostiek’ wordt voorkomen (§ 5.3). Daar dicht tegenaan ligt de betekenis van het terugbrengen van problematiek die aanvankelijk als zeer ernstig wordt ervaren, tot toch eenvoudiger en overzichtelijker problemen; dat kan bijvoorbeeld gebeuren door middel van een goede analyse en begeleiding, waarbij problematisch gedrag in een andere context kan worden geplaatst. Normaliseren kan ook de uitleg krijgen van het zo goed mogelijk aansluiten bij het gewone leven: in beeld hebben welke relaties ertoe doen, hoe de domeinen van het leven elkaar beïnvloeden en welke oplossingen zo goed mogelijk daarbij aansluiten, in die zin ‘zo normaal mogelijk’ zijn (hoofdstuk 4 en 5). Dat komt ook dicht bij de idealen van inclusie: mensen niet vanuit hun problematiek of beperking benaderen, maar zo normaal mogelijk (hoofdstuk 8). Daar hoort ook bij dat de drempel lager wordt om over uitdagingen in het leven te praten, zonder dat dit direct als

problematisch of als falen wordt gezien: de nadruk verschuift van mogelijke 'ziekte' naar het samen zoeken naar veerkracht (hoofdstuk 5).

Normaliseren krijgt in de context van 'netwerkondersteuning in buurt en wijk' een andere invulling: daar horen we van deelnemers aan de onderzochte projecten dat ze vooral baat hebben bij het 'normale' van deze collectieve ontmoetingsplekken: het is er 'gewoon gezellig', ze hebben het samen goed binnen eigenlijk heel normale activiteiten zoals in de tuin werken en een kopje koffiedrinken. Ze kunnen er oefenen met sociale rollen zoals ook andere mensen die in het gewone leven hebben. Het heilzame van dit gewone wordt gewaardeerd door mensen die zich er even géén cliënt voelen, die het onderscheid tussen 'kwetsbaar' en 'weerbaar' zien vervagen (§ 7.5). Ditzelfde normaliserende effect wordt sterk gewaardeerd binnen sociale onderneming Binthout, waar mensen flinke stappen maken in hun arbeidsparticipatie doordat ze er expres niet vanuit een zorglogica, maar vanuit de 'gewone' werklogica bejegend worden (hoofdstuk 6). Ook in de projecten op het snijvlak tussen zorg en welzijn (hoofdstuk 8) zit een groot deel van het enthousiasme van de betrokkenen in het vervagen van die grens tussen mensen 'met een beperking' en wijk- of dorpsgenoten: niet de problematiek is het uitgangspunt, maar ieders potentie. Ook - of juíst - voor mensen die al een medische diagnose hebben, is het heel heilzaam om behandeld te worden als ieder ander en gewoon mee te kunnen doen.

Van normaliseren in de eerste betekenis van voorkómen van medicalisatie kan wel verwacht worden dat dit uiteindelijk besparing oplevert; normaliseren in de betekenis van iedereen zo normaal mogelijk mee laten doen kan juist betekenen dat er extra kosten gemaakt moeten worden om dat mogelijk te maken. Dat werd zichtbaar in de hoofdstukken 5, 6, 7 en 8: normaliseren is niet zomaar kostenbesparend; met name als het gaat om mensen die wel degelijk een terechte medische diagnose hebben, en die er toch baat bij hebben om zo gewoon mogelijk mee te kunnen blijven doen. Zo gewoon mogelijk betekent namelijk niet altijd: zonder ondersteuning van professionals. Zij zijn bijvoorbeeld nodig om mensen de weg te laten vinden naar geschikte activiteiten (in het project 'Samen in Beweging', hoofdstuk 8), als achtervang om lastigheden in het onderlinge contact te regulieren (diverse pilots 'netwerkondersteuning in buurt en wijk', hoofdstuk 7) en voor de nodige medische ondersteuning (Mt. Ventoux on Wheels, hoofdstuk 8). Het vinden van zo gewoon mogelijke oplossingen in complexe situaties is niet bij voorbaat goedkoop. Wel heilzaam voor de mensen om wie het gaat.

Het 'normaliseren' lijkt wel steeds meer omarmd te worden. De spanning die we tegelijk wel zien, is dat de organisatie- en beleidssystemen daar nog niet op ingericht zijn: de financiering is probleemgericht (zie § 8.3) en individugericht, het is moeilijk budgetten te vinden voor normaliserende collectieve plekken (hoofdstuk 7) en sociale teams komen door hun grote caseloads nauwelijks toe aan het werken aan collectievere vormen van hulpverlening en aansluiting bij informele netwerken (hoofdstuk 4).

## 9.4. Hoe ontstaat toch de beoogde samenhang?

In de vorige paragraaf vroegen we ons af – of vroegen we aan professionals en inwoners – wat er terecht kwam van de ambities van de transities, en beschreven we dat er toch een aantal hardnekkige kwesties zijn die die ambities in de weg staan. Tegelijkertijd horen we in de gepresenteerde onderzoeken juist wel een bevestiging dat de ambities gedeeld worden: er is een grote behoefte aan meer samenhang in de ondersteuning. Hoe komen we daar dan toch een stap dichterbij?

Een gemakkelijke oplossing voor de genoemde kwesties is er niet. Er is juist sprake van een heel complexe verandering, die op alle niveaus tegelijk moet plaatsvinden. Een paradigmaverandering, zoals beschreven in hoofdstuk 2. Een verandering die onderdeel is van een wereldwijde beweging. In het land klinken al wel geluiden om de transitie deels terug te draaien: in 2019 maakten ministers De Jonge en Dekker bekend dat ze de jeugdzorg toch meer regionaal georganiseerd wilden maken (NRC, 8 november 2019) door samenwerking in regionale jeugdzorgregio's te stimuleren. Toch horen we van de respondenten in onze projecten niet dat het decentraliseren als zodanig een probleem is geweest, en wordt regionale samenwerking ook niet als een oplossing aangevoerd. Wat wél belangrijk wordt gevonden, is tijd en aandacht met name voor complexe situaties en voor mensen die juist alleen zelfredzaam kunnen zijn als ze professioneel ondersteund kunnen worden. Regionale uitwisseling en samenwerking om te delen wat werkt en wat niet, kan uiteraard bijdragen aan goede oplossingen. Maar er is meer nodig. Wat zichtbaar is in de beschreven spanningsvelden, is dat de paradigmaverandering wel ingezet is, maar zeker nog niet voltooid; er zijn elementen van de 'nieuwe orde' zichtbaar, maar net zo goed oude patronen. Zo proberen we al meer gericht te zijn op veerkracht en potentie dan op beperkingen; maar financiering is nog probleemgericht. Er zijn al wel pilots met collectieve plekken, maar hulpverlening blijft toch grotendeels individugericht.

Wat we graag zouden willen, is dat daar waar eerste voorzichtige pilots en onderzoeken positieve resultaten laten zien, daar stevig op wordt voortgebouwd. Dat betekent volgens ons: in de breedte veel meer investeren in collectieve voorzieningen, in aandacht voor potentie in plaats van probleemgericht werken; en daar waar sprake is van complexe problematiek ook investering in de diepte: in echte tijd en ruimte voor professionals om het goede te doen op basis van een goede analyse van alle relaties die ertoe doen, op basis van praktische wijsheid. En bij het voortzetten van die veelbelovende routes, is het van belang dat professionals en beleidsmakers daarin nauw optrekken met de inwoners om wie het gaat, en dat zij samen leren en voortbouwen op de opgedane ervaring. Want transformeren lukt alleen als we op alle niveaus tegelijk leren van elkaar. In het volgende hoofdstuk werken we uit wat dit voor ieder betekent: voor professionals en beroepsopleidingen, voor beleidsmakers, en ook voor onszelf als onderzoekers.

# 10 Aanbevelingen

De ambitie van de transitie delen we: we zouden graag meer samenhang willen in zorg en ondersteuning, vooral voor de meest kwetsbare mensen. Juist voor hen zien we dat als het lukt om echt hun gewone leven centraal te stellen, dat dit ervaringen oplevert van gewoon mee kunnen doen, soms ook echt een stukje vooruitgang en verlichting van eerder lijden. Een aantal hardnekkige kwesties vormt nog een grote uitdaging, beschreven we in het vorige hoofdstuk: het vraagt wel heel brede generalistische kennis van professionals, en tegelijkertijd specialisatie; het vraagt tegelijkertijd individuele aandacht en een brede systemische blik; er is professionele ruimte voor nodig die er nog niet altijd is; beleids- en organisatiesystemen werken normaliseren niet altijd in de hand; en in plaats van directe besparingen op de zorg vragen normaliseren, preventie en interprofessioneel samenwerken rond complexe situaties juist extra investeringen. Toch zien we in de onderzochte projecten ook al wel wat er werkt en heilzaam is. In dit laatste hoofdstuk geven we handvatten voor de praktijk.

## 10.1 Hoe verder als (toekomstige) professional?

Wat betekenen de opbrengsten van onze onderzoeken voor de professionals, en voor de manier waarop zij opgeleid worden? We hebben daarbij in de eerste plaats hbo Sociaal Werk voor ogen, omdat we aan die opleiding als lectoraat verbonden zijn; maar onze aanbevelingen gelden ook voor andere professionals in het sociaal domein. Voor ieder van hen zal het met de voortgaande transformatie steeds belangrijker zijn om sociaal reflexief te zijn, oftewel om een basishouding te ontwikkelen waarin de professional veel aandacht heeft voor de gelaagdheid en complexiteit van de werkelijkheid. Opleidingen kunnen dan ook niet (meer) bestaan uit het trainen van standaardmethodieken voor standaardproblemen, maar het zal veel meer gaan om het aanleren van goede aanpakken en benaderingen om complexiteit te analyseren. Elementen daarvan zijn aandacht voor relaties en hoe processen op verschillende niveaus op elkaar inwerken. Daarbij past niet langer een min of meer afstandelijke houding die eerder wel voorgeschreven werd aan professionals, maar veel meer een houding waarin de professional goed aansluiting zoekt bij mensen en hun situatie. Enige emotionele connectie is nodig om sensitief te kunnen zijn voor wat er echt toe doet. Dat komt met name goed tot uiting in de presentiebenadering.

Tegelijkertijd blijft het belangrijk om op een breed terrein basiskennis op te doen over hoe mensen en hun relaties functioneren, zowel sociaal als psychologisch en medisch. Dat moet niet alleen gaan om het onderkennen van problematiek en stoornissen, maar juist ook basiskennis van gewone biologische, psychologische en sociale ontwikkelingen en de diversiteit daarin, dit om een goede basis te hebben voor het voorkomen van onnodige medicalisering.

Voor het kunnen werken in complexe situaties, is het ook belangrijk dat (toekomstige) professionals leren om een goede analyse te maken van een situatie, daarin te kiezen voor passende interventies en daar vervolgens cyclisch feedback op te organiseren, met name in de vorm van ervaringen van de cliënt of inwoner. Daarbij past een onderzoekende en lerende houding, die goed geoefend kan worden door middel van ontwerpgericht of actieonderzoek. Waar het om gaat, is het vinden van een lerende houding, als individuele professional maar ook als professionals die gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor een vraagstuk. Dat moet in de eerste plaats gaan om het leren van wat er werkt in de praktijk (eerste orde leren), vervolgens ook om het leren van hoe je samen met andere professionals tot betere oplossingsstrategieën komt (tweede orde leren), maar tot transformeren komen we pas echt als we in deze samenwerking ook tot nieuwe waarden komen (derde orde leren). In dat leerproces is het belangrijk dat inwoners zelf een rol hebben. Zij kunnen als geen ander aangeven of de ambitie om daadwerkelijk samenhangende ondersteuning te bieden in hun leefwereld, slaagt.

## 10.2 Hoe verder met beleid en politiek?

Zoals ook beschreven in 'Nederland participatieland?' (Jager-Vreugdenhil, 2012) is het voor beleidsmakers echt een omslag in denken en organiseren als de participatie van inwoners het uitgangspunt is. Dat betekent niet, dat beleidsmakers zich met méér terreinen van het leven van inwoners gaan bemoeien - hun sociale netwerken willen beïnvloeden, onderlinge hulp tot stand brengen, vrijwillige inzet vragen - maar wel dat ze, eigenlijk net als hierboven beschreven over sociaal werk professionals, goed aansluiting zoeken bij mensen en hun situatie. De transities hadden als doel dat de meest nabije overheid het beste maatwerk kon bieden; dan past daar ook bij dat de gemeente daadwerkelijk maatwerk vormgeeft vanuit de relatie met de inwoner. In plaats van dat van inwoners verwacht wordt dat zij wel alle details weten van gemeentelijk beleid in verschillende afdelingen, mag van gemeenteambtenaren verwacht worden dat zij zich verdiepen in wat er echt speelt en nodig is in de lokale samenleving. Ze moeten een goede analyse kunnen maken van problematiek, op alle niveaus en met aandacht voor alle relaties die ertoe doen, en daarbij goed luisteren naar ervaringen van betrokkenen om beleid waar nodig bij te stellen.

Voor het slagen van de transities is het belangrijk te investeren in potentie en normaliseren, in het aansluiten bij wat er voor mensen zelf toe doet. Pilots die we onderzochten laten zien dat dit werkt en ook dat het bijvoorbeeld verwijzingen naar duurdere vormen van zorg kan voorkomen. Niet voor niets wordt er al wel gesproken over een preventiefonds. Dat is een belangrijke aanvulling op de huidige financieringsroutes, omdat daarmee ook erkenning is voor het gegeven dat kosten voor de baten uitgaan. In dit geval: om echt te kunnen besparen op zorgkosten, moet wel echt geïnvesteerd worden in normaliserende projecten, in opbouwende buurtactiviteiten, in mogelijkheden voor veilige ontmoetingen ook voor mensen met een beperking, in het opsporen en goed uitpluizen van dreigende complexe problematiek. Dat kan juist betekenen dat het daar duurder wordt. Want het vraagt om breed opgeleide, dus mogelijk ook wel dure, professionals die goede beslissingen kunnen nemen in complexe situaties. En het kan een grote investering betekenen in samenwerking tussen welzijn en zorg,

in het creëren en onderhouden van collectieve plekken, in het echt goed rekening houden met alle relaties die ertoe doen. Of kunnen zorgverzekeraars meer investeren in welzijnsactiviteiten? En kan er vanuit de zorgverzekeringen en de Wet langdurige zorg ook geïnvesteerd worden in 'normale' ontmoetingen? We vermijden hier met opzet de term 'preventie', omdat het ons niet zozeer gaat om het voorkómen van zorgkosten; dat is een positief en te verwachten effect, maar niet een doel op zich. Het is een doel op zich dat mensen gezien worden, zich toegerust voelen om de uitdagingen van het gewone leven van elke dag aan te gaan, dat ze ervaren dat ze een bijdrage hebben aan de samenleving en zich kunnen ontwikkelen in dat waar ze goed in zijn.

## 10.3 Hoe verder met onderzoek?

Onze aanbevelingen voor onderzoekers is dat de wetenschap meebeweegt met de paradigmashift naar meer holistische benaderingen. Dat betekent het erkennen van diverse vormen van kennis, ook praktijk- en ervaringskennis. Dat betekent ook het hanteren van onderzoeksmethoden die recht doen aan die verschillende perspectieven en bronnen van kennis. Als lectoraat willen we blijven investeren in onderzoek dat past bij de doelen van de transities: ook in het onderzoek staan voor ons mensen in een kwetsbare positie centraal, hun mogelijkheden om het gewone leven vorm te geven en eigenaarschap te hebben daarover en hun ervaringen met de uitkomsten van beleid. We blijven zoeken naar veelbelovende aanpakken waarin inwoners en professionals samenwerken aan complexe vraagstukken. Omdat het dan per definitie gaat om complexiteit, passen daar ook onderzoeksaanpakken bij die recht doen aan die complexiteit, zoals waarderend onderzoek en het doen van onderzoek vanuit de context van breed samengestelde leergemeenschappen, waarin professionals en zeker ook inwoners zelf deelnemen. Daarmee willen we vormgeven aan sociaal werk onderzoek in Nederland, in afstemming en uitwisseling met andere lectoraten en leerstoelen sociaal werk en alle kennispartners die zich richten op dezelfde uitdaging: het vormgeven van ons 'participatieland'

# Summary

With the implementation of the decentralising Social Support Act, Youth Act and Participation Act in 2015, legislators and policymakers strive to make The Netherlands into a 'participation society'. In this book we described the ambition of these three acts: that residents take centre stage, with care and support integrally organised around them. This ambition is part of a worldwide paradigm shift, which replaces reductionistic approaches and organisation principles by a holistic approach. Legislators hope to realise this new people-centred approach by assigning the responsibility for these three acts to the municipalities. As the 'nearest' level of government they are supposedly best situated to provide tailored care and support to residents, and to take the lead in professional cooperation in this care.

The Centre for Societal Issues, research group of the University of Applied Sciences Viaa in Zwolle, The Netherlands, has performed practice-based research for the social domain, thereby also observing the recent decentralisations. In this book we discuss some of the relevant research projects between 2011 and 2022, in search for answers to questions of residents and professionals dealing with this transition.

In general, our research shows a broad consensus on the ambition of the transitions. Both residents and professionals subscribe to the ambition of putting residents centre stage and organising care and support around them, with careful attention to each individual's unique situation, needs, and potential in all domains of life. Their first experiences with innovative projects that aim at such collaboration are positive. However, members of newly integrated professional teams wish they could invest more in a collective approach and in better interlinkages between formal and informal care structures.

The investigation of the innovations reveal specific areas of tension:

- **Collaboration in integrated professional teams** allows, first of all, for a higher degree of professional latitude, but professionals also indicate that they need a clear framework to operate in. Second, they feel a greater need for generalist knowledge, but they do not want to take away from their specialistic expertise. Third, they see the value of a more community-focused approach, but in practice they rarely get beyond individual support. Fourth, they do not feel equipped to forge working connections between formal and informal care.
- In **the collaboration between families, education and youth care**, three fields of tensions are reported. First, there is a discrepancy between the ambition of the Youth Act and Social Support Act to support families in everyday life, and the actual tendency to offer specialised treatments by (medical) specialists. Gradually, a conceptual shift is taking place, moving the focus from 'illness' to 'resilience'. Second, a tension is felt between individual and systemic approaches in support and care. Third, professionals feel pressured to follow protocols, but also want to follow their own practical knowledge of a family's needs in specific situations.

- In the **collaboration between work and care,** and specifically in a social enterprise hiring people with a handicap, we see a tension between the logic of the Participation Act (regulation of work participation) and of the Social Support Act (providing necessary care or support structures to those with mental or physical handicaps). 'Work logic' is considered helpful because it 'normalises' the life of people; 'care logic' is found useful in supporting employers who emply workers with a disability.
- In **projects aiming at supporting social networks of** people with a handicap, we found that policymakers viewed 'collective meeting places', such as community gardens, as a *means* to achieve stronger social networks, but the participants viewed them rather as an *end* in themselves. The places were perceived as safe havens where vulnerable people felt valued and included, as they were able to function in various social roles, even though these places did not actually contribute to their personal social networks. A second tension was the challenge for professionals to balance professional distance and compassionate presence. A third tension was found in an undesirable dichotomy between 'vulnerable' and 'non-vulnerable' participants in these projects, which contradicts the ideal of inclusion.
- In the **collaboration between medical care and social work**, we found that both participants and professionals experienced the increased opportunity of normal participation, driven by potential rather than disability. However, the investment needed to create this 'normal' situation demanded 'abnormal' large investments. Another tension we found here was that the approach of positive health and positive psychology, which strongly contributed to inclusion, was in conflict with the problem-centred focus of the regular budgets and subsidies.

From these observed tensions, we distilled four 'though questions' concerning the current transformation process to guide our future practice-based research:

- **Generalistic versus specialised professionals:** how can professionals best be educated, with generalistic knowledge or with specialistic expertise? Or: how can professionals with different specialistic expertise work together to offer residents integrated care and suppport?
- **Individual versus systemic approaches:** How can one maintain proper attention for initially individual problems, as well as for all relations and interactions within the broader context in which the problem occurs? A systemic approach will be indispensable: to support a system properly, rather than focusing on a single problem, one must take into account the complexity of mutually interfering relations and interactions on all levels.
- **Protocols versus practical wisdom:** How can professionals find the right balance between, on one hand, the security of following protocols that prescribe their responsibilities and actions, and, on the other hand, the freedom to act on the basis of personal expertise, experience, and even intuition, to do whatever is helpful for the client in his or her specific situation?
- **Medicalising versus normalising:** How can one prevent unnecessary application of medical interventions and treatment, when more elementary solutions can be found to deal with challenges in everyday life?

We conclude with the following recommendations:

- **For (social work) professionals and their educators**, we recommend using approaches that address the complexity of a problem; investing in a basic knowledge of the most important biological, psychological and social phenomena; and integrating an attitude of 'learning to learn' as part of their work, in which listening to residents and clients is a key element.
- **For policy makers and politicians**, we recommend investing in connecting with the daily life of residents, and in a normalising and potential-driven approach. Likely, this will initially not lead to direct downsizing, but require extra investments.
- **For fellow researchers,** we recommend further development of strategies to counter the challenges of the current social transition. Let us keep searching not only for scientific evidence, but also for practical evidence and lived experience . To achieve this, a systemic approach again helps in addressing the full complexity of practical problems; available scientific methods include appreciative inquiry and participative approaches involving professionals and residents in learning communities.

# Literatuur

## Boeken en artikelen


- Adriaansens, H.P.M., & Zijderveld, A.C. (1981). *Vrijwillig initiatief en de verzorgingsstaat. Cultuursociologische analyse van een beleidsprobleem.* Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Algera, M., Huijben, T., Blonk, L., Bredewold, F., Stouten-Hanekamp, M., & Tonkens, E. (2017). *Binthout snijdt hout. Explicitering, onderbouwing en evaluatie van de werkwijze van sociale onderneming 'Binthout' in Zwolle.* Zwolle: Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.
- Algera, M., & Pruim, E. (2020). *Integraal werken in Steenwijkerland; een onderzoek naar het integraal gaan werken door teams Jeugd, Wmo en Participatie – korter, meer, beter, sneller en minder.* Zwolle: Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.
- Algera, M., & Stouten-Hanekamp, M. (2017). *Sociale onderneming Binthout snijdt hout. Hoe Binthout als zorgzame werkplek schaft om een springplank te zijn; onderzoeksrapportage.* Zwolle: Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.
- Andriessen, D. (2014). *Praktisch relevant én methodisch grondig? Dimensies van onderzoek in het hbo.* Openbare les. Utrecht: Hogeschool Utrecht. Geraadpleegd op 26 april 2022, van http://www.onderzoekscoach.nl/wp-content/uploads/2014/04/Openbare-Les-Daan-Andriessen1.pdf
- Anthony, W.A., & Farkas, M.D. (2009). *A Primer on the Psychiatric Rehabilitation Process.* Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Aptroot, E., Franssen, Z., Mulderij, K.J., & Spaander, M. (2016). *Relationele lenigheid. Jeugdzorg 3.0 vakmanschap.* Amsterdam: SWP.
- Argyris, C., & Schön, D.A. (1978). *Learning organizations: A theory of action perspective.* Reading: Addison-Wesley.
- Baars, J., & Van Meekeren, E. (Reds.). (2013). *Een psychische stoornis heb je niet alleen. Praten met families en naastbetrokkenen.* Amsterdam: Boom.
- Baart, A. (2001). *Theorie van de presentie.* Utrecht: Lemma.
- Baart, A. (2018). *De ontdekking van kwaliteit. Theorie en praktijk van relationeel zorg geven.* Amsterdam: SWP.
- Baart, A., Van der Linden, M., & Beurskens, E. (2019). *Praktijkboek Presentie.* Bussum: Coutinho.
- Bannink, D. (1999). Het Nederlandse stelsel van sociale zekerheid. Van achterblijver naar koploper naar vroege hervormer. In: Trommel, W.A. & Van der Veen, R.J. (Reds.) (1999). *De herverdeelde samenleving: de ontwikkeling en herziening van de Nederlandse verzorgingsstaat.* Amsterdam: Amsterdam University, pp. 51 – 81
- Bateson, N., World Academie of Art and Science, 16 april 2017, *Understanding complexity* [video], Youtube.com, geraadpleegd op 29 april 2022, van www.youtube.com/watch?v=lCm7iZm60aY
- Batyreva, I, Van den Berg, G., Dahmen, S., & Kooiman, A. (2019). *Caseload van sociale (wijk) teams. Handreiking en denkkader om werklast te bepalen, evalueren en bij te stellen.* Utrecht: Integraal Werken in de Wijk.

- Beveridge, W.H. (1942). *Social insurance and Allied Services.* Report presented to Parliament november 1942. Londen: H.M. Stationary Office.
- Bigby, C., & Wiesel, I. (2011). Encounter as a dimension of social inclusion for people with intellectual disability: between and beyond community presence and community participation, *Journal of Intellectual Disability Research, 36,* pp. 259-263.
- Binkhorst, J. (2016). *Op zoek naar balans tussen individuele en collectieve benaderingen in de wijk.* Utrecht: Wmo Werkplaats Utrecht & Kenniscentrum sociale innovatie Utrecht.
- Blok, G. (2004). *Baas in eigen brein.* Amsterdam: Nieuwezijds.
- Blonk, L., Huijben, T., Bredewold, F., & Tonkens, E. (2020). Balancing care and work: a case study of recognition in a social enterprise. *Disability & Society*, 35 *(6),* p.972-992. DOI: 10.1080/09687599.2019.1669434
- Boevink, W, Delespaul, Ph., Milo, M., & Van Os, J. (2015). *Pamflet.* Geraadpleegd op 29 april 2022, van https:// www.denieuweggz.nl/nieuws/pamflet
- Bohman, J. (2005). *Critical Theory. Stanford Encyclopedia of Philosophy, Fall 2016.* Stanford: Stanford University.
- Bohlmeijer, E., Westerhof, G., Bolier, L., Steeneveld, M., Geurts, M., & Walburg, J. (2013). *Welbevinden: van bijzaak naar hoofdzaak? Over de betekenis van de positieve psychologie.* De Psycholoog, november 2013, 48-59.
- Bolks, T, Bos-de Groot, E., Van der Vinne, J.T., & Jager-Vreugdenhil, M. (2019). *Kader-document MIJ.* Zwolle: Hogeschool Viaa.
- Bos, G.F. (2016). *Antwoorden op andersheid. Over ontmoetingen tussen mensen met en zonder verstandelijke beperking in omgekeerde-integratiesettingen.* Doctoral Thesis: Amsterdam: VU University.
- Bos, G.F., & Abma, T.A. (2018). Responding to otherness: The need for experimental-relational spaces. In: Visse, M., & Abma, T.A. (Eds.), *Evaluation for a caring society.* Charlotte, NC: Information Age Publishing.
- Bos-de Groot, E. (2018). *De Jeugd- en gezinswerker naast de huisarts in de Zwolse wijken. Onderzoek naar de ervaringen met de contextgerichte jeugd- en gezinswerker naast de huisarts vanuit drie perspectieven.* Zwolle: Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevings-vraagstukken.
- Bos-de Groot, E., Deddens, A., Van der Vinne, J.T., & Zandbergen, A. (2021). *Voorlopig onderzoeksverslag Leergemeenschap "Wijkgericht werken jonge kind in drie Zwolse wijken".* Zwolle: Hogeschool Viaa.
- Bos-de Groot, E., & Jager-Vreugdenhil, M. (2019). *Gezonde relaties, beter voor Zwolle. Visiebeschrijving en benadering voor het de-escaleren bij relatieconflicten en ondersteunen van duurzame relaties die complexe scheidingen kunnen voorkomen.* Zwolle: Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.
- Bos-de Groot, E., & Van der Vinne, J.T. (2018). Verbinding onderwijs en jeugdhulp. Een pleidooi voor een systemisch-contextuele metavisie. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 57,* 164-173.
- Bos-de Groot, E., & Van der Vinne, J.T. (2017). *Handleiding Kansrijk Wonen.* Zwolle: Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.

- Bos-de Groot, E., & Van der Vinne, J.T. (2016a). *Visiedocument Programmalijn Jeugd*. Zwolle: Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.
- Bos-de Groot, E., & Van der Vinne, J.T. (2016b). *Behoeften en richtlijnen in de samenwerking onderwijs en jeugdhulp*. Zwolle: Hogeschool Viaa.
- Bos-de Groot, E., Van der Vinne, J.T., Jager-Vreugdenhil, M. & IJzerman, G. (2020). *Wat beogen de psychologen*. Geraadpleegd op 29 april 2022, van https://www.socialevraagstukken.nl/wat-beogen-de-psychologen/
- Boszormenyi-Nagy, I., & Krasner, B. (1986). *Between give and take: a clinical guide to contextual therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Boszormenyi-Nagy, I. (1987). *Foundations of contextual therapy: Collected papers of Ivan Boszormenyi-Nagy*. New York: Brunner/Mazel.
- Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk. (2021). *Beroepscode voor professionals in sociaal werk*. Utrecht: BPSW.
- Bredewold, F., Haarsma, A., Tonkens, E., & Jager-Vreugdenhil, M. (2020). Convivial Encounters: Conditions for the urban social inclusion of people with intellectual and psychiatric disabilities. *Urban Studies, 57*(10), 2047-2063.
- Bredewold, F. (2014). *Lof der oppervlakkigheid. Contact tussen mensen met een verstandelijke of psychiatrische beperking en buurtbewoners*. Proefschrift Universiteit van Amsterdam. Amsterdam: Van Gennep.
- Buitink, J., & Steenmeijer, J. (Reds.) (2018). *Beroepscode voor de sociaal werker*. Utrecht: BPSW, BVjong, CNV Zorg & Welzijn, FNV Zorg & Welzijn.
- Chaplin, J. (2011). *Herman Dooyeweerd. Christian Philosopher of State and Civil Society*. Notre Dame, Indiana: University of Notre Dame Press.
- Choy, J., & Goedhart, M. (2011). *Multifocus. De kracht van verbinden. Een handreiking voor een gezinsgerichte aanpak voor huiselijk geweld*. Venlo: Mutsaersstichting.
- Commissie Toekomst beschermd wonen. (2015). *Van beschermd wonen naar een beschermd thuis. Advies Commissie Toekomst beschermd wonen*. In opdracht van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten. 11 november 2015.
- Compton, W.C. (2005). *Introduction to positive psychology*. Belmonth, Wadsworth.
- Cooperrider, D.L., & Whitney, D. (2005). *Appreciative inquiry: a positive revolution in change*. San Francisco, California: Berrett-Koehler Publishers Inc..
- De Swaan, A. (1989). *Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd*. Geraadpleegd: zesde druk, 2004, geraadpleegd op 20 april 2022, van http://www.dbnl.org/tekst/swaa005zorg01_01/
- De Vries, S. (2017). Zo werkt het niet. Bewezen effectieve interventies helpen het sociaal werk niet vooruit. In: *Tijdschrift voor Sociale Vraagstukken, 2,* 46-51.
- De Waal, V. (Red.) (2018). *Interprofessioneel werken en innoveren in teams. Samenwerking in nieuwe praktijken*. Bussum: Coutinho.
- Dehue, T. (2016). *Omwille van de feiten en de democratie*. Vierde Els Borst lezing. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid.
- Den Ridder, J., Vermeij, L., Maslowski, R., & Van ‘t Hul, L. (2021). *Burgerperspectieven 2021, kwartaal 4*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Desnerck, G., Bosteels, S., & Hardonk, S. (2008). Mensen met een handicap: over medicalisering en sociologisering. *Tijdschrift voor de Sociologie 29*(2–3), 212–231.
- Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W., & Van Os, J. (2016). *Goede GGZ!* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dijkshoorn, P., & Popma, A. (2021). *Op de groei. Een uitnodiging om samen te investeren in wat jonge mensen doet floreren*. Geraadpleegd op 29 april 2022, van https://www.bewegingvannul.nl
- Dorlo, C. (2020, 4 november). Buurthuis en bieb zijn 'tweede huiskamer in de wijk': 'waar moet men nu heen?'. *NOS*. Geraadpleegd op 29 april 2022, van https://nos.nl/artikel/2355238-buurthuis-en-bieb-zijn-tweede-huiskamer-in-de-wijk-waar-moet-men-nu-heen
- Duncan, B.L., & Miller, S. D. (2000). The Client's Theory of Change: Consulting the Client in the Integrative Process. *Journal of Psychotherapy Integration, Vol. 10, No. 2,* 2000. Geraadpleegd op 29 april 2022 van https://link.springer.com/content/pdf/10.1023/A:1009448200244.pdf
- Feder Kittay, E. (2011). The Ethics of Care, Dependence, and Disability. *Ratio Juris, 24*(1).
- Fincher, R., & Iveson, K. (2008). *Planning and diversity in the city. Redistribution, recognition and encounter.* New York: Palgrave Macmillian.
- Foucault, M. (2006). *History of Madness.* Translated by Jonathan Murphy and Jean Khalfa. London: Routledge. Originally published as *Histoire de la folie à l'âge Classique.* Paris: Plon, 1961.
- Foudraine, J. (1971). *Wie is van hout?* Amsterdam: Ambo.
- Griffioen, S., & Van Woudenberg, R. (1996). Theorie van sociale gemeenschappen. In: R. van Woudenberg (ed.) (2019) *Kennis en werkelijkheid. Tweede inleiding tot een christelijke filosofie. Pp. 236- 266.* Amsterdam: Buijten en Schipperheijn.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates.* New York: Anchor books
- Goffman, E. (1975). *Totale instituties.* Rotterdam: Universitaire Pers Rotterdam.
- Haarsma, A., Stouten-Hanekamp, M., Velvis, A., Bredewold, F., & Jager-Vreugdenhil, M. (2018). *Safe h(e)aven: meedoen en meetellen in laagdrempelige buurtprojecten. Eindrapport project Netwerkondersteuning in buurt en wijk.* Hogeschool Viaa: Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.
- Habermas, J. (1989). *De nieuwe onoverzichtelijkheid – en andere opstellen.* Vertaling van diverse teksten uit 1983 t/m 1986. Amsterdam/Meppel: Boom.
- Hall, E. (2004). Social geographies of learning disability: narratives of exclusion and inclusion. *Area, 36*(3), pp. 298-306.
- Hall, E. (2010). Spaces of social inclusion and belonging for people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 54*, pp. 48-57.
- Hart, W. (2012). *Verdraaide organisaties. Terug naar de bedoeling.* Amsterdam: Boom.
- Hilhorst, P., & Van der Lans, J. (2015). *Nabij is beter 1, essays over de beloften van de 3 decentralisaties.* Den Haag: KING.

- Hillhorst, P., & Van der Lans, J. (2016). #29 Collectief kijken blijkt blinde vlek voor wijkteams. Geraadpleegd op 1 februari 2019, van http//www.socialevraagstukken.nl/29-collectief-kijken-blijkt-blinde-vlek-van-wijkteams/.
- Hogeschool Viaa. (2021). *Jaarverslag 2020.* Zwolle: Hogeschool Viaa.
- Hoogland, J., Verkooijen, L., Van Andel, J., Van Til-Teekman, C., Moerman, C., Bredewold, F., & Jager-Vreugdenhil, M. (2013). *Netwerkondersteuning van A(lmere) tot Z(wolle).* Zwolle: Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.
- Huber, M. (2014). *Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food.* Proefschrift Universiteit Maastricht.
- Huber, M., Knottnerus, J.A, Green, L, Van der Horst, H., Jadad, A.R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., Van der Meer, J.W.M., Schnabel, P., Smith, R., Van Weel, C., & Smid, H. (2011). How should we define health? In: *The BMJ, 343*.
- Idenburg, Ph. A. (Red.) (1983). *De nadagen van de verzorgingsstaat. Kansen en perspectieven voor morgen.* Amsterdam/Rijswijk: Meulenhoff Informatief/Sociaal en Cultureel Planbureau.
- International Federation of Social Wokers (2016). *The role of social work in social protection systems: the universal right to social protection.* Geraadpleegd op 19 augustus 2021, van https://www.ifsw.org/the-role-of-social-work-in-social-protection-systems-the-universal-right-to-social-protection
- International Federation of Social Wokers (2014). *Globale definitie van het sociaal werk.* Geraadpleegd op 7 december 2021, van https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/2019/08/Global-Definitie-Social-Work-2014-Dutch-.pdf
- Jackson, M.C. (2000). *Systems approaches to management.* New York: Kluwer/Plenum; en Klir, G. (1988). Facets of Systems Science. In: *IFSR International series on Systems Science and engineering, Vol. 7.* New York: Plenum.
- Jager-Vreugdenhil, M., & Linders, L. (verwachte publicatie 2022). *Gevoelig voor kwetsbaarheid.* Op: www.lectorensociaalwerk.nl/publicaties
- Jager-Vreugdenhil, M. (2018). *Samenleven onder een open hemel. Programma Centrum voor Samenlevingsvraagstukken 2018 – 2022.* Zwolle: Hogeschool Viaa.
- Jager-Vreugdenhil, M., Linders, L., Feringa, D., & Potting, M. (2016). Spanningen in het sociaal domein: een conceptueel kader. In: Linders, L., Feringa, D., Potting, M., & Jager-Vreugdenhil (Reds.) *Tussen regels en vertrouwen.* Amsterdam: Van Gennep.
- Jager-Vreugdenhil, M. (2012). *Nederland participatieland? De ambitie van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de praktijk in buurten, mantelzorgrelaties en kerken.* Proefschrift Universiteit van Amsterdam. Amsterdam: Vossius.
- Jager-Vreugdenhil, M. (2011). Spraakverwarring over participatie. In: *Journal of Social Intervention: Theory and Practise, Vol. 20, 1 pp. 76 – 99.*
- Jager-Vreugdenhil, M. (2001). *Systeemdenken aan Wageningen Universiteit.* Wageningen: Wageningen Universiteit.
- Jansen, E.; Van der Pas, S., & Tilma, I. (2020). Sociaal transformeren kan alleen lerend. In: *Journal of Social Intervention: Theory and Practice, 29(7),* pp.18–24. DOI: http://doi.org/10.18352/jsi.673

- Jehoel-Gijsbers, G. (2004). *Sociale uitsluiting in Nederland*. Den Haag: SCP.
- Kal, D. (2002). *Kwartiermaken: werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond*. Uitgeverij Tobi Vroegh.
- Kampen, T., Verhoeven, I., & Verplanke, L. (Reds.). (2013). *De affectieve burger. Hoe de overheid verleidt en verplicht tot zorgzaamheid*. Uitgeverij Van Gennep BV.
- Kloet, S., Kuiper, J., Toet, H., Coppens, L., Van Oordt-Jansen, W., Stapersma, E., Van Zoest, F., & Rühl, A. (2017). *Haalbaarheid van een Health Impact Bond Valpreventie Ouderen.* Utrecht/Amsterdam: Vilans/VeiligheidNL.
- Kok, L., Van der Neut, T., Sloot, K., & Westerhuis, R. (2018). *Samen naar de top. Afstudeeronderzoek.* Zwolle: Hogeschool Viaa.
- Koning Willem-Alexander (2014, 20 oktober). *Toespraak van Zijne Majesteit de Koning tijdens 6e ASEM Culture Ministers' Meeting*. Geraadpleegd op 26 april 2016, van http://www.koninklijkhuis.nl/documenten/toespraken/2014/10/20/toespraak-van-zijne-majesteit-de-koning-tijdens-6e-asem-culture-ministers-meeting
- Kroeze, R., Munneke, J., & Kruiter, A.J. (2018). *De waarde van zelfregie- en herstelinitiatieven. Om te vertellen, uit te drukken en te ervaren.* Instituut voor Publieke Waarden, in opdracht van MIND Landelijke Platform Psychische Gezondheid. Den Haag: VNG.
- Kromhout, M., Van Echtelt, P., & Feijten, P. (2020). *Sociaal domein op koers? Verwachtingen en resultaten van vijf jaar decentraal beleid.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kröber, H.R.Th., & Wieringa, E. (2012). *Coalitie voor Inclusie. Inclusie is een werkwoord.* Geraadpleegd op 6 juli 2017, van http://www.canonsociaalwerk.eu/nl_han/details.php?cps=21&canon_id=285
- Kröber, H.R.Th., & Dongen, H. van (2011). *Social Inclusion, Dutch Perspectives.* Amsterdam: Uitgeverij Boom/Seven Eleven.
- Kröber, H.R.Th., & Zomerplaag, J. (2007). *Mensen met een verstandelijke beperking, onderzoek en interviewen. Een kritisch emancipatoir perspectief.* In: J. Evers (Red.). Kwalitatief interviewen: kunst en kunde. Den Haag: uitgeverij Lemma.
- Kruiter, H., & Meiberg, S. (z.d.). *Bestaanszekerheid eerst! Tijd voor een paradigmashift.* Instituut voor Publieke Waarden. Geraadpleegd op 19 augustus 2021, van https://publiekewaarden.nl/zendtijd/bestaanszekerheid-eerst-tijd-voor-een-paradigmashift/
- Kuiper, R. (2020). *De wereld liefhebben. Over ecologische paniek en politieke ethiek.* Amsterdam: Buijten en Schipperheijn.
- Kuiper, R. (2009). *Moreel kapitaal. De verbindingskracht van de samenleving.* Reeks verantwoording nr. 27. Amsterdam: Buijten en Schipperheijn.
- Kunneman, H. (2021). Waarom normatieve professionalisering. In: *Waardenwerk,* mei 2021, pg 79-86.
- Kunneman, H. (2005). *Voorbij het dikke-ik. Bouwstenen voor een kritisch humanisme, deel 1.* Humanistics University Press.
- Kunneman, H. (1998). *Postmoderne moraliteit.* Amsterdam: Boom.
- Kwekkeboom, M.H. (2010). *De verantwoordelijkheid van de mensen zelf. De (her)verdeling van de taken rond zorg en ondersteuning tussen overheid en burgers en de betekenis daarvan voor de professionele hulpverlening.* Openbare les Hogeschool van Amsterdam. Amsterdam: Amsterdam University Press/HvA Publicaties.

- Linders, E.A.H.M. (2009). *De betekenis van nabijheid Een onderzoek naar informele zorg in een volksbuurt.* Proefschrift. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Linders, L. (2021). Sociaal werk gaat om andere mensen. Werken aan sociale reflexiviteit in het sociaal werk. In: Metz, J., Jager-Vreugdenhil, M., Wilken, J.P., & Witte, T. (2021). *Sociaal werk doordacht.* Amsterdam: SWP.
- LOO's Sociaal Werk. (2017). *Landelijk opleidingsdocument Sociaal Werk.* Amsterdam: SWP.
- Machielse, A. (2016). *Afgezonderd of ingesloten. Over sociale kwetsbaarheid van ouderen. Oratie ter aanvaarding van bijzonder hoogleraarschap empowerment kwetsbare ouderen.* Utrecht: Universiteit voor Humanistiek.
- Madsen, W. (2011). *Samenwerkingsgerichte hulpverlening met multi-gestresseerde gezinnen.* Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Mans, I. (2016). *Het hart van de zorg. Idealen en praktijken in de verstandelijk gehandicaptenzorg bij de Hafakker (1960-2010).* Stichting Uitgeverij Papieren Tijger.
- Medema, H.P. (1997). *Water, wijn en waarheid. De uitdaging van het evangelie in een postmoderne eeuw.* Vaassen: Medema.
- Meijroos, J., & Jacobs, J. (Host). (2020, 3 maart). *Dr. Anton Hafkenscheid over de impact van de therapeutische relatie.* [Postcast], Rino Groep Podcast, afl. 4. Geraadpleegd op 25 maart 2022, van https://www.rinogroep.nl/nieuws/513/podcast-dr.-anton-hafkenscheid-over-de-impact-van-de-therapeutische-relatie.html
- Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen. (2019). *Nieuwsgierig en betrokken. De waarde van wetenschap.* Den Haag: Rijksoverheid.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2010). *Welzijn Nieuwe Stijl.* Uitgave van VWS i.s.m. VNG en MO-groep. Den Haag: Rijksoverheid.
- Movisie. (2018). *Niet doen wat moet, maar kijken naar wat nodig is. Van individueel naar collectief aanbod.* Utrecht: Movisie.
- Mulder, N., Van Weeghel, J., Delespaul, P., Bovenberg, F.; Berkvens, B., Leeman, E., Kroon, H., Van Mierlo, T., & Kienhorst, G. (2020). *Netwerkpsychiatrie*. Amsterdam: Boom.
- Newman, J., & Tonkens, E. (2011) *Participation, Responsibility and Choice. Summoning the Active Citizen in Western European Welfare States.* Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Ootes, S. (2012). *Being in place. Citizenship in long-term mental healthcare.* Ede: GVO drukkers en vormgevers b.v.
- Ossewaarde, R. (2006). *Eigen verantwoordelijkheid: bevrijding of beheersing?* Advies Raad voor maatschappelijke ontwikkeling. Amsterdam: SWP.Schuyt, C.J.M. (1991) *Op zoek naar het hart van de verzorgingsstaat.* Leiden/Antwerpen: Stenfert Kroese Uitgevers.
- Oude Vrielink, M. (2014). *Bouwen aan burgerkracht in het sociale domein.* Den Haag: Platform31.
- Overkamp, E. (2000). *Instellingen nemen de wijk. Een analyse van het beleid inzake de deconcentratie van instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking en zijn empirische effecten.* Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Plemper, E., & Van Vliet, K. (2003). Community care: de uitdaging voor Nederland. In: *RMO advies 25 De handicap van de samenleving,* november 2002. Den Haag: RMO.

- Rijksoverheid. (2022). *Transformatiedoelen Jeugd.* Opgehaald op 5 januari 2022, van https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdhulp/jeugdhulp-bij-gemeenten
- Rober, P. (2017). *Samen in gezinstherapie. Over afstemming en dialoog in de gezinstherapeutische praktijk.* Kalmthout: Pelckmans Pro.
- Rotmans, J. (2015). *Verandering van tijdperk. Nederland kantelt.* Boxtel: Aeneas.
- Sadiraj, K., Oudijk, D., Van Kempen, H., & Stevens, J. (2011). *De opmars van het pgb. De ontwikkelingen van het persoonsgebonden budget in nationaal en internationaal perspectief.* SCP-publicatie 2011-17. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Sahlins, M. (1972). *Stone age economics.* Londen: Tavistock.
- Scheepers, F. (2021). *Mensen zijn ingewikkeld. Een pleidooi voor acceptatie van de werkelijkheid en het loslaten van modeldenken.* Amsterdam-Antwerpen: De Arbeiderspers.
- Schep, A.E., & Van der Vinne, J.T. (2017). *Handleiding Mt. Ventoux on wheels.* Zwolle: Hogeschool Viaa.
- Scholte, M., & Sprinkhuizen, A. (2017). *De brede basis van het sociaal werk. Grondslagen, methoden en praktijken.* Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Schuyt, K. (2006). *Steunberen van de samenleving.* Amsterdam: University Press.
- Searle, J. (1968). *The construction of social reality.* New York: Free Press.
- Seligman, M.E. (2011). *Flourish.* New York: Free Press
- Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. An Introduction. *American Psychologist, 55(1), 5-14.*
- Senge, P.M. (1990). *The Fifth Discipline. The Art & Practice of a Learning Organization.* New York: Doubleday.
- Simplican, S. C., Leader, G., Kosciulek, J., & Leahy, M. (2015). Defining social inclusion of people with intellectual and developmental disabilities: An ecological model of social networks and community participation. In: *Developmental Disabilities, 38, 18–29.* https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.10.00
- Sociaal Economische Raad (2015). Sociale ondernemingen: een verkennend advies. SER-Advies 15/03, mei 2015. Geraadpleegd op 29 april 2022, van https://www.ser.nl/-/media/ser/downloads/adviezen/2015/sociale-ondernemingen.pdf
- Stouten-Hanekamp, M.; Velvis, A.; Van Garderen, M.; Jansen-van Vilsteren, M.; Izeboud, C., & Duijzer, G. (2020). *Samen in beweging met kwetsbare inwoners. Tussenrapportage van fase 1 – projectjaar 1: Inzicht in motieven en behoeften van kwetsbare groepen om 'in beweging' te komen en de kansen voor integraal samenwerken rondom dit vraagstuk.* Een gezamenlijke rapportage van Werkplaats Sociaal Domein Regio Zwolle i.s.m. GGD IJsselland, GGD Noord- en Oost- Gelderland en Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Agora. Zwolle: Hogeschool Viaa.
- Stouten-Hanekamp, M.; Jager-Vreugdenhil, M.; Bredewold, F., & Velvis, A. (2017). *Netwerkondersteuning in buurt en wijk: gewoon gezellig.* Zwolle: Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.
- Te Roller, M. (2017). *Samen (blijven) leren. De casus als kapstok voor integraal (leren) werken in het sociaal wijkteam.* Zwolle: Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.

- Teekman, C., Slendebroek-Meints, J., Pruim, E., & Jager-Vreugdenhil, M. (2015). *Uit de startblokken...; de eerste maanden van de sociale (wijk)teams in Zwolle en Elburg.* Zwolle: Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.
- Teekman, C., Slendebroek-Meints, J., & Pruim, E (2016). *In de running; een ronde langs de sociale (wijk)teams in Zwolle en Elburg.* Zwolle: Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.
- Teekman, C., Pruim, E., & Algera, M. (2017). *Laveren door het midden – een nieuwe ronde langs de sociale (wijk)teams in Zwolle, Elburg, Ommen-Hardenberg en Steenwijkerland.* Zwolle: Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.
- Teekman, C., Pruim, E., & Algera, M. (2018). *Koers houden – een nieuwe ronde langs de sociale (wijk)teams in Ommen-Hardenberg, Steenwijkerland en Zwolle.* Zwolle: Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.
- Teekman, C., Van Kampen, E., Pruim, E., & Algera, M. (2019). *Collectief en individueel werken in balans: hoe werkt het? Onderzoeksrapportage over de huidige (dis)balans tussen collectief en individueel werken door sociale wijkteams in Zwolle.* Zwolle: Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.
- Tempel, H., & Vissenberg, C. (2018). Een gat tussen wetenschap en praktijk. Een explorerend onderzoek naar de wijze waarop behandelingen in de residentiële zorg worden vormgegeven. In: *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 11&12 57: 22-28.*
- Tillmann-Healy, L.M. (2003). Friendship as method. *Qualitative Inquiry, 9*(5), 729-749.
- Trommel, W.A., & Van der Veen, R.J. (Eds.). (1999). *De herverdeelde samenleving: de ontwikkeling en herziening van de Nederlandse verzorgingsstaat.* Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Van Biene, M. (2015). *Actie leren = team leren. Leren en werken in nieuwe logica's.* Nijmegen: Kenniscentrum HAN Sociaal.
- Van de Velden, E. (2014). Systemische consultatie. In: Saveijne, A., Van Lawick, M.J. & Reijmers, E.T.M. (Reds). (2014) *Handboek Systeemtherapie.* Utrecht: De Tijdstroom.
- Van der Kaaden, A.M. (8 november 2019). Kabinet erkent fouten in jeugdzorg en wijzigt stelsel. *NRC Handelsblad.*
- Van der Vinne, J.T. (2021). *Voortgangsrapportage Wijkgericht werken rond jonge kind in Dieze/Indische buurt.* Zwolle: Hogeschool Viaa.
- Van Doorn, J.A.A., & Schuyt, C.J.M. (1977). *De stagnerende verzorgingsstaat.* Meppel/Amsterdam: Boom.
- Van Os, J., & Delespaul, Ph. (2018) Een valide kwaliteitskader voor de ggz: van benchmark-ROM aan de achterkant naar regionale regie en cocreatie aan de voorkant. In: *Tijdschrift voor psychiatrie, jaargang 60, februari 2018.* Geraadpleegd op 29 april 2022, van http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/60-2018-2-artikel-vanos.pdf
- Van Os, J., & van Spronsen, M. (2022). *We zijn God niet. Pleidooi voor een nieuwe psychiatrie van samenwerking.* Amsterdam: Lannoo Campus
- Vereniging van Lectoren (z.d.). *Praktijkgericht onderzoek.* Geraadpleegd op 23 augustus 2021, van www.lectoren.nl/praktijkgericht-onderzoek
- Verhoeven, N. (2016). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken.* Vijfde druk. Amsterdam, Boom Lemma.

- Verhoeven, I., & Ham, M. (2010). Inleiding: De overheid op zoek naar brave burgers. In: Verhoeven, I., & Ham, M. (Reds.). *Brave burgers gezocht. De grenzen van de activerende overheid. Tijdschrift voor sociale vraagstukken, Jaarboek 2010.* Amsterdam: Van Gennep.
- Verkerk, M.J. (1997). *Sekse als antwoord.* Reeks 'Verantwoording' nr. 27. Amsterdam: Buijten en Schipperheijn.
- Weijers, I. (2021). Dossier Jeugdzorg. Extra miljarden lossen problemen niet op; nieuw plan jeugdbescherming zorgt voor extra problemen. In: *Nederlands Juristenblad – 25-6-2021 – afl. 25, pp. 2026 – 2033.*
- Welten, C. (Host) (2020, 12 september). Gebruik maken van het systeem (Met Kitlyn Tjin a Djie) (nr. 5) [podcastaflevering]. In *Hoe de GGZ verandert.* Zorg&Sociaalweb. Geraadpleegd op 26 april van https://sociaalweb.nl/nieuws/tiendelige-podcastserie-hoe-de-ggz-verandert-gelanceerd
- Werkplaats Sociaal Domein Regio Zwolle. (2019). *Kennis- en leeragenda Werkplaats Sociaal Domein Regio Zwolle 2020 – 2022.* Zwolle: Hogeschool Viaa, Centrum voor Samenlevingsvraagstukken.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. (2006). *De verzorgingsstaat herwogen. Over verzorgen, verzekeren, verheffen en verbinden.* Amsterdam: Amsterdam University Press
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. (2007). *Bouwstenen voor betrokken jeugdbeleid.* WRR-verkenning 15. Amsterdam: University Press.
- Wiesel, I., & Bigby, C. (2014). Being recognized and becoming known: encounters between people with and without intellectual disability in the public realm. *Environment and Planning, 46, pp. 1754-1769.*
- Willemse, J. (2006). *Anders kijken een breder zicht op menselijk gedrag.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wursten, D. (2002). *Geloven in stukken en brokken. God ter sprake brengen in een postmodern klimaat.* Binnengehaald op 26 april 2022 van https://dick.wursten.be/postmodern-god.htm
- Zijderveld, A.C. (1974). *Institutionalisering. Een studie over het methodologische dilemma van de sociale wetenschappen.* Meppel: Boom.

## Geraadpleegde kamerstukken


- Kamerstukken II 33841 nr. 3. (15 januari 2014). *Memorie van toelichting bij de Wmo.*
- Kamerstukken II 33684 nr. 3. (4 juli 2013). *Memorie van toelichting bij de Jeugdwet.*
- Kamerstukken II 33161 nr. 3. (2 februari 2012). *Memorie van toelichting bij de Wwnv.*
- Kamerstukken II 30597 nr. 206. (23 september 2010). *Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.*
- Kamerstukken II 30131 nr. 3. (1 juni 2005). *Nieuwe regels betreffende maatschappelijke ondersteuning. Memorie van Toelichting bij de Wmo.*
- Kamerstukken II 29538 nr. 7. (26 november 2004). *Brief staatssecretaris over invoering Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en eigenbijdragesystematiek.*
- Kamerstukken II 29538 nr. 1. (23 april 2004). *Op weg naar een bestendig stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning. Brief van de staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer.*
- Kamerstukken II 18463 nrs. 1 en 2. (1984). *Nota Geestelijke Volksgezondheid.*
- Kamerstukken II 18108 nrs. 1 en 2. (1983). *Nota Volksgezondheid bij beperkte middelen.*

In 2015 werden de nieuwe Wmo, Jeugdwet en Participatiewet ingevoerd. In dit boek beschrijven we wat daar de bedoeling van was: dat inwoners echt centraal zouden komen staan. Een verschuiving in verantwoordelijkheden tussen inwoners, overheden en organisaties zou ertoe moeten leiden dat iedereen voluit mee kan doen, participeren. In de praktijk vraagt dat een andere manier van werken en samenwerken voor professionals in het sociaal domein.

Het Centrum voor Samenlevingsvraagstukken, lectoraat van Hogeschool Viaa in Zwolle, gaf in deze tijd van transities vorm aan de regionale Werkplaats Sociaal Domein voor de ruime regio rond Zwolle. Vanuit deze werkplaats waren docent-onderzoekers en studenten betrokken bij veel vernieuwende projecten. In dit boek vatten we samen wat deze projecten opleverden, en dan vooral wat de ervaringen van inwoners en professionals zelf waren. Ja, ze zijn positief over de eerste ervaringen met de nieuwe manier van werken. Maar er zijn een aantal taaie kwesties die voortdurend opspelen. Daar leggen we in dit boek de vinger bij.

Dit boek markeert de eerste twintig jaar praktijkgericht onderzoek aan Hogeschool Viaa. We willen ermee bijdragen aan inzichten voor praktijk, beleid, wetenschap en niet in de laatste plaats aan onze eigen opleidingen Sociaal Werk. Zodat we de professionals voor de toekomst kunnen opleiden die echt het goede kunnen doen voor mensen.

ISBN 978-90-75545-97-5