

Toekomstperspectief van de klant in ondersteuning en zorg

dr. Kitty Jurrius



Toekomstperspectief van de klant in ondersteuning en zorg

dr. Kitty Jurrius

Colofon

**Toekomstperspectief van de klant
in ondersteuning en zorg**

dr. Kitty Jurrius

Tekeningen: Larie Cook

Foto's binnenwerk: Kitty Jurrius

ISBN/EAN: 978-90-830591-8-1

Dit is een publicatie van Windesheim

Domein Flevoland

Hospitaaldreef 5

1315 RC Almere



Deze publicatie van Windesheim valt onder een Creative Commons Naamsvermelding 4.0 Internationaal-licentie. Dit betekent dat de kennis uit deze publicatie hergebruikt mag worden als basis voor de ontwikkeling van nieuwe kennis mits de naam van de auteur en/of Windesheim hierbij vermeld wordt. Het wordt gewaardeerd wanneer iemand contact opneemt via k.jurrius@windesheim.nl om te laten weten waarvoor de publicatie wordt hergebruikt.

Jurrius, K. (2020) Toekomstperspectief van de klant in ondersteuning en zorg.
Almere: Windesheim.

Oktober 2020

Lectoraat Klantenperspectief in Ondersteuning en Zorg
Hogeschool Windesheim

Proloog

In het najaar van 2019 springt in China een virus over van dier op mens. Tien maanden later zijn er wereldwijd meer dan 1.000.000 mensen aan het virus overleden. De grenzen van de zorg worden bereikt. Meer dan de helft van de wereldbevolking ging in 'lockdown'.

In Nederland gingen de scholen dicht, bijeenkomsten en evenementen werden afgelast. Restaurants sloten de deuren en de zorg werkte dag en nacht om de piek van de besmettingen op te vangen. Rond de zomer 2020 is de reguliere zorg weer langzaam opgepakt.

Zorg- en welzijnsprocessen zijn voor altijd veranderd.

Voorwoord

Eind 2019 werd ik lector van het lectoraat Klantenperspectief in Ondersteuning en Zorg. Een lectoraat dat zich richt op onderzoek dat bijdraagt aan een samenleving waarin iedereen mee kan doen op zijn of haar manier. Waarin de verhalen van klanten van zorg en welzijn in hun context het vertrekpunt vormen voor het inrichten van zorg en ondersteuning op maat.

Als iemand twee jaar geleden de proloog van een lectorale rede van de vorige pagina had gelezen zou hij denken dat hij in een slechte film was beland. We leven echter in 2020, en het is een bittere werkelijkheid die ons is overkomen. Deze lectorale rede bevindt zich op het snijvlak van twee tijdperken, waarin we nog niet in de toekomst kunnen bekijken hoe alles er uit zal zien. De ideeën en theorieën voor en in dit lectoraat zijn ontstaan in een tijdperk voor COVID-19. Zij worden nu in rap tempo aangepast aan het huidige tijdperk – en zijn mogelijk morgen weer achterhaald omdat er een vaccin komt, een tweede golf van COVID-19, of andere gebeurtenissen die we nu nog niet kunnen voorspellen.

In deze turbulente werkelijkheid schrijf ik deze lectorale rede, waarin ik de uitgangspunten van het onderzoek uitwerk en de theoretische uitgangspunten en ons gedeelde begrippenkader bespreek. Ik heb lang getwijfeld of ik in de titel zou handhaven, gezien de onzekerheid die we in de komende maanden nog kunnen verwachten. Ik heb besloten toch die blik in de toekomst te willen werpen: aan de hand van voorspellingen over de zorg, aan de hand van ontwikkelingen die we zich voordeden voor en tijdens corona. Ik licht toe waar we in de komende jaren ons onderzoek op willen richten. Met de kanttekening dat de wereld er volgend jaar misschien weer anders uitziet en we ons zullen blijven aanpassen en ten dienst van de positie van de klant in zorg en welzijn zullen blijven opstellen.

Ik word in mijn verhaal geholpen door verhalen van klanten in de zorg die we binnen ons lectoraat in de afgelopen jaren hebben verzameld. De tekeningen van Larie Cook zijn gebaseerd op interviews met ouderen die we deden in het kader van de leergang Wie zorgt in de wijk? en benutten we al eerder in de leergang.

Graag dank ik college van bestuur van Windesheim, het managementteam van Windesheim in Almere, collega-lectoren, medewerkers van het lectoraat, collega's bij Windesheim, opdrachtgevers, samenwerkingspartners en bovenal klanten van zorg en ondersteuningsprocessen voor de opdracht aan het lectoraat Klantenperspectief in Ondersteuning en Zorg.

Inhoudsopgave

Proloog	4
Voorwoord	5
Hoofdstuk 1 // Blik naar voren	8
1.1. Toekomstperspectief van de klant.....	9
Inleiding.....	9
1.1.1 Lectoraat in het verleden en doorwerking daarvan.....	9
1.1.2 De positie van de klant als voortdurende zoektocht.....	10
1.1.3 Toenemende kosten en personele tekorten	12
1.1.4 Verdergaande hybridisering van de professional – klant relatie.....	13
1.1.5 Toenemende nadruk op integraal werken	15
1.1.6 Technologische ontwikkelingen in de zorg.....	17
1.1.7 Actuele situatie: impact van COVID-19 op zorg en ondersteuning.....	17
1.1.8 Het tijdperk 2020 – 2090: zorg en ondersteuning als teamsport.....	18
1.2. Uitgangspunten van het lectoraat 2020 e.v.	20
1.2.1 Ondersteuning en zorg, klant, klantenperspectief.....	20
1.2.2 Eigen verhaal en context als vertrekpunt.....	21
1.2.3 Iedereen doet mee op zijn of haar manier	22
1.2.4 Zorg en ondersteuning op maat	23
1.3. Vraagstellingen.....	24
Hoofdstuk 2 // Congruentie uitgangspunten en methode	26
2.1. Kwalitatieve onderzoeksmethoden, interpretatief paradigma	27
2.2. Arts Based Research	27
2.3. Samenwerken met ervaringsdeskundigen in onderzoek, participatief paradigma.....	27
2.4. Action learning.....	28
Hoofdstuk 3 // Programmering	30
3.1. Flevolandse context	31
3.2. Onderzoekslijnen	33
3.2.1 Onderzoekslijn Inclusie	33
3.2.2 Onderzoekslijn Zorglogistiek	33
3.2.3 Onderzoekslijn Niet-aangeboren hersenletsel (Nah)- zorg op maat.....	34
3.2.4 Onderzoekslijn Familie en veerkracht (associate lectoraat).....	34
3.2.5 Onderzoekslijn Stad met mogelijkheden.....	35
3.3. Projecten	36
3.3.1 Gewoon weer meedoen	36
3.3.2 Flevo Academie Jeugd	36
3.3.3 Regionale kenniswerkplaats jeugd.....	37
3.3.4 Eigen plan en samenwerken met ervaringsdeskundigen	38
3.3.5 Taal voor allemaal.....	41
3.3.6 Voor mijn kind wil ik het anders/ intergenerationele overdracht	42
3.3.7 Digitale monitor ReMinder	42
3.3.8 Ouderenzorg – wie zorgt in de wijk.....	43
3.3.9 Veranderende relatie tussen hulpverlener en cliënt door techniek	44
Hoofdstuk 4 // Samenwerkingsverbanden	46
4.1. Windesheim – domein Flevoland	47
4.2. Verbinding strategische koers Windesheim.....	48
4.3. Verbindingen met onderwijs	48
4.4. Verbindingen met andere lectoraten binnen Windesheim	50
4.5. Verbindingen met burgers, organisaties en overheden in Flevoland.....	51
4.6. Verbindingen met andere hogescholen, onderzoekscentra en Universiteiten	51
4.6.1 Werkplaats sociaal domein Flevoland en de Werkplaatsen Sociaal Domein	51
4.6.2 Regionale kenniswerkplaatsen jeugd.....	51
4.6.3 Lectorenplatform zelfmanagement	51
4.6.4 Lectorenplatform sociaal werk.....	52
Hoofdstuk 5 // Tot slot	54
Literatuurlijst	57



Hoofdstuk 1

Blik naar voren

1.1. Toekomstperspectief van de klant

Inleiding

Dit verhaal gaat over mensen die een zorg- of ondersteuningsvraag hebben. Over mensen die door allerlei oorzaken te maken hebben met lichamelijke, sociale of psychische beperkingen en tegelijkertijd beschikken over prachtige karakters, liefhebbende omgevingen en welwillende samenlevingen. Vormgeven van zorg en ondersteuning waarbij het perspectief van de klant als vertrekpunt wordt genomen: het blijkt niet gemakkelijk en het boeit me al sinds de start van mijn loopbaan.

In een van mijn eerste onderzoeken, naar jongeren die begeleiding kregen van jeugdreclassering, wist een jongere zijn wensen over vanuit welk perspectief een zorgverlener moet kijken goed te verwoorden:

Meer kijken naar de mens, zorg ervoor dat die jongere zich niet sluit voor je. Niet beginnen met hoe je hem zou kunnen pakken als het fout gaat, daar niet mee beginnen. Maak duidelijk dat je hem wilt helpen, ga hem onderzoeken en zorg dat er gewoon tijd genoeg is dat die die mensen kan helpen. En ga opties na. Waar zou die gelukkig in worden? (Jongere over jeugdreclassering. Uit: Jurrius, K. en Bruggeman, D, 2002).

Achttien jaar later is deze uitspraak niet minder relevant geworden.

1.1.1 Lectoraat in het verleden en doorwerking daarvan

Het lectoraat Klantenperspectief in Ondersteuning en Zorg bestaat dit jaar tien jaar bij Windesheim. Een aantal begrippen zijn in de loop der jaren binnen het lectoraat afgebakend:

- Er is pas sprake van vraaggestuurde zorg als het klantenperspectief als vertrekpunt wordt genomen voor het vormgeven van de zorg en ondersteuning: dit betekent dat klanten invloed uitoefenen op wanneer (dag, tijdstip), waar, door wie en hoe zorg en ondersteuning plaatsvindt.
- Participatie kan worden onderscheiden in meedenken (bijvoorbeeld via formele inspraakorganen) en meedoen (bijvoorbeeld in verschillende domeinen van de samenleving).

- Zelfbeschikking is het recht om zelf te beschikken over eigen lot of leven vanuit eigen perspectieven en competenties; eigen kracht is het vermogen om over het eigen lot of leven te beschikken; eigen regievoering is het organiseren van het eigen leven met als doel een goed leven in eigen ogen.
- Ieder mens verschilt op een oneindig aantal punten van ieder ander (er is sprake van individuele diversiteit).

Binnen het lectoraat Klantenperspectief in Ondersteuning en Zorg hebben we de afgelopen jaren heel veel onderzoek gedaan naar het perspectief van de klant. In de zorg zijn voor gebruikers van zorg meerdere begrippen in omloop, zoals patiënt, zorgvrager, zorggebruiker, zorgconsument, en cliënt. Voor het begrip 'klant' in de titel van het lectoraat Klantenperspectief in Ondersteuning en Zorg is gekozen om uit te drukken dat het weliswaar gaat om een afhankelijkheidsrelatie (de klant wil iets van de professional) maar het tegelijkertijd gaat om een actieve en zelfsturende rol (als in: de klant weet wat goed voor hem is). We onderzochten de wijze waarop klanten hun leven, hun situaties, hun wensen en de zorg beschrijven. Dat leert onderzoekers, professionals, beleidsmakers en bestuurders over welke wensen en behoeften klanten hebben ten aanzien van het leiden van een goed leven, en de wijze waarop de zorg en ondersteuning zouden moeten worden ingericht zodanig dat diezelfde zorg en ondersteuning dat leven niet hinderen. Tevens richtten we ons op het ontwikkelen van de beroepshouding van professionals die in de individuele professional – klant relatie juist het klantenperspectief centraal zouden moeten stellen als uitgangspunt van hun handelen (Verkooijen, 2006, 2010).

Bij aanvang van de volgende periode van het lectoraat, is het goed om op basis van actuele theorieën, hedendaagse context en toekomstverwachtingen opnieuw naar onze uitgangspunten te kijken, met als doel de onderzoeksagenda voor de komende jaren gefundeerd te kunnen vaststellen.

1.1.2 De positie van de klant als voortdurende zoektocht

Het begrip 'Klantenperspectief' impliceert de vraag welke positie de klant inneemt ten opzicht van ondersteuning en zorg. De vraag hoe klant en professional zich tot elkaar verhouden is in de historie van zorg en ondersteuning een voortdurende zoektocht, waarin zich de afgelopen decennia een verschuiving voordeed ten gunste van de positie van de klant. Het besef dat zorginterventies door zorgprofessionals vaak maar tijdelijk zijn; dat familie en andere naasten in de omgeving een sleutelrol vervullen bij het leven van een goed leven; dat zorg en welzijn goed moeten aansluiten bij het probleem; dat de cliënt centraal moet staan – dat is allemaal niet nieuw. Al in de jaren '80 stonden beleidsstukken vol van 'de vraag centraal stellen' (Bosselaar, 2005). Nog altijd wordt er veel geschreven over de wijze waarop we vraaggestuurde zorg moeten vormgeven (zie bijv. Verbeek, 2010; Wiese, 2007).

Ook in ziekenhuizen en revalidatiecentra wordt recentelijk ingezet op gezamenlijke besluitvorming met patiënten. Met begrippen als patient centered decision making (bijv. Marsh e.a. 2018) wordt verwezen naar een proces waarbij de hulpverlener zoveel mogelijk rekening houdt met de zienswijze van de klant bij het nemen van beslissingen in de zorg.

Al een aantal decennia zien we steeds in nieuwe bewoordingen een zoektocht naar hoe zorg en ondersteuning beter kan worden afgestemd op wensen en behoeften van de klant, waarbij begrippen als eigen kracht, eigen regie, veerkracht, zelfredzaamheid en zelfmanagement langzamerhand gemeengoed worden. Een levendige discussie in diverse platforms wordt gevoerd over de precieze betekenissen van de verschillende begrippen. In de eerste periode van het Lectorenplatform Zelfmanagement werden bijvoorbeeld negentien verschillende definities van zelfmanagement verzameld (Cremers en de Jong, 2018). Ook over de precieze betekenis van eigen kracht wordt gepubliceerd (zie bijv. Gilsing, Jansma en Schöne, 2017).

Zonder het belang van deze uitwisseling te willen bagatelliseren, is het misschien goed om hier stil te staan bij de vraag waar we anno 2020 staan in de voortdurende herdefiniëring van de relatie tussen klant en professional. Vanuit een historisch perspectief is de relatie tussen patiënt en arts eerder wel ingedeeld in een aantal tijdperken, zoals bijvoorbeeld door Huisman (2018) beschreven op basis van Shorter (1985):

- Het tijdperk tot ca 1880, de traditionele arts – patiëntrelatie, die zich kenmerkte door gelijkwaardigheid: in deze periode vormde het verhaal van de patiënt de belangrijkste bron van informatie, de arts nam de tijd en fungeerde als gesprekspartner. Van het consult ging een helende werking uit, de arts beschikte over beperkte middelen om ziektes daadwerkelijk te behandelen.
- Het tijdperk 1880 – 1950 de moderne arts – patiëntrelatie, die zich kenmerkt door respect voor de arts: de arts kreeg steeds meer kennis en daadwerkelijke behandelmogelijkheden, waardoor de patiënt steeds meer respect kreeg voor de arts.
- Het tijdperk 1950 – heden; de postmoderne arts – patiënt relatie, die zich kenmerkt door kritiek op de arts. In deze laatste periode is onder invloed van de democratiseringsbeweging in de jaren '70 in verschillende zorgvelden de patiëntenbeweging tot leven gekomen (Hunsche, 2008). Cliëntenraden ontstonden, steeds meer wetgeving kwam om de rechten van patiënten te beschermen (denk bijvoorbeeld aan het klachtrecht, Wet op medezeggenschap, Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg, en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen).

Huisman vraagt zich aan het eind van zijn betoog af of we niet aan de vooravond staan van een nieuw tijdperk, waarin patiënten een veel stevigere positie innemen doordat zij ten aanzien van gezondheid het heft in eigen handen nemen; zelf zorg gaan organiseren; beter geïnformeerd zijn; en zelf eigenaarschap van hun gegevens verkrijgen door middel van de

digitale mogelijkheden die er zijn. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de mogelijkheden die burgers hebben om informatie te verzamelen over aandoeningen, behandelingen en medicijnen op diverse websites. Tegelijkertijd maakt Huisman zich zorgen of alle patiënten dit wel kunnen, en vraagt hij zich af of professionals een zorgende rol moeten verkrijgen bij het begeleiden van patiënten in hun keuzes die zij moeten maken ten aanzien van gezondheid.

Ik deel met Huisman de opvatting dat een nieuw tijdperk zich aandient. Een aantal ontwikkelingen die dit tijdperk mede bepalen zal ik hierna schetsen.

1.1.3 Toenemende kosten en personele tekorten

Tot begin 2020 (dat wil zeggen, voordat COVID-19 in Europa kwam) richtten toekomstvoorspellingen voor de zorg zich met name op het vraagstuk hoe de kosten van de zorg beheersbaar kunnen worden gehouden met het oog op de toenemende zorgvraag. In de komende veertig jaar is de verwachting dat de zorgkosten met 2,8% per jaar zullen stijgen. Een derde hiervan wordt door de vergrijzing verklaard. Het aantal 75-plussers stijgt van 1,350.000 nu naar 2,460.000 in 2040 en de verwachting is dat dit gepaard gaat met een grote toename aan zorgvragen (Kooiker, e.a., 2018; De Kruijf en Langenberg, 2017). De overige verwachte toename van zorgkosten wordt verklaard door een toename van mogelijkheden om zorg te bieden (preventiemogelijkheden, technische mogelijkheden, nieuwe kennis, nieuwe geneesmiddelen, langere en intensievere behandeling). Met andere woorden: de zorgvraag neemt enerzijds toe, omdat er onder invloed van de vergrijzing ook daadwerkelijk meer aandoeningen zijn waar zorg en ondersteuning bij nodig is; anderzijds is er een toename – niet omdat er meer aandoeningen komen, maar omdat er meer en betere signalering, behandeling, zorg en ondersteuning mogelijk is. Stijgende welvaart is van invloed op de totale zorgkosten: het stelt ons in staat om een groter deel van het inkomen uit te geven aan gezondheidszorg (Vonk e.a., 2020).

De toenemende zorgvraag gaat gepaard met personeelstekorten die nog groter worden dan ze nu al zijn. De arbeidsomstandigheden in de zorgsector zorgen voor een groot verloop van professionals. Op mantelzorgers en informele zorg zal een groter beroep worden gedaan, maar er zijn in verhouding minder mensen in de samenleving die deze mantelzorg ook kunnen verrichten. De hoop en verwachting is dat technologische ontwikkelingen een belangrijke bijdrage gaan leveren in het realiseren van haalbare en betaalbare zorg – iets waar zorgprofessionals nog beter op zouden moeten worden voorbereid (SER, 2020).



1.1.4 Verdergaande hybridisering van de professional – klant relatie

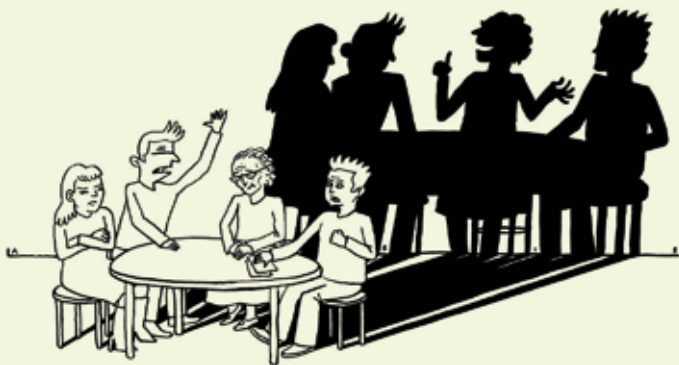
Onder invloed van de transformatie van de zorg naar gemeenten, zien we de afgelopen jaren een ontwikkeling die ik hierna de verdergaande hybridisering van de professional – klant relatie zal noemen. De scheidslijn tussen hulpverlener en klant was vroeger een duidelijke: de professional genoot een opleiding in zorg en/of welzijn. De klant had een hulpvraag waarmee hij bij de zorgprofessional komt. De zorgprofessional helpt de klant bij het scherp krijgen van de vraag en het oplossen van het probleem. In de afgelopen decennia is steeds meer een situatie ontstaan waarin gedeelde besluitvorming tussen klant en professional plaatsvindt.

In het veld van ondersteuning en zorg is het afgelopen decennium nog een nieuwe ontwikkeling ingezet, waarbij er vanuit de overheid wordt gepleit voor het nemen van eigen- en medeverantwoordelijkheid in het realiseren van zorg en ondersteuning. Door de vergrijzing zou een te groot beroep op zorgprofessionals gaan ontstaan, en dit heeft geleid tot een oproep om meer voor elkaar te gaan zorgen, door Koning Willem-Alexander destijds omschreven als de transitie naar de participatiesamenleving (Ministerie van algemene zaken, 2013). Politiek gezien is er in de afgelopen jaren afscheid genomen van een consumptiemodel van zorg en welzijn: burgers zijn niet alleen klant, maar ook medeverantwoordelijk voor de zorg. Een groter beroep op mantelzorgers en burgers (familie en naasten nemen zoveel mogelijk zorgtaken op zich), het afbouwen van residentiële zorgcapaciteit (mensen met zorgvragen wonen zo lang mogelijk thuis) en het verminderen van de duur van zorgindicaties (mensen krijgen minder lang zorg) is inmiddels in de praktijk gebracht. De zorgtransities (Transitiebureau,

2012) die in 2015 zijn ingezet en waarbij verschillende zorgverantwoordelijkheden werden overgeheveld naar gemeenten, gingen gepaard met bezuinigingen en een grotere nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van de burger.

Dat burgers een belangrijk taak hebben in het bieden van zorg en ondersteuning aan elkaar lijkt vanzelfsprekend, maar die vanzelfsprekendheid was doorbroken door het ontstaan van de verzorgingsstaat. De oproep om als samenleving meer zelf te doen in ondersteuning en zorg, heeft er toe geleid dat we in de afgelopen jaren een ontwikkeling hebben gezien waarbij begrippen als 'eigen kracht' en 'eigen regie' opeens een vlucht namen. De praktische uitwerking betekende dat hulpverleners werden gestimuleerd om eerst te informeren of er in het netwerk niet iemand is die de zorg en ondersteuning op zich kan nemen.

“Ja weet u, ik zit hier niet voor niets in deze stoel. Je kan het niet aan me zien, maar ik heb elke dag pijn. Die beestjes, dat is eigenlijk het enige waar ik nog een beetje aardigheid aan beleef. Maar dan zie ik zo’n dame denken: als u daar voor kunt zorgen, dan kunt u ook nog wel zelf uw boodschappen doen en het huishouden regelen. En dan kijken ze naar de foto van mijn dochter en dan zeggen ze: kan uw familie niet iets doen? Maar zij woont in Amsterdam, heeft het financieel niet breed en twee kleine kinderen. Ze komt zo vaak ze kan maar nee, zij kan het hier [in Almere, KJ] ook niet voor me regelen, ze heeft zelf haar handen vol. Ik had het ook liever anders.” (oudere over gesprek met wijkteam over zorgvragen)



In de praktijk is het soms nog zoeken naar het creëren van de situatie waarin zorgverleners, klant en naasten gezamenlijk zoeken naar de best passende oplossing voor de problemen. Zorgverleners en klanten ervaren grote druk om de zorg en ondersteuning bij het netwerk neer te leggen.

De transformatie van de zorg die vanaf 2015 is ingezet, brengt echter nog verdere vernieuwingen met zich mee met betrekking tot de positie van de klant in zorg en welzijn. Ik noem een aantal voorbeelden:

- Bij MEE, InteraktContour en GGZ organisaties worden ervaringsdeskundigen als professionals aangenomen. Zij blijken een positieve bijdrage te kunnen leveren aan de zorg voor mensen die dezelfde aandoening hebben als de patiënt.
- In verschillende wijken ontstaan buurtinitiatieven waarbij bewoners zorg en ondersteuningstaken op zich nemen. Eerste onderzoeken naar samenwerking tussen wijkprofessionals en buurtinitiatieven duiden op een hoopvolle maar ook moeizame zoektocht als het gaat van samenwerking tussen wijkteams en bewonersinitiatieven (Ansem en Goes, 2019; en Veldboer en Hoijtink (2019) die het proces van hybridisering van wijkteams en vrijwilligersorganisaties beschrijven).
- De gemeente Almere leidt ervaringsdeskundigen op in de rol van onafhankelijke cliëntondersteuners.
- ZonMw, subsidieverstrekker van onderzoekssubsidies in de zorg, stelt de betrokkenheid van patiënten en cliënten als voorwaarde voor het verstrekken van subsidie.

We zien dus op meerdere terreinen dat patiënten, cliënten en burgers een zichtbare rol en positie innemen in het samen met professionals, onderzoekers en beleidsmakers realiseren van zorg en ondersteuning: klanten zijn professional; burgers zorgen in informele zorg; de professional is ook zorgvrager. Gezien de geschetste ontwikkelingen in de toename van zorgvragen en het dreigende personeelstekort, verwacht ik dat deze hybridisering van de professional – klant relatie zich verder zal voortzetten.

1.1.5 Toenemende nadruk op integraal werken

Integraal werken wordt vaak als een oplossing gezien voor het gefragmenteerde aanbod van zorg en ondersteuning dat door een diversiteit aan professionals kan worden geboden aan mensen met een zorg- of ondersteuningsvraag. Bij een streven naar een toenemend aantal mensen dat thuis kan blijven wonen en daar passende zorg en ondersteuning krijgt, neemt de roep om integraal te werken steeds meer toe. Vooral als er complexe hulpvragen zijn, waarbij de hulp vanuit meerdere disciplines tot stand komt, kunnen er situaties ontstaan waarbij soms wel 18 verschillende hulpverleners zorg verlenen in één gezin. Het gevaar van gebrek aan afstemming; overlap; meerdere keren je verhaal moeten vertellen; van het kastje naar de muur gestuurd worden is groot. (Valentijn e.a., 2013; De Waal, Binkhorst en Scheijmans, 2014).

Er zijn meerdere factoren die integraal werken in de zorg belemmeren, zoals administratieve regels, wetgeving, financiering, organisatiefactoren, gangbare praktijken (Auschra, 2018). De verwachtingen ten aanzien van integraal werken zijn echter zo divers dat in verschillende



Veel klanten ervaren het als ingewikkeld en bureaucratisch om de juiste ondersteuning en zorg te verkrijgen.

kritische beschouwingen (waaronder in de slotconclusie van het onderzoek van de Werkplaatsen Sociaal Domein waar ook ons lectoraat aan deelnam (Polstra e.a., 2018)), de vraag wordt gesteld of we niet naar andere opties moeten kijken dan te verwachten dat integraal werken alle problemen in de zorg gaat oplossen (van Leeuwen, 2018).

Misschien ligt een sleutel bij het anders (positiever) benaderen van de begrippen integraliteit en verkokering. In een verhandeling over integraal bestuur en decentralisatie, stelt Van der Meer dat verkokering: *‘binnen het institutioneel ontwerp van ons politiek bestuurlijke bestel een noodzakelijke bijwerking is voor adequate dienstverlening en taakuitoefening. [...] Verkokering is niet de antithese van integraal bestuur maar het onvermijdelijke nevenaspect van een goed en adequaat bestuur.’* (Van der Meer, 2017). Als we er van uitgaan dat het in principe een groot goed is dat het zorg- en ondersteuningsveld beschikt over een zeer grote variëteit aan disciplines en expertises, dan ligt de uitdaging van de toekomst er in om (nog) beter te zorgen voor een goede afstemming en coördinatie van de zorg. Dit gaat soms al heel goed:

Het is toch eigenlijk heel mooi: de internist besprak met mij de behandeling; vanuit het ziekenhuis verwijzen ze me naar een maatschappelijk werker om te bespreken of we het thuis allemaal wel aankunnen. Een verpleegkundig specialist neemt de tijd om alles met me door te nemen. Als ik thuis kom kan ik naar de fysiotherapie om gericht aan mijn conditie te werken. De huisarts wordt ondertussen geïnformeerd over de uitkomsten in de zorg en na een paar maanden krijg ik een mailtje in mijn mailbox of ik nog behoefte heb aan lotgenotencontact. (patiënt na chemotherapie).

Maar vaak ook nog niet zo goed:

Hoeveel hulpverleners er zijn in ons gezin? Ik weet het niet, de een komt de ander gaat, elke keer vertel ik weer hetzelfde verhaal. De een weet van de ander niet wat hij heeft gedaan, en ik kan ze zelf ook niet uit elkaar houden. En voor elke hulpverlener moeten er andere formulieren ingevuld worden en ik heb eerlijk gezegd wel wat anders aan mijn hoofd nu. (Moeder over jeugdzorg)

Dat we in de zorg beschikken over veel kennis en kunde is een groot goed – op het gebied van afstemming en inzet van die kunde, en de samenwerking met klant en naasten kunnen we nog grote stappen maken. Vanuit het perspectief van de klant gaat het daarbij om het realiseren van zorg en ondersteuning die de klant in staat stellen om het leven te leiden dat hij/zij wil; om goede communicatie tussen klant en professionals en tussen professionals onderling; om goede informatie over zorg en zorgmogelijkheden; om betrokkenheid in besluitvorming; om een goede planning van zorg en ondersteuning; en om een goede overgang tussen verschillende zorgdisciplines (National Collaboration for Integrated Care and Support, 2013; Joober e.a., 2018).

1.1.6 Technologische ontwikkelingen in de zorg

Naast burgers spelen technologische ontwikkelingen een steeds belangrijkere rol in het beantwoorden van zorg- en ondersteuningsvragen. Denk bijvoorbeeld aan zorgalarmerings-systemen door middel van sensoren, controleapps tegen het gebruik van dubbele medicatie, biodynamische verlichting, elektronische medicijn dispensers, gps trackers en sociale robots. Technologie beïnvloedt de relatie tussen cliënt en hulpverlener. Eerder beschreven we dat deze relatie bestaat uit twee aspecten: (1) het technische aspect dat betreft de logische combinatie van handelingen en interacties om bepaalde zorg mogelijk te maken (het zorglogistieke klantproces met als vraag hoe organiseer je de zorg?) en (2) het sociale aspect dat gaat om de gevoelens en waardering die mensen hebben over het contact met elkaar door middel van verbale en non-verbale communicatie (de affectieve klantrelatie met de vraag hoe ga je met elkaar om?). Door inzet van technologie beïnvloed je zowel het zorglogistieke klantproces als de affectieve relatie. Door bijvoorbeeld een robot in te zetten, verandert de volgorde van zorg, de duur van de zorg wordt korter en/of de zorg wordt op een ander moment verleend. Deze verandering van het klantproces heeft veel invloed op de affectieve relatie tussen zorgverlener en patiënt. (De Boer en Jurrius, 2020). De verwachtingen ten aanzien van technologische ontwikkelingen zijn, in het licht van toenemende zorgvraag en afnemend personeelsaanbod, hoog gespannen.

1.1.7 Actuele situatie: impact van COVID-19 op zorg en ondersteuning

Het is nog te vroeg om toekomstvoorspellingen bij te stellen, maar door COVID-19 zijn er wel een aantal ontwikkelingen die waarschijnlijk van blijvende invloed zijn op hoe zorg en ondersteuning in de toekomst vorm zullen krijgen:

- Een grote sprong werd gemaakt in de toepassing en acceptatie van videocommunicatie als manier om elkaar te ontmoeten en afspraken efficiënt in te plannen.
- De toegevoegde waarde / het belang van persoonlijk contact in de zorg kan beter worden gespecificeerd: zorgverleners kunnen explicieter omschrijven in welke situaties persoonlijk contact essentieel is (en in welke situaties dit minder nodig is).
- De gevolgen voor de economie (en daarmee voor de mogelijkheden om geld uit te geven aan zorg) zijn nu nog niet te overzien, maar vooralsnog wordt een flinke recessie verwacht.

Duidelijk mag zijn, dat de toekomst voor zorg en welzijn een spannende zal zijn, waarin de sector grote uitdagingen te wachten staat.

1.1.8 Het tijdperk 2020 – 2090: zorg en ondersteuning als teamsport

Een stijgende zorgvraag, een dalend aantal professionals dat in die zorg kan voorzien, een afname van intramurale zorg met een groeiende noodzaak tot integraal werken, een toenemend beroep op techniek en burgers. Een toename van initiatieven van burgers en een verdergaande hybridisering van de klant – professional relatie. Wat betekent dit nu voor de wijze waarop ‘zorgprofessional en klant’ zich tot elkaar verhouden? Een aantal overwegingen: Ten eerste denk ik, dat we deze vraag in de toekomst moeten reframen. Als ondersteuning en zorg worden geboden door een samenspel van burgers, techniek en professionals dan is de vraag eerder: hoe verhouden klanten en ondersteuning- en zorgaanbieders (zijnde andere burgers, techniek en professionals) zich tot elkaar? Of, vanuit klantenperspectief geredeneerd: Op welke wijze kan het samenspel van ondersteuning- en zorgaanbod bijdragen aan het leven zoals ik dat zou willen leiden?

Ten tweede denk ik, dat er nog veel te winnen is bij het realiseren van meer ruimte voor burgers in het samenspel van ondersteuning en zorg. Er kan nog veel meer samen opgetrokken worden, initiatieven vanuit burgers en eigen planvorming van burgers in ondersteuning en zorg kunnen nog veel meer worden gestimuleerd en ondersteund. Daarbij wel uitgaand van ieders mogelijkheden en beperkingen, iedereen is anders. Vanuit klantenperspectief geredeneerd: Hoe kan ik meedoen op een manier die bij mij past?

Ten derde is het, als we verkokering niet langer per sé als iets negatiefs zien maar als een kracht van het samenspel waarin we maximale expertise kunnen opbouwen op verschillende disciplines, van belang om te blijven streven naar goede coördinatie en afstemming van de zorg en ondersteuning. Ingestoken vanuit het vraagstuk: op welke wijze kan de zorg- en ondersteuningsmix zodanig vorm krijgen dat iedere klant op maat de zorg- en ondersteuning krijgt die hij nodig heeft?

Als ik dan nadenk over hoe dit nieuwe tijdperk er dan uit zou kunnen komen te zien dan is teamsport de metafoor die de lading het beste dekt.

Zorg en ondersteuning als teamsport

Metaforen zijn zachte manieren om harde boodschappen te verpakken, aciverend, illustratief, beelden scheppend. Ze zetten aan het denken. De functie van een metafoor is om een bepaalde waarneming te herstructureren. (Camp & Erens, 2003: 19 –22)

Zorg en ondersteuning van klanten is teamsport: een team wordt opgesteld om doelen te bereiken. De doelen van de klant, vanuit zijn of haar context opgesteld, vormen het bestaansrecht en het vertrekpunt van het team. We vertalen dit naar het eerste uitgangspunt: *Eigen verhaal en context als vertrekpunt.*

Klanten, naasten en professionals werken samen in het team, ieder vanuit eigen expertise, gebruik makend van techniek. De klant is, afhankelijk van zijn of haar wensen en mogelijkheden, coach, aanvoerder, speler of toeschouwer en kan ook veranderen van positie. Ook zorgprofessionals kunnen coach, aanvoerder, speler of toeschouwer zijn, net als naasten. Vooraf wordt een opstelling bedacht op basis van kwaliteiten, de een kan verdedigen, de ander kan aanvallen, weer een ander is een goede middenvelder. Naasten, professionals en de klant zelf krijgen als spelers een plek in de opstelling. Samenwerking is vervolgens belangrijker dan het resultaat van individuele meetbare prestaties. Iedereen levert een bijdrage aan het geheel. Er is een aanvoerder die aanwijzingen kan geven aan het team en in discussie kan gaan. We vertalen dit naar het tweede uitgangspunt: *Iedereen doet mee op zijn of haar manier.*

De coach bedenkt samen met de spelers de tactiek. De tactiek wordt goed doorge-sproken, zodat iedereen weet hoe de doelen worden bereikt en wat daar voor nodig is. Er wordt slim samengewerkt. Als de tactiek niet werkt kan de tactiek worden bijgesteld of kan er worden gewisseld van spelers. We vertalen dit naar een derde uitgangspunt: *Zorg en ondersteuning op maat*

Ten opzichte van de eerdere periodes van klant – professional relatie (van respectievelijk gelijkwaardigheid, respect, kritiek) betekent de benadering van zorg en ondersteuning als teamsport niet dat we weer terugkeren naar de periode van gelijkwaardigheid. Veel eerder gaat het om het erkennen en benutten van elkaars kennis en expertise in teamverband. Deze benadering is ook anders dan de periode ‘respect voor de arts’. Er is vanuit het erkennen van elkaars kennis en expertise namelijk veel waardering en respect voor de arts. Deze waardering is echter wederzijds: ook vanuit zorgprofessionals, onderzoekers en beleidsmakers is er waardering voor de kennis en expertise van klanten en andere burgers. De benadering is ook anders dan de kritische fase, waarin de kritiek wordt geuit en is georganiseerd op de wijze waarop de zorg vorm krijgt. Er komt een fase van mede–produceren en gezamenlijke verantwoordelijkheid, die zich dus veel meer als teamsport laat beschrijven.

In woorden van een naaste:

Ik zei tegen ze: we zijn een team. We doen het samen. Het is mijn kind. Wij ouders zijn de constante factor, maar ik kan het niet alleen. En jullie weten niet alles van hem. We hebben elkaar nodig. (Ouder van volwassen zoon met ernstig hersenletsel, klankbordgroep NAH + Kennisnetwerk juli 2020).

1.2. Uitgangspunten van het lectoraat 2020 e.v.

Voor de komende lectoraatsperiode hanteren we een aantal uitgangspunten die worden vertaald in concrete onderzoekslijnen, onderzoeksmethoden en projecten die we samen met Flevolandse en landelijke partners ondernemen.

1.2.1 Ondersteuning en zorg, klant, klantenperspectief

Binnen het lectoraat Klantenperspectief in Ondersteuning en Zorg beschouwen we zorg– en ondersteuning als een coproductie van klanten, andere burgers, professionals en technologie. Een klant van zorg en welzijn onderscheidt zich van klanten in het economisch verkeer: in het bedrijfsleven kan een klant worden gezien als een consument, een afnemer van een product of dienst. (Hellriegel & Slocum, 1993). Hierbij ontstaat een beeld van de klant als een persoon, die met een duidelijk beeld van zijn wens, naar binnen loopt bij een aanbieder van een product, dat koopt, afrekent en vervolgens tevreden naar huis gaat en het product consumeert. Om de volgende vier argumenten zullen we binnen het zorg en ondersteuningsveld het begrip ‘klant’ anders moeten definiëren.

Uit noodzaak geboren

Ten eerste ontstaat de wens bij een klant in zorg en welzijn niet doordat iemand er vanuit een positieve motivatie behoefte aan heeft, maar door (een combinatie van) fysieke, psychische

en/of sociale omstandigheden die maken dat er situatie optreedt waarin voor het prettig en goed kunnen leven, er een vorm van zorg en ondersteuning nodig is.

Niet altijd een eenduidige vraag

Ten tweede is de wens bij een klant in zorg en welzijn niet altijd vastomlijnd en helder. Al tientallen jaren hebben we het in het zorg– en welzijnsland over vraaggestuurde zorg. Een klant in zorg en welzijn heeft vooraf vaak helemaal geen duidelijke vraag of zelfs helemaal geen vraag, zoals we in de zorg voor mensen in gedwongen kader vaak tegenkomen. Vraag–gestuurde zorg vanuit het klantenperspectief vereist daarom luisteren, afstemmen en samen komen tot een afgestemd aanbod.

Indirecte betaler

Ten derde is de klant van zorg en welzijn vaak niet degene die het product direct betaalt. Zorg en ondersteuning kan veelal niet direct door de burger worden ingekocht, maar wordt bekostigd via ons ingewikkelde stelsel van zorgverzekeringsgelden en via lokale en regionaal verdeelde belastinggelden. De klant heeft hierdoor op papier keuzevrijheid, maar in de praktijk is dit vaak beperkt.

Samenspel dat draait om het leven en de visie van de klant

Ten vierde vindt zorg en ondersteuning altijd plaats in een interactie tussen een klant, omgeving, zorgprofessionals en techniek. Dit samenspel betekent dat de klant zelf een rol inneemt, die weliswaar kan verschillen per situatie maar altijd in de interactie met die klant zelf tot stand komt.

Een klant in zorg en welzijnsland zouden we kunnen herdefiniëren als iemand die genooddaakt door omstandigheden, een beroep moet doen op zorg– en ondersteuningsaanbod, waarbij de vraag en de geleverde dienst in de interactie tussen klant, zorgprofessionals, andere burgers en techniek tot stand komt op basis van diens visie en ideeën. Klantenperspectief betreft namelijk enerzijds de visie en ideeën van klanten op de ondersteuning en zorg (NP/CF, 2000 en Baart, 1999 in Verkooijen, 2010), anderzijds de positie die de klant inneemt in het samenspel van zorg en ondersteuningsaanbod.

1.2.2 Eigen verhaal en context als vertrekpunt

De verhalen van klanten in hun context vormen het vertrekpunt voor ons onderzoek. Van belang daarbij is de erkenning dat alle mensen op een oneindig aantal punten van elkaar verschillen: iedereen heeft zijn of haar eigen verhaal, dat zich afspeelt in specifieke contexten. Uitgangspunt van het onderzoek vormt het eigen verhaal en de context waarin een zorgvrager (klant) zich bevindt. De verhalen vormen het uitgangspunt voor het vormgeven van de zorg en ondersteuning. Binnen het lectoraat worden verhalen en zienswijzen

van klanten in woord en beeld gebracht en vertaald naar het realiseren van zorg en ondersteuning op maat.

1.2.3 Iedereen doet mee op zijn of haar manier

Die zorg en ondersteuning vindt altijd plaats in de context van een samenleving, een omgeving waarin een klant als burger participeert. Zorg en ondersteuning is gericht op het ondersteunen van de verschillende rollen die iemand in de samenleving inneemt: als ouder, kind, werknemer, vrijwilliger, buur, vriend, bewoner. Daarbij zou de aandacht van zorg en ondersteuning niet alleen uit moeten gaan naar de klant zelf, maar ook naar zijn omgeving en de wijze waarop die inclusief kan worden ingericht.

In een inclusieve samenleving is er een vanzelfsprekende plek voor iedereen, ongeacht mogelijkheden en beperkingen. Iedereen hoort er bij en ervaart dat ook zo. Er zijn geen obstakels om mee te doen (definitie Scholten & Schuurman, 2015). Deze definitie van inclusie impliceert dat de samenleving als geheel een taak heeft in het realiseren van een situatie van inclusie: iedereen doet mee op zijn of haar manier, waarbij er plek is voor diversiteit op een oneindig aantal terreinen. Participatie is een ander woord voor meedoen aan het maatschappelijke leven. Er kunnen veel verschillende vormen van participatie worden onderscheiden, zoals bijvoorbeeld

- Arbeidsparticipatie (deelname aan het arbeidsproces).
- Maatschappelijke participatie (deelnemen aan verschillende sociale verbanden in de samenleving).
- Politieke participatie (het realiseren van invloed op politieke besluitvorming, bijvoorbeeld door middel van formele inspraak en verkiezingen).
- Cliëntenparticipatie (het realiseren van inspraak van cliënten in de zorg) (Putters, 2014).

Inclusie is één van de doelen uit de strategische koers van Windesheim. Eén van de onderzoekslijnen van het lectoraat is gericht op het thema inclusie. We doen daarin onderzoek naar de rol van zorg en ondersteuning in inclusievraagstukken. Ook onderzoeken we de wijze waarop inclusief taalgebruik vorm kan krijgen. Vraagstukken waar we onderzoek naar doen zijn bijvoorbeeld: Wat hebben mensen met een beperking nodig om deel te nemen aan de arbeidsmarkt? Wat is inclusief taalgebruik, hoe stem je taal af op mensen met verschillende taalvermogens? Wat hebben jongeren die uit de residentiële jeugdzorg vertrekken nodig om weer deel te nemen in de samenleving (maatschappelijke participatie)?



In een inclusieve samenleving is er een vanzelfsprekende plek voor iedereen, ongeacht mogelijkheden en beperkingen. Iedereen hoort erbij en ervaart dat ook zo. Er zijn geen obstakels om mee te doen.

1.2.4 Zorg en ondersteuning op maat

Zorg en ondersteuning kunnen een rol spelen bij het realiseren van die inclusieve samenleving. Dat vraagt wel van de inrichting van zorg en ondersteuning dat niet alleen het individu, maar ook de omgeving waarin mensen met zorg- en ondersteuningsvragen zich bevinden mee worden genomen in de doelen waar de zorg en ondersteuning zich op richt. We vertalen de uitkomsten van ons onderzoek naar het bieden van zorg en ondersteuning op maat. We gaan ervan uit dat die zorg en ondersteuning door een samenspel van allerlei partners en mogelijkheden ontstaat: organisaties, professionals, burgers zelf en technologische mogelijkheden worden hierbij gecombineerd. We ontwikkelen, leren en onderzoeken vraagstukken die gaan over dit samenspel, vanuit concepten als 'zorglogistiek', 'gedeelde besluitvorming', 'burgerinitiatieven' en 'gebruikersperspectieven op technologische innovaties in de zorg'. Ook hierbij gaan we uit van het principe van individuele diversiteit: Elke klant is op een oneindig aantal manieren verschillend van elke andere klant. Dit betekent dat een hulpverlener altijd en bij elke klant opnieuw zijn uiterste best doet om de persoon die hij/zij tegenover zich heeft te leren kennen en in de interactie met die klant de vraag en uitvoering van de zorg op maat te optimaliseren.

1.3 Vraagstellingen

Overall doel is met de activiteiten van het lectoraat een bijdrage te leveren aan kennisontwikkeling in de regio gericht op het realiseren van een inclusieve samenleving en de wijze waarop zorg en ondersteuning hier een bijdrage aan kunnen leveren. Vraagstelling van de komende lectoraatsperiode is:

Welke wensen en behoeften hebben klanten ten aanzien van de duurzame vormgeving van een inclusieve samenleving en een daarbij passend zorg en ondersteuningsaanbod?

1. Wat is er vanuit klantenperspectief nodig om een inclusieve samenleving vorm te geven?
(Onderzoekslijn Inclusie)
2. Op welke manier kan de positie van klanten verder worden vormgegeven en verstevigd?
(Onderzoekslijn Familie en Veerkracht)
3. Welke behoeften en wensen hebben klanten ten aanzien van zorg en ondersteuning, vormgegeven als het samenspel van burgers, zorgprofessionals en techniek? Hoe kunnen deze behoeften en wensen als uitgangspunt worden genomen voor het vormgeven van ondersteuning en zorg op maat?
(Onderzoekslijn zorglogistiek; Onderzoekslijn Nah-zorg op maat)
4. Welke good practices zijn er in de samenleving waarin zorg en ondersteuning als team-sport al in de praktijk wordt gebracht?
(Onderzoekslijn Stad met mogelijkheden)



Hoofdstuk 2

Congruentie uitgangspunten en methode

Bij uitgangspunten als 'iedereen doet mee op zijn of haar manier' en 'eigen verhaal en context als vertrekpunt' passen onderzoeksmethoden die dit meedoen zelf in de praktijk brengen en die ruimte bieden aan het verhaal in allerlei verschillende vormen.

2.1 Kwalitatieve onderzoeksmethoden, interpretatief paradigma

Wanneer we in de sociale wetenschappen spreken over perspectieven, gaat het over zienswijzen, ideeën en waarden van waaruit iemand kijkt naar een bepaald fenomeen. Het wetenschappelijke paradigma dat daarbij hoort is het interpretatieve paradigma, dat er vanuit gaat dat verschillende betrokkenen allemaal vanuit hun eigen perspectief naar een situatie kunnen kijken, en dat het bestuderen van de verschillende perspectieven uiteindelijk zorgt dat je tot de beschrijving van een werkelijkheid kunt komen (Boeije, 2016). Onderzoeksmethoden die hierbij passen zijn kwalitatieve onderzoeksmethoden als interviews en focusgroepen.

2.2 Arts Based Research

In het onderzoek worden onderzoeksmethoden toegepast waarbij het eigen verhaal en de context van de burger maximaal tot hun recht kunnen komen. Dit kan door middel van verhalen (narratief onderzoek), maar ook met behulp van Arts Based Research, met kunstvormen als foto, film, tekeningen, muziek, dans, theater, of andere manieren (Leavy, 2015; Van der Vaart, van Hoven en Huigen, 2018; Greenwood, 2019; Van Heijst, de Vos, en Keinemans, 2019).

2.3 Samenwerken met ervaringsdeskundigen in onderzoek, participatief paradigma

De betrokkenheid van klanten in het onderzoek kan nog een stap verder worden uitgebreid door ook de samenwerking met hen te zoeken in het uitvoeren van onderzoek. Een hierbij

aansluitende onderzoeksmethode is de onderzoeksmethode participatief onderzoek. Het betrekken van klanten in het doen van onderzoek en beleidsvorming, met het oog op het gezamenlijk vormgeven van kennis. De onderzoeksmethoden die hierbij passen vinden hun oorsprong in het participatieve onderzoeksparadigma (Heron & Reason, 1997), er wordt bijvoorbeeld samen met ervaringsdeskundigen onderzoek gedaan.

2.4 Action learning

Omdat we altijd streven naar verbinding van onderzoek met leren in de praktijk hebben kenniskringleden zich gespecialiseerd in de methode van action learning: onderzoek en leren vormen hierbij een proces waar iedereen (onderzoeker, docenten, studenten, professionals, bestuurders, burgers) aan deelneemt (Revans, 2011). Action learning vindt plaats in de praktijk en gaat er van uit dat professionals, burgers en beleidsmakers zelf een belangrijke rol spelen in het vergaren van kennis over nieuwe praktijken. Een nauwe samenwerking tussen onderzoekers en professionals levert daarbij informatie op die alle betrokkenen ten goede komt. Bij actieleren geven onderzoekers en stakeholders het leerproces gezamenlijk vorm en voeren de praktijkverbetering ook gezamenlijk uit. Ze komen regelmatig bijeen om te reflecteren op de stand van het leerproces en op de acties die daaruit voortvloeien (Skipton Leonard & Marquardt; 2010).

De onderliggende theorie hierachter is dat in een proces van democratische kennisontwikkeling (=iedereen doet mee) mensen met elkaar betekenis verlenen aan een situatie waardoor zij zowel individueel en als groep groeien. Onderzoek is daarbij de handeling waardoor dit groeiproces plaatsvindt (zie ook het raamwerk dat ik eerder uitwerkte op basis van de werken van John Dewey, zie kader).

Uit: Jurrius, K. (2013). *Uit de spagaat! Naar een kwaliteitsraamwerk voor participatief jongerenonderzoek*. Amsterdam: Ipskamp Drukkers B.V.

Dewey* benadert onderzoek niet vanuit een kennistheoretisch perspectief maar vanuit een handelingstheoretisch perspectief. Hij gebruikt de term 'onderzoek' wel, maar reconstrueert de betekenis van het begrip, en komt tot de volgende definitie:

"[Inquiry is] the controlled or directed transformation of an indeterminate situation into one that is so determinate in its constituent distinctions and relations as to convert the elements of the original situation in a unified whole." (Dewey, 1938, LW12:112).

Dewey ziet onderzoek als een handeling waarmee mensen een situatie oplossen die zij als problematisch ervaren. De beste manier om tot die oplossing te komen, is volgens Dewey de wetenschappelijke methode, die hij meerdere keren in zijn werk beschrijft met een stappenmodel (Dewey, 1910, MW6; 1916, MW9; 1933, LW8:105-352; 1938, LW12).

1. Ervaren van probleem
2. Definiëren van probleem
3. Mogelijke oplossingen formuleren
4. Beredeneren/doordenken van de oplossing
5. Testen van de oplossing

Bij het definiëren van het probleem en het suggereren van oplossingen werken mensen samen om de problematische situatie te begrijpen. Dit doen zij door samen op zoek te gaan naar de betekenis van de situatie. Betekenis is in Deweys werk een belangrijk begrip. In zijn opvattingen zorgt het toekennen van betekenis aan een situatie voor 'groei': mensen zijn hierdoor in staat om een situatie te begrijpen en kunnen daardoor tot oplossingen komen (Dewey, 1916, MW9:146).

Om tot gezamenlijke groei te kunnen komen, is het volgens Dewey nodig dat er sprake is van 'democratische kennisontwikkeling'. Dat wil zeggen dat zoveel mogelijk mensen in de gelegenheid worden gesteld om door middel van onderzoek oplossingen te suggereren (vrijheid van onderzoek) en kennis te nemen van onderzoeksresultaten (vrijheid van distributie van onderzoeksresultaten). Dat mensen hun ideeën over een situatie delen is belangrijk, omdat hierdoor nieuwe gezamenlijke kennis kan ontstaan (Dewey, 1927, LW2:339; cf. Logister 2004: 263).

Kennis betekent in een handelingstheoretisch perspectief dat oplossingsrichtingen voor een problematische situatie duidelijk worden. De kennis die ontstaat is voorlopig: Dewey gebruikt de term '*warranted assertion*' om aan te geven dat het onderzoek tot voorlopige zekerheden leidt, omdat de situatie is gestabiliseerd tot dat een nieuwe problematische situatie wordt ervaren (Dewey, 1938, LW12:12).

*Verwezen wordt naar het verzamelwerk uitgegeven door Southern Illinois University Press. De uitgave bestaat uit 37 delen die zijn ingedeeld in *The Early Works of John Dewey (EW)* (1882-1898); *The Middle Works of John Dewey (MW)* (1899-1924); en *The Later Works of John Dewey (LW)* (1925- 1953).



Hoofdstuk 3

Programmering

3.1. Flevolandse context

Flevoland is een provincie met een relatief korte, maar daardoor ook hele interessante geschiedenis. Flevoland heeft op dit moment 416.431 inwoners. De helft hiervan woont in Almere. De bevolking van Flevoland is initiatiefrijk en energiek. Pioniers, forensen, landbouwers, vissers, stedelingen: allemaal mensen die gewoon een goed leven willen leiden. Flevoland heeft in de afgelopen decennia iedereen verwelkomd en dit heeft geresulteerd in een innovatieve, diverse bevolking. Hieronder ga ik in op uitdagingen waar mensen in Flevoland zoal mee kampen (GGD Flevoland, 2020).

Meer mensen zijn gescheiden

Zo zijn er meer mensen dan landelijk gemiddeld gescheiden (8,3% in Flevoland ten opzichte van 7,7% landelijk. (GGD Flevoland, 2020). Jeugdigen na scheiding hebben in vergelijking met jeugdigen uit intacte gezinnen twee keer zo veel problemen, op emotioneel gebied, met gedrag, op sociaal gebied, met school en lichamelijk. Onder jongeren met grote problemen komen veel jeugdigen voor met gescheiden ouders (Van der Valk e.a., 2020).

Meer kinderen leven in een eenoudergezin

In Flevoland is 10% van de inwoners een eenoudergezin; (hoger dan het landelijk gemiddelde van 7,3%). Voor een deel van de gezinnen veroorzaakt een ongunstige financiële situatie lagere ontwikkelingskansen voor de kinderen in het gezin. (Brakel en Lok, 2009).

Jeugdzorggebruik ligt op een aantal punten hoger dan in de rest van het land

In Almere, Lelystad en Dronten krijgen tussen de 8 en 10% van de kinderen en jongeren een of andere vorm van jeugdhulp. In Lelystad heeft 1,5% van de kinderen en jongeren te maken met een jeugdbeschermingsmaatregel; vergelijkbaar met percentages in Rotterdam en Oost-Groningen. (CBS, 2018).

Meer mensen laaggeletterd

In Flevoland wordt geschat dat meer dan 16% van de bevolking laaggeletterd is. Dat is hoger dan alle andere provincies in Nederland (Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt, 2016). Deze geletterdheid heeft betrekking op lezen en schrijven, van zowel informatie op

schrift als digitale informatie, ook als het gaat om informatie die betrekking heeft op de gezondheid. Het begrip gezondheidsvaardigheden heeft betrekking op de vaardigheden van personen om informatie over gezondheid te verkrijgen, begrijpen, beoordelen en te gebruiken bij het nemen van beslissingen. De mate van geletterdheid kan hier een rol in spelen. (Nutbeam, 2000). In Flevoland is daarom provinciaal beleid ingezet om gezondheidsvaardigheden van de bevolking te vergroten.

Aantal ouderen nu nog relatief laag, maar dit verandert heel snel

De bevolkingssamenstelling van Flevoland is zeer divers, waarbij leeftijd en culturele diversiteit het meest opvallend zijn. Als gevolg van de vergrijzing neemt de grijze druk, de verhouding tussen het aantal jonge mensen en oude mensen, in Flevoland toe. Hoewel deze in het komende decennium nog wat lager ligt dan in de rest van Nederland, loopt de grijze druk in 2040 op tot 47%. Dit heeft gevolgen voor de zorg, zeker als het beleid er op gericht is dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig wonen en zelfredzaam zijn (GGD Flevoland, 2020). Ouderenzorg kent in vergelijking met de rest van Nederland geen lange geschiedenis in Flevoland, de zorginfrastructuur moet nog (verder) worden opgebouwd.

Grote culturele diversiteit

In Flevoland (m.n. Almere en Lelystad) leven, in vergelijking met de rest van Nederland, meer mensen met een migratieachtergrond (30,8% in Flevoland; 23,2% in Nederland). De gezondheidstoestand is gemiddeld genomen minder goed dan de gezondheidstoestand van autochtone Nederlanders, zo komen depressies, angststoornissen, diabetes en hart- en vaatziekten meer voor (GGD Flevoland, 2020).

Een en ander betekent dat zorg en ondersteuning in Flevoland de komende decennia blijvend stevige aandacht zal krijgen. Inclusie vormt daarbij in de regio een centraal begrip. De Provincie Flevoland heeft een langlopend programma Krachtige Samenleving gericht op het terugdringen van armoede en het bevorderen van gezondheid. In een toekomstverkenning met de directie sociaal domein van de gemeente Almere waarin het lectoraat adviseerde werd gesteld: “Als provincie en stad zijn we (of willen we) extreem goed (worden) in het includeren van iedereen – ook als degene een beperking heeft of zich in een minder gunstige situatie bevindt.” De provincie heeft stevige groeiambities. Almere zal tot 2050 groeien tot een stad van 287000 inwoners (Gemeente Almere, 2020).

Bovenstaande landelijke en regionale contexten legitimeren ook in de komende jaren een sterk lectoraat op het gebied van zorg en welzijn in Flevoland dat klantenperspectief hoog in het vaandel heeft staan.

3.2. Onderzoekslijnen

Binnen een onderzoekslijn van het lectoraat stuurt een senior onderzoeker op inhoudelijke verbinding van de kennisuitkomsten uit een of meerdere projecten. Het lectoraat kent de volgende onderzoekslijnen:

3.2.1 Onderzoekslijn Inclusie

(Jeanet van de Korput): Mensen die tijdelijk of langdurig een beroep doen op zorg en ondersteuning ervaren vaak drempels in de samenleving. Daardoor zijn universele waarden, zoals meedoen, meetellen en meebeslissen, voor hen minder vanzelfsprekend. Het onderzoeksthema Inclusie doet praktijkgericht onderzoek vanuit en over hun perspectief.

We zien inclusie als: een proces van toenemende deelname van elk individu, ongeacht leeftijd, sekse, de sociaal-culturele achtergrond, etniciteit, talenten en mogelijkheden. Dit proces leidt tot gelijkwaardige kansen en bovendien tot uitoefenen van invloed op de verschillende terreinen van de samenleving. We richten ons op een toegankelijke samenleving voor en met mensen met een ziekte of beperking en voor en met mensen die bijvoorbeeld door (leeftijd) discriminatie beperkt worden in het deelnemen aan de samenleving.

We onderzoeken vragen als: Hoe zorg je ervoor dat iedereen die een beroep doet op de zorg of ondersteuning, mee kan (blijven) doen, mee kan tellen en –beslissen in de maatschappij? Hoe kunnen ervaringsdeskundigen invloed hebben op de kwaliteit van diensten? Hoe bevorder je eigen regievoering door klanten, in samenhang met hun netwerk? Al deze vragen zijn belangrijk om de juiste zorg op het juiste moment te kunnen bieden. We richten ons op activiteiten rond drie thema's:

- Basiszekerheid, zoals arbeid en inkomen, zijn (voor zover mogelijk) onderdeel van ieders leven.
- Mensen met een verstandelijke of fysieke beperking hebben gelijkwaardige kansen en kunnen invloed uitoefenen.
- Positieve overdracht tussen generaties in relatie tot kinderen en gezinnen die opgroeien in armoede.

3.2.2 Onderzoekslijn Zorglogistiek

(Nicole de Boer): Zorglogistiek richt zich op praktijkgericht onderzoek en onderwijs op het gebied van zorglogistieke bedrijfsvoering vanuit klantperspectief. Onder zorglogistiek verstaan we het leveren van de juiste zorg, met de juiste dingen, op het juiste moment, op de juiste plaats, door de juiste zorgverlener in de juiste hoeveelheden tegen optimale kosten. Het doel is een bijdrage te leveren aan het beheersen van behandel-, zorg-, en ondersteuningsprocessen en de daarmee verbonden inzet van medewerkers, informatie- en goederen-

stromen. Zodat tegen optimale kosten aan de wensen van de cliënten/patiënten kan worden voldaan. Vanuit het onderzoeksthema doen we praktijkgericht onderzoek, bijvoorbeeld naar een optimale match tussen vraag en aanbod, en naar de inzet van capaciteit met behulp van werkprocesanalyse en verspillingenanalyse. Belangrijk vraagstuk is: *Hoe kunnen zorg- en welzijnsprocessen zo worden ingericht, dat de juiste zorg, met de juiste middelen, op het juiste moment, op de juiste plek, door de juiste zorgverlener, in de juiste hoeveelheid tegen optimale kosten kan worden geboden?*

Ook ontwikkelen we onderwijs, we bieden onder andere cursussen aan, zoals de basiscursus zorglogistiek. Hierin verbinden we methoden en technieken uit Operations Management (OM) met inzichten uit onderzoek op het gebied van 'Klantenperspectief' en input vanuit de praktijk, bijvoorbeeld met een customer journey.

3.2.3 Onderzoekslijn Niet-aangeboren hersenletsel (NAH)– zorg op maat

(Mireille Donkervoort): Binnen de onderzoekslijn NAH – zorg op maat wordt onderzoek gedaan naar *Hoe kan de zorg voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel in de chronische fase optimaal worden ingericht?*

Ongeveer 650.000 mensen in Nederland hebben te maken met niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Het hersenletsel kan gevolgen hebben voor alle aspecten van het dagelijks leven. Het onderzoeksthema NAH Zorg op maat richt zich op onderzoek naar de zorg voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel in de chronische fase én hun naasten. Dit doen we samen met de zorgpraktijk. De invloed van cliënten in de zorg en het versterken van participatie staan centraal. Vanuit de onderzoekslijn wordt het NAH Kennisnetwerk Gewoon Bijzonder gecoördineerd, waarin verschillende kennisinstituten samenwerken met de zorgpraktijk. Vanuit dit netwerk onderzoeken we de maatschappelijke participatie van mensen met niet-aangeboren hersenletsel in verschillende participatiedomein zoals arbeid, educatie en vrije tijd. Tevens wordt vanuit de onderzoekslijn de basis gelegd voor de inrichting van de Expertisecentra en Regionale zorgcentra voor mensen met een complex hersenletsel.

3.2.4 Onderzoekslijn Familie en veerkracht (associate lectoraat)

(Charlotte Vissenberg): Uit eerdere projecten van het lectoraat blijkt dat het inspielen op familie-veerkracht belangrijk is bij de ondersteuning van gezinnen met meervoudige en complexe problemen. Familie-veerkracht is altijd aanwezig, het is de taak van de professional om hierop aan te sluiten (zie ook het menselijk handelen in het ICF model) en niet onnodig eigen regie weg te nemen. Gezamenlijke besluitvorming staat hierbij centraal. Doel is het bevorderen van gelijke kansen van jeugdigen en ouders in families met meervoudige en complexe problemen op (naar eigen wens) participeren in de maatschappij door het faciliteren van praktijkleren door professionals en docenten. Subdoelen van het associate lectoraat zijn:

1. (Toekomstige) professionals handelen met het investeren in de veerkracht van jeugdigen en hun familie als uitgangspunt van hulp en ondersteuning.
2. Het bevorderen van gezamenlijke besluitvorming met jeugdigen en hun families in complexe zorgsituaties.
3. Het organiseren van goed functionerende organisatienetwerken rondom families met meervoudige en complexe problemen.
4. Het door middel van actieleren met docenten nog meer laten aansluiten van het curriculum Social Work op recente ontwikkelingen in het werkveld zodat toekomstige professionals goed voorbereid het werkveld betreden.

3.2.5 Onderzoekslijn Stad met mogelijkheden

Op dit moment is de onderzoekslijn Stad met mogelijkheden nog in ontwikkeling. Veel mensen hebben te maken met chronische beperkingen als gevolg van een ziekte of door ouderdom. De onderzoekslijn Stad met mogelijkheden wordt ingericht om onderzoek te kunnen doen naar de wijze waarop stedelijke ontwikkeling kan worden vormgegeven zo, dat mensen met een beperking optimaal deel kunnen nemen in de samenleving. Projecten die zich richten op een toekomstbestendige inrichting van zorg en ondersteuningsbeleid van ouderen in Lelystad en Almere zullen hier bijvoorbeeld een plek in krijgen.



De stad vormt een bijzondere context voor het vormgeven van ondersteuning en zorg. Familiale banden en netwerken zijn niet altijd vanzelfsprekend. Bij een toename van het aantal ouderen moeten nieuwe vormen van zorg en ondersteuning worden gevonden.

3.3. Projecten

De activiteiten van het lectoraat worden uitgevoerd in de vorm van projecten. Deze projecten kunnen voeding geven aan één of meerdere onderzoekslijnen. Er lopen circa 20 projecten gelijktijdig. Onderstaande selectie betreft grotere projecten die de wijze waarop we de uitgangspunten, methodologie en onderzoekslijn operationaliseren illustreren.

3.3.1 Gewoon weer meedoen

‘Gewoon weer meedoen’ is een actieleertraject waarbij justitiële jeugdinrichtingen en jeugdzorgorganisaties het uitstroomtraject van jongeren in de samenleving verbeteren. Het is een vervolg op het project ‘Leer mij kennen’, dat de afgelopen jaren werd uitgevoerd door Natasja Hornby. Jongeren die uitstroomden werden 2 jaar lang gevolgd met interviews en app contact. Dit leverde een film op waarin jongeren vertellen over waar zij tegen aan lopen en een app (B-Ready) die jongeren kunnen gebruiken wanneer zij de instelling verlaten en het allemaal weer zelf moeten gaan regelen. In ‘Gewoon weer meedoen’ werken we samen met de minor forensisch social work van de opleiding social work, de academische werkplaats risicojeugd, justitiële jeugdinrichtingen en ervaringsdeskundige jongeren. Het project wordt gefinancierd door Fonds Nuts Ohra.

Die naar mij op zoek zijn en die wachten totdat ik buiten kom, dus gaat het sowieso niet makkelijk worden. Ik weet gewoon dat er wijken zijn waar ik niet moet rond gaan lopen’.

(Jongere voor verlaten residentiële instelling)

Uit: Onderzoek Leer mij kennen — Natasja Hornby, 2019

3.3.2 Flevo Academie Jeugd

In de Flevo Academie Jeugd worden actieleertrajecten en lezingen gecombineerd voor alle professionals die in het veld van jeugdzorg werken in de zes gemeenten van Flevoland. Met de Flevo Academie is een leergemeenschap gecreëerd waarin zorgprofessionals, onderzoekers en beleidsmakers samen leren over onderwerpen als verklarende analyse, ambulante ondersteuning en culturele sensitiviteit. Binnen de Flevo Academie Jeugd worden lezingen georganiseerd, die tijdens de coronamaatregelen digitaal doorgingen. In de Flevo Academie Jeugd wordt samengewerkt met jongeren van Expex Flevoland: ervaringsdeskundige jongeren die hun ervaringen delen met professionals, begeleid door CMO. De Flevo Academie Jeugd wordt mogelijk gemaakt door de jeugdzorgorganisaties en de Flevolandse gemeenten, en maakt deel uit van de Werkplaats Sociaal Domein Flevoland. Charlotte Vissenberg en Renate Werkman trekken de kar, met medewerking van Lieske Carriere, Jacqueline Schoones, en Monique Evink.

Laurens is 14 jaar en woont sinds hij negen jaar is in een gezinshuis. Dit ging goed, totdat hij steeds meer gedragsproblemen liet zien zoals woede aanvallen en het kapot maken van dingen in huis. Laurens gaf zelf aan niet meer in het gezinshuis te willen wonen en geen behandeling te willen volgen. Daarom is hij in de 24-uurszorg geplaatst. In zijn dossier is geen analyse te vinden van datgene dat er gebeurd is in het gezinshuis. Het is onbekend wat er precies is gebeurd, waar Laurens zijn gedrag vandaan komt en wat de hulpvraag precies is. Laurens zit in een 24-uurs behandelgroep terwijl hij geen behandeling wil volgen en het niet duidelijk is wat zijn hulpvraag is. Het is onbekend wat er nu moet gebeuren, terwijl de gedragsdeskundigen en groepsleiders erover eens zijn dat blijven op de groep niet helpend is.

Casus uit: Vissenberg, C. en Jurrius, K. (2016). *Action learning — uitstroom 24-uurszorg. Een onderzoek naar bevorderende en belemmerende factoren bij de instroom en doorstroom van jongeren in de 24-uurszorg*. Almere: Windesheim.

3.3.3 Regionale kenniswerkplaats jeugd

In de Regionale Kenniswerkplaats Jeugd Flevoland starten we in september met een vierjarig platform gericht op preventie. Samen met JGZ, GGD Flevoland, jeugdzorgorganisaties en de Flevolandse gemeenten worden drie projecten ondernomen: Een actieleertraject naar het verbeteren van de ondersteuning van de eerste 1000 dagen van een kind (kansrijke start); een participatief onderzoek met jongeren naar hun wensen en behoeften ten aanzien van opgroeien in Flevolandse gemeenten; en een onderzoek naar de zorg voor gezinnen met een complexe hulpvraag. De werkplaats wordt gefinancierd door Zonmw. Pamela Jakobs bereidt haar promotieonderzoek voor binnen de context van de werkplaats onder begeleiding van het lectoraat en de Rijksuniversiteit Groningen. Ook in dit project zullen we samenwerken met studenten van social work, zoals ook eerder in het project ‘Maatschappelijke diensttijd voor jongeren’.

We zagen dat de meeste coaches (de studenten van Hogeschool Windesheim) goed pasten bij de leerlingen en dat er sprake was van een gelijkwaardige relatie tussen de leerlingen en de studenten. Aanvankelijk vonden wij het spannend of de leerlingen van Learn2Work de studenten zouden toelaten, maar al snel bleek dat de leerlingen en de studenten een positieve uitwerking op elkaar hadden en van elkaar leerden. De coaches hadden een positieve houding en dat namen de leerlingen over. Op momenten dat leerlingen van Learn2Work het moeilijk vonden om de eerste stap te nemen, bood de coach ondersteuning. Dit zorgde voor versterking. (Begeleider Learn to work)

Uit: Jakobs, P. Safradin, B. en Jurrius, K. (2020). *Een betere vibe! Geleerde lessen en ervaringen van jongeren en begeleiders over jongerenparticipatie, op basis van de Maatschappelijke Diensttijd proeftuin 'Maatschappelijke Ervaringstijd' in Almere.* Almere: Windesheim.

3.3.4 Eigen plan en samenwerken met ervaringsdeskundigen

De gemeente Almere is opdrachtgever voor een traject waarin we samenwerking met ervaringsdeskundigen concreet maken. In Almere zijn in het kader van Onafhankelijke Cliëntondersteuning in de afgelopen jaren tientallen ervaringsdeskundigen opgeleid om andere mensen te ondersteunen bij het proces van de toegang. Als mensen met een ondersteuningsvraag bijvoorbeeld aankloppen bij de WMO, dan kunnen zij door iemand worden bijgestaan die eenzelfde traject ook al eens heeft doorlopen en zich kan verplaatsen in de vragen en problemen waar iemand met een vergelijkbare beperking tegen aan loopt. Het verkrijgen van zorg kan ook door het vormgeven van een eigen plan, waarmee een burger zijn of haar eigen ideeën over de wijze waarop de ondersteuning zou moeten worden ingericht opstelt. We verzamelen goede voorbeelden van samenwerking tussen professionals en burgers, nemen deel in de landelijke werkgroep van de werkplaats sociaal domein over ervaringsdeskundigheid (zie bijvoorbeeld mijn blog dat naar aanleiding hiervan verscheen, zie kader) en Quinta Ansem bundelt de lessen in een lectoraatspublicatie over ervaringsdeskundigheid.

Blog juli 2020 in het kader van Werkplaatsen Sociaal Domein

Zes valkuilen in het nadenken over ervaringsdeskundigheid

Samenwerken met ervaringsdeskundigen heeft de afgelopen decennia een vlucht genomen. Iets wat ik alleen maar kan toejuichen. Na een leuke inhoudelijke verdieping met de werkgroep Ervaringsdeskundigheid van de Werkplaatsen Sociaal Domein dacht ik, ik ga mijn gedachten delen. Het valt me namelijk op dat de referentiekaders van waaruit we over ervaringsdeskundigheid met elkaar spreken, nogal kunnen verschillen. Daarom een blog met zes valkuilen bij het nadenken over ervaringsdeskundigheid.

Valkuil 1: Niet specifiek maken over welke context het gaat

Ervaringsdeskundigheid kan in allerlei verschillende contexten worden benut: denk bijvoorbeeld aan de samenwerking met ervaringsdeskundigen in beleidsvorming, in onderzoek, in de zorg- of hulpverlening, in maatjesprojecten of in onderwijs. In de praktijk wordt vaak los van de context over de kwaliteit en de invulling van ervaringsdeskundigheid gesproken, terwijl elke context weer andere invullingen en randvoorwaarden vraagt.

Valkuil 2: Voorbijgaan aan diversiteit in ervaringsdeskundigheid

Naast een diversiteit aan contexten, bestaat er ook nog een grote diversiteit aan ervaringsdeskundigheid en potenties om deze in te zetten voor het 'nut van het algemeen'. Ik zou er voor willen pleiten dat de vraag 'wie ben je, waar liggen je talenten en wat zou je kunnen of willen betekenen?' weer de startvraag wordt van het inrichten van ervaringsdeskundigheid.

Valkuil 3: Ervaringsdeskundigen in een structuur passen in plaats van structuur aanpassen op ervaringsdeskundigheid

In veel samenwerkingstrajecten met ervaringsdeskundigen wordt een structuur bedacht waarin ervaringsdeskundigen een rol in nemen. Vervolgens worden ervaringsdeskundigen gezocht die bij deze rol en invulling passen. Ik zou een pleidooi willen houden voor het aanpassen van structuren op de (diversiteit aan) ervaringsdeskundigheid die er is. Dat we weer gaan nadenken over hoe we mensen met ervaringsdeskundigheid op verschillende manieren ten gunste van de samenleving kunnen inzetten. Op welke wijze kunnen we bij de ontwikkeling van beleid, onderzoek, onderwijs of zorg een plek bieden aan mensen die daar vanuit ervaringsdeskundigheid een bijdrage aan willen leveren?

Valkuil 4: Over het hoofd zien van het uitsluitingsmechanisme dat gepaard gaat met de geforceerde scheiding tussen ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid

Ik word op veel plekken door professionals én ervaringsdeskundigen erop gewezen dat er een verschil is tussen ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid. Dit verschil helpt zowel professionals als ervaringsdeskundigen zelf blijkbaar om een onderscheid te maken tussen mensen die wel, en die niet binnen het professionele circuit hun ervaring kunnen benutten. Ik vraag me al geruime tijd af voor wie dit onderscheid nu precies zo belangrijk is, en wat het effect ervan is. De toelichting die vaak volgt is dat mensen met ervaringskennis ervaring hebben, maar dat je pas deskundigheid hebt als je die ervaring kan overstijgen. De samenwerking met vele ervaringsdeskundigen met en zonder opleiding op allerlei manieren, heeft ertoe geleid dat ik het onderscheid niet zo zinvol vind. Heel veel mensen waar ik mee samenwerk, zitten midden in hun ervaringen, doen elke dag nieuwe ervaringen op, willen die soms delen, en soms niet. Kunnen soms overstijgen. En soms ook niet. Huilen soms op bijeenkomsten. Zijn deskundige op het ervaren. Waar ik dat niet ben. Ik kan weer een beetje schrijven, een beetje onderzoek doen. Maar dat lukt dan weer niet zonder ervaringsdeskundigen die meedenken en voeden waar de vragen over moeten gaan, koers mee bepalen, mee uitvoeren, kennis verspreiden. In sommige contexten is het onderscheid misschien zinvol, maar in sommige ook niet.

Valkuil 5: Onderzoek willen doen naar de impact/opbrengst van ervaringsdeskundigheid zonder recht te doen aan een fundamenteel ethisch principe dat eraan ten grondslag ligt

Toen ik begon met werken, moesten we op veel plekken nog mensen overtuigen dat het heel waardevol was om samen te werken met ervaringsdeskundigen. Dat het realiseren van betekenisvolle inspraak en participatiemogelijkheden van belang was voor de kwaliteit van interventies, beleid, onderwijs en/of zorg. Tegenwoordig hoeven we niet meer zo vaak te pleiten voor het belang, maar wordt er nog wel de vraag gesteld: wat levert het dan op, kunnen we dat ook onderzoeken? Op zich ben ik geen tegenstander van het stellen van dergelijke vragen, alleen zou ik daarbij wel willen vertrekken vanuit het fundamentele uitgangspunt dat je als democratische samenleving die samenwerking als waarde in zichzelf belangrijk vindt; dat dat niet meteen tot allerlei uitkomsten hoeft te leiden; maar dat het samenwerken in zichzelf een kernwaarde is die je zo belangrijk vindt, dat we daar met elkaar vorm aan weten te geven.

Valkuil 6: Denken dat elke ervaringsdeskundige een opleiding moet volgen om ervaringsdeskundige te worden

Opleiding en scholing kunnen heel zinvol zijn voor ervaringsdeskundigen. Het kan helpen om de context waarin zij zich begeven beter te begrijpen. De samenwerking makkelijker te maken. Een brugfunctie te vervullen tussen peers en maatschappelijke systemen. Een pleidooi voor het scholen van ervaringsdeskundigen kan echter niet los van de context gevoerd worden en zou eerder moeten gaan over: welke vragen en opleidingsbehoeften heeft een ervaringsdeskundige om zijn of haar rol goed uit te kunnen voeren? In plaats van stellen dat iemand een opleiding nodig heeft om zichzelf ervaringsdeskundige te noemen.

Hoe nu ervoor zorgen dat we niet in deze valkuilen stappen? Het is net als bij echte valkuilen: het begint bij bewustwording dat er valkuilen in de weg zitten. Dan kun je ernaar kijken, er omheen rijden, er grond instoppen of er planken overheen leggen. Er zijn goede ontwikkelingen gaande! Weten dat er valkuilen zijn helpt de kwaliteit van het vervolg van alle gedachtenvorming rondom dit belangrijke onderwerp!

3.3.5 Taal voor allemaal

Flevoland kent relatief gezien een hoog percentage laaggeletterden. Daarom wordt er door verschillende gemeentes al veel gedaan aan het geven van cursussen die zich richten op het versterken van taalvaardigheden. Daarnaast zal begrijpelijke communicatie tussen overheid/organisaties en burgers aandacht blijven vragen, ook op de langere termijn. Er zal naar verwachting altijd een substantieel aantal mensen in de samenleving zijn dat een taalniveau heeft dat ligt onder b1 niveau. Het past bij een inclusieve samenleving om ook na te denken over inclusief taalgebruik (Moonen, 2018). De werkplaats sociaal domein Flevoland enta-meert daarom in samenwerking met Saxion Hogeschool en Hogeschool Zuyd onderzoek naar de wijze waarop het taalgebruik en de communicatie zich kan ontwikkelen, zo, dat iedereen in de provincie de communicatie kan begrijpen.

Nieuwsbericht Gemeente.nu oktober 2019:

Wethouders van de gemeente Almere ondertekenden op 3 oktober 2019 de Direct Duidelijk-deal. Hiermee is afgesproken dat de gemeente in begrijpelijke taal communiceert, zodat iedereen communicatie van de gemeente beter begrijpt.

3.3.6 Voor mijn kind wil ik het anders/ intergenerationele overdracht

Dat veel problematiek in gezinnen van generatie op generatie wordt overgedragen is een bekend gegeven in de pedagogiek (IJzendoorn, 1991; Steketee, 2017). Ook in Flevoland zijn er gezinnen waarbij problemen waar ouders mee kampen op hun kinderen worden overgedragen. Minder is bekend over factoren die helpen bij het doorbreken van intergenerationele overdracht. Meer inzicht is nodig in hoe ouders, kinderen en jongeren hier zelf naar kijken en op welke manier zij hierin terugkijken op de ontwikkeling die zij hebben doorgemaakt. Jeanet van de Korput en Desiree Winkelaar onderzoeken in opdracht van de provincie Flevoland welke factoren preventief werken bij het doorbreken van intergenerationele overdracht, door diepte-interviews te doen bij studenten van Windesheim die de eerste zijn in hun generatie die gaan studeren. Ook binnen de Regionale Kenniswerkplaats jeugd zullen we onderzoek doen naar dit vraagstuk maar dan vanuit het perspectief van ouders.



Intergenerationele overdracht en Familie en veerkracht zijn onderwerpen waar binnen het lectoraat onderzoek naar wordt gedaan.

3.3.7 Digitale monitor ReMinder

Mensen die door ziekte of een ongeval hersenletsel op lopen, ondervinden hier vaak gevolgen van nog meerdere maanden en jaren nadat zij het letsel hebben opgelopen. Veel mensen herstellen, maar ook veel mensen houden blijvende gevolgen over. In Flevoland leven naar schatting 12.000 mensen met de gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel. Omdat klachten als vermoeidheid, vergeetachtigheid, problemen met plannen en oriëntatie niet altijd herkend worden als gevolgen van een opgelopen hersenletsel, ontstaat er bij veel mensen problemen, die soms zo kunnen oplopen dat mensen hun baan, partner en huis verliezen. Goede nazorg na hersenletsel kan veel problemen voorkomen en daarom ontwik-

kelde het lectoraat de digitale monitor ReMinder. In samenwerking met het project Casemanagement Hersenletsel wordt deze monitor nu onderzocht door Mireille Donkervoort, Iris Goes en Chantal Hillebregt.

Ik mocht naar huis, maar toen begon het pas

De tool...

- voorkomt dat mensen na thuiskomst niet weten waar ze met vragen terecht kunnen;
- zorgt er voor dat mensen zich bewuster zijn van de mogelijke gevolgen;
- zorgt dat mensen zelf de vinger aan de pols kunnen houden en af en toe automatisch geïnformeerd worden over waar ze met vragen terecht kunnen.

De tool is voor alle mensen die een hoofdletsel hebben opgelopen en vanuit ziekenhuis of revalidatie naar huis kunnen en dan formeel 'uit de zorg' zijn.

Uit: Workshop: Werken met de digitale monitor de ReMinder. Natska Jansen en Mireille Donkervoort. Conferentie Casemanagement Hersenletsel 15-01-2019.

3.3.8 Ouderenzorg – wie zorgt in de wijk

Het leernetwerk wijkverpleegkundigen Flevoland bestaat uit bevlogen mensen die de kwaliteit van de wijkverpleging vanuit een intrinsieke motivatie willen vergroten. Ondanks dat de wijkverplegingsuren onder druk staan door tekort aan mensen, maken de deelnemers van het leernetwerk tijd om met elkaar uit te wisselen, nieuwe kennis op te doen en de zorg te verbeteren. Het thema ouderenzorg staat hierbij hoog op de agenda. In samenwerking met de opleiding verpleegkunde en op basis van onderzoek onder ouderen in Almere ontwikkelden we de leergang 'Wie zorgt in de wijk', die met het concept actieleerlunches de thema's complexe zorgvragen, omgaan met diversiteit, ict en ehealth en ouderenzorg, en indiceren in de wijk adresseert. Deelnemers halen accreditatiepunten. De projectleiding ligt in handen van Anne Mien Dragt en Wim Kleinnagelvoort.

“Mijn man is dement, hij is een Alzheimer patiënt. Ik weet niet meer hoe ermee om te gaan, ik ben ten einde raad. Hij kan soms opeens zo boos worden, dan weet ik niet goed wat ik moet doen. Zelf moet ik ook nu steeds naar het ziekenhuis. Ik vraag me vaak af, snappen de zorgverleners wel wat er aan de hand is, is er niet te veel versnippering, kunnen ze de complexiteit wel invoelen?”

Uit: Jurrius, K. (2020) *Oud in 2020. Interviews met ouderen met ondersteuningsvragen in het kader van 'Wie zorgt in de Wijk'*. Almere: Windesheim.

3.3.9 Veranderende relatie tussen hulpverlener en cliënt door techniek

De relatie tussen cliënt en hulpverlener verandert onder invloed van techniek. Niet alleen verandert het technische aspect van de relatie: de duur, plaats, en aard van de uitvoering van verschillende handelingen, ook het sociale aspect van de relatie, het gevoel dat mensen hierbij hebben, verandert. In verpleeghuizen wordt dit duidelijk bij de implementatie van nieuwe technologie en e-health. De komst van technologische vernieuwingen wordt niet altijd omarmd door zowel cliënten als hulpverleners, zo blijkt uit eerder onderzoek van ons lectoraat (Winkelaar, 2019). De werkelijke of vermeende invloed van techniek op de sociale relatie zorgt voor weerstand bij cliënten (ik zie al zo weinig mensen) als bij hulpverleners (ik koos voor dit vak omdat ik om mensen geef, niet omdat ik op knopjes wil duwen). Nicole de Boer houdt zich binnen het lectoraat bezig met het concept zorglogistiek, en doet onderzoek naar de invloed van techniek op de relatie tussen hulpverlener en cliënt.

“Ik denk dat je toch wel wat verliest als je een robot nodig hebt om mee te praten in plaats van een mens. Zo'n robot kan nooit een vriend of kind van mij vervangen.”

Uit: Winkelaar-Gerritsen, D. (2019). Stel, u wordt mogen wakker, en het grootste probleem waar u iedere dag tegen aankijkt is opgelost. In: *Thuiszorg*. Ed. 4 2019 12 – 15.



Klanten zien de inzet van techniek en ehealth soms als een bedreiging voor het door hen gewenste contact. Ze vrezen dat de eenzaamheid toeneemt, we noemden dit ook wel het sociale verdriet van de techniek.



Hoofdstuk 4

Samenwerkingsverbanden



4.1. Windesheim — domein Flevoland

Voor Windesheim — domein Flevoland is 2020 een bijzonder jaar. Er zijn, vanwege het bereiken van de regionale ambities met betrekking tot studentenaantallen en groei, nieuwe afspraken gemaakt met de regio. Er is een regioverkenning gedaan in samenwerking met onderzoeksbureau Birch waarbij specifiek is gekeken naar ontwikkelvraagstukken en kansen in de regio. Zo is onder meer geconstateerd dat:

- Er in de toekomst veel studenten zullen blijven instromen die voor het eerst in hun familie een hbo opleiding volgen.
- Windesheim — domein Flevoland een bijdrage wil leveren aan de banengroei en economische groei van de regio.
- Windesheim — domein Flevoland een bijdrage wil leveren aan het opleiden en behouden van human capital voor de regio.

- Windesheim — domein Flevoland een bijdrage wil leveren aan het veilig en prettig samenleven in ‘nieuwe steden’.
- Windesheim — domein Flevoland een bijdrage wil leveren aan de sociale uitdagingen in de regio, bijv. arbeid en kwetsbare groepen; inclusief (begrijpelijk) taalgebruik; ouderenzorg.

Vervolgens is een ambitieus plan geschreven voor de inrichting van een kenniscentrum op het gebied van Urban Innovation: een kenniscentrum waar het Lectoraat Klantenperspectief in Ondersteuning en Zorg graag deel van uit maakt. Met de onderzoeken van het lectoraat leveren we graag een bijdrage aan de regionale ontwikkelvraagstukken.

4.2. Verbinding strategische koers Windesheim

Windesheim heeft een strategische koers bepaald waarin inclusie een belangrijk thema is. Vanuit de expertise van het lectoraat levert de lector een bijdrage aan de ontwikkeling van de operationalisering van dit thema binnen en buiten Windesheim.

4.3. Verbindingen met onderwijs

Onderwijs en lectoraat hebben elkaar nodig: kennis die we ontwikkelen is van belang voor de ontwikkeling van de beroepspraktijk: met de antwoorden op de onderzoeksvragen kunnen we docenten adequater opleiden voor de praktijk. Omgekeerd hebben we de kennis en ervaring van docenten nodig voor de goede uitvoering van onderzoeksprojecten. Zo creëren we meerwaarde voor de praktijk.

Uit: Windesheim Almere 10 jaar — jubileum magazine

Wie zorgt in de wijk?

“Ja, die mensen zijn de Angels van Almere. Fantastisch toch, wat ze allemaal voor je doen?” vindt een oudere die ondersteuning krijgt van een wijkverpleegkundige. Veel ouderen in Almere zijn tevreden over de zorg en ondersteuning die zij krijgen, maar niet alles gaat goed. Soms is er boosheid over de zorgtoewijzing. Er zijn ouderen die behoefte hebben aan meer sociaal contact.

“De samenleving verandert en daarmee ook de zorg. Zorg vindt steeds vaker thuis plaats. De ontwikkeling van duurzame en innovatieve medische technologieën gaan snel. Het werkveld is complex geworden. Onderwijs, onderzoek en werkveld moeten daarom goed samenwerken’ zegt Kitty Jurrius, lector Klantenperspectief in Ondersteuning en Zorg van Windesheim. Samen met Anne Mien Dragt, docent verpleegkunde en Astrid Koster, wijkverpleegkundige bij Zorggroep Almere, vertelt zij over het samenwerkingsproject ‘Wie zorgt in de wijk’.

Wijkverpleegkundigen doen veel meer dan alleen het verlenen van zorg. Naast de patiënt met zijn of haar problematiek, krijg je als verpleegkundige te maken met familie en partijen als maatschappelijk werk en schuldhulpverlening. Om prettig en goed toegerust te kunnen werken, is het noodzakelijk dat wijkverpleegkundigen zich blijven scholen en ontwikkelen. Maar dat is lastig wanneer je in beslag wordt genomen door de waan van de dag. Daarom hebben wij op initiatief van het Leernetwerk Wijkverpleegkundigen, waarin verschillende zorgorganisaties en Windesheim zitten, de leergang ‘Wie zorgt in de wijk’ ontwikkeld.

In de leergang komen praktijk, onderwijs en onderzoek samen. Eerst hebben we door interviews onderzocht hoe ouderen de zorg in Almere ervaren. Op basis daarvan hebben we de leergang inhoudelijk vormgegeven. De leergang bestaat uit een, voor verpleegkundigen inpasbare vorm van actielunches, in totaal 4 stuks. Er komen wijkverpleegkundigen, studenten, en betrokkenen als wijkspportcoaches en maatschappelijk werkers. Studenten leren van de praktijk, docenten worden direct gevoed en professionals kunnen hun voordeel doen met de verse frisse blik van studenten. De lunch is bedoeld om te ontmoeten, te netwerken en te leren van elkaar over actuele onderwerpen.

De meest logische verbindingen van het lectoraat liggen bij de opleidingen Social Work, Verpleegkunde en Logopedie. In onze opleidingen voor verpleegkunde en social work wordt in het aanleren van een adequate beroepshouding veel aandacht besteed aan de beroepshouding van de professional in zorg en welzijn. Er is aandacht voor goede gespreksvoering en het opbouwen van een vertrouwensrelatie tussen hulpverlener en cliënt/patiënt. Op dit moment wordt samengewerkt op meerdere manieren:

- De koppeling van activiteiten aan de curricula van de opleidingen, met name Social Work, Verpleegkunde en Logopedie.
- Opdrachtgeverschap voor ca. 40 comakers op jaarbasis — diverse opleidingen.

- Aanstelling van onderzoekers uit docententeams.
- Verzorgen van gastlessen, onderzoekers die deelaanstellingen hebben als docent.
- Samenwerking met specifieke vakken in het curriculum bij onderzoeken van het lectoraat.
- Samenwerken in de minor 'Forensic Social Work'.

Deze samenwerking wordt in de komende periode verder uitgebouwd, bijvoorbeeld bij de inrichting van een gezamenlijk fieldlab voor praktijkvragen gezondheid en welzijn.

In de periode maart – juni 2020 zorgden de coronamaatregelen er voor dat veel studenten opeens zonder stageplaats zaten. Door een goede samenwerking tussen docenten, lectoraatsmedewerkers en studenten konden circa veertig studenten hun stage-uren maken bij projecten van het lectoraat. Studenten verzamelden bijvoorbeeld verhalen van mensen met verschillende zorgvragen over de impact van de maatregelen op hun leven. Eerstejaars studenten van verpleegkunde konden een bijdrage leveren aan het onderzoek Taal voor allemaal door kritisch te kijken naar communicatie vanuit de zorg in hun eigen omgeving.

4.4. Verbindingen met andere lectoraten binnen Windesheim

Het lectoraat werkt samen met de andere lectoraten binnen het Kenniscentrum Flevoland. Samen met het lectoraat Nieuwe Arbeidsverhoudingen doen we binnen het project 'Ruimte voor klantmotivatie' onderzoek naar de wijze waarop mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt deel kunnen nemen aan de arbeidsmarkt en andere participatiedomeinen, vanuit hun perspectief. In samenwerking met het Lectoraat Leiderschap in onderwijs en opvoeding doen we onderzoek naar het sociaal emotioneel welbevinden van jonge kinderen. In de komende periode wordt de samenwerking verder uitgebouwd en wordt een actieve bijdrage geleverd aan de invulling van het Kenniscentrum Flevoland. Het lectoraat zal op thema's als administratieve organisatie en datamanagement het voortouw nemen in ontwikkelingen. Kansen voor samenwerking met lectoraten van Windesheim in Zwolle worden benut, bijvoorbeeld door samen te werken met het lectoraat ICT innovaties in de zorg (onderzoeksvorstel Proces, techniek en relaties); het lectoraat Innoveren met ouderen (onderzoeksvorstel Demenzien); het lectoraat GGZ en Samenleving (project Beschermd Wonen in Beweging); en het lectoraat Jeugd (Regionale Kenniswerkplaats Jeugd).

4.5. Verbindingen met burgers, organisaties en overheden in Flevoland

Om de doelen van het lectoraat te realiseren werken we veel samen met burgers, organisaties en overheden van Flevoland. Het gaat om allerlei burgers die meedenken en meedoen in de onderzoeken en actieertrajecten, van jongeren tot mensen met beperkingen tot ouderen en sleutelfiguren van vrijwilligersorganisaties. We werken samen met professionals die werkzaam zijn bij een grote diversiteit aan organisaties die activiteiten ontplooiën in het brede veld van zorg en welzijn. De Flevolandse gemeenten en de provincie Flevoland zijn samenwerkingspartners en opdrachtgevers in diverse projecten van het lectoraat.

4.6. Verbindingen met andere hogescholen, onderzoekscentra en Universiteiten

Het lectoraat werkt veel samen met andere hogescholen, onderzoekscentra en universiteiten. Het lectoraat neemt deel in verschillende academische werkplaatsen en allianties. Het onderhouden van deze netwerken en het delen van gegenereerde kennis zal ook in de komende lectoraatsperiode worden voortgezet. Belangrijke samenwerkingsverbanden voor het lectoraat beschrijf ik hieronder.

4.6.1 Werkplaats sociaal domein Flevoland en de Werkplaatsen Sociaal Domein

Binnen de Werkplaats sociaal domein Flevoland ondersteunen we de regio met het realiseren van transformatiedoelen. We dragen bij aan kennisontwikkeling in de regio en brengen de kennis in bij de landelijke overleggen van de andere 14 werkplaatsen sociaal domein. In dat landelijke overleg nemen we actief deel in de werkgroep Lerende Praktijken en de werkgroep Ervaringsdeskundigheid, en hebben zitting in het organisatiecomité van de jaarlijkse conferentie van de Werkplaatsen sociaal domein.

4.6.2 Regionale kenniswerkplaatsen jeugd

Sinds dit jaar heeft Flevoland een eigen regionale kenniswerkplaats jeugd, waar we in deelnemen. Met JGZ en het Zorglandschap Flevoland richten we deze kenniswerkplaats op preventie. We houden nauwe contacten met de collega's van de Regionale Kenniswerkplaats risicojeugd waar we ook als partner in deelnemen, en de regionale kenniswerkplaats jeugd in Overijssel waar onze werkplaats uit voort is gekomen.

4.6.3 Lectorenplatform zelfmanagement

Het platform Zelfmanagement richt zich specifiek op het ontwikkelen van kennis en oplossingen waarmee kwetsbare groepen gezondheidsvaardigheden ontwikkelen met als resul-

taat meer gezond gedrag, een betere gezondheid en verbetering van de kwaliteit van leven. Het platform bestaat uit een stuurgroep en werkgroepen met een open karakter. Alle leden maken onderdeel uit van kennisinstellingen, van patiënten(groepen) of van hun vertegenwoordigers en samenwerkingspartners, waaronder private partijen.

4.6.4 Lectorenplatform sociaal werk

Het landelijk Platform Lectoren Sociaal Werk is een samenwerkingsverband van ruim 30 lectoren in het hoger sociaal agogisch onderwijs. Doel van het Platform is om door onderlinge uitwisseling bij te dragen aan de beroepsontwikkeling van de lectoren op dit terrein. Ook wil het Platform vanuit zijn kennis uit en ervaringen met het praktijkgericht onderzoek meedoen aan en invloed uitoefenen op het politieke en maatschappelijke debat.

Hoofdstuk 5

Tot slot

Een nieuw tijdperk breekt aan in zorg- en welzijnsland. Het lectoraat Klantenperspectief in Ondersteuning en Zorg beweegt mee. Met mooie uitgangspunten die aansluiten bij toekomstverwachtingen. Met onderzoekslijnen die meebewegen met ontwikkelingen. Met projecten die inspelen op regionale vraagstukken. In lokale, regionale en landelijke samenwerkingsverbanden: klanten, naasten, zorgprofessionals, onderzoekers, bestuurders, informele zorg: allemaal mensen die met elkaar teamsport bedrijven. Daar zetten we ons voor in.

**Toekomst
van de klant
in ondersteuning
en zorg**



hogeschool 
Windesheim
Dichter bij jou

Literatuur

- Ansem, Q. en Goes, I. (2019). *Uitnodigen tot samenredzaamheid*. Almere, Windesheim Flevoland.
- Auschra, C. (2018). Barriers to the integration of care in Interorganisational settings. A literature review. In: *International Journal of Integrated Care*. Vol. 2018 Jan–Mar. 18 (1): 5.
- Boeije, H. (2016). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom.
- Boer, N. de, en Jurrius, K. (2020). *Onderzoeksvoorstel proces, techniek en relatie*. Almere: Windesheim.
- Bosselaar, J.H. (2005). *De vraag als antwoord: vraagsturing en sociaal beleid; voorwaarden en risico's*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Brakel, M. van en R. Lok. (2009). *De inkomenssituatie van alleenstaande moeders: trends en Dynamiek*. In: 'Sociaaleconomische trends', 4e kwartaal 2009. Den Haag, Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Camp, P. & Erens, F. (2003) *De gekookte kikker, 400 dierenmetaforen over organisatieverandering*. Amsterdam: Uitgeverij Business Contact.
- Cremers, A. en de Jong, H.J. (2019). *Werksessie Close the gap, kickoff meeting platform zelfmanagement*. Hogeschool Utrecht/ Hogeschool Windesheim.
- Dewey, J. (1910, MW6). *How we think*. Carbondale/ Edwarsville: Southern Illinois University Press.
- Dewey, J. (1916, MW9). *Democracy and education. An introduction to the philosophy of education*. Carbondale/ Edwarsville: Southern Illinois University Press.
- Dewey, J. (1927, LW2). *The Public and its Problems*. Carbondale/ Edwarsville: Southern Illinois University Press.
- Dewey, J. (1933, LW8:105–352). *How we think, a restatement of the relation reflective thinking to the educative process*. Carbondale/ Edwarsville: Southern Illinois University Press.
- Dewey, J. (1938, LW12). *Logic, the theory of inquiry*. Carbondale/ Edwarsville: Southern Illinois University Press.
- Gilsing, R., Jansma, A., en Schöne, J. (2017). *Eigen kracht ontleed. Een praktijkgerichte verheldering*. Utrecht: Verwey Jonker Instituut.
- Greenwood, J. (2019). *Arts-based Research*. Oxford: Oxford University Press.
- Hellriegel, D. en Slocum, J. (1993). *Management*. New York: Addison-Wesley Publishing Company.
- Hunsche, P. (2008). *De strijdbare patiënt. Van gekkenbeweging tot clientbewustzijn. Portretten 1970–2000*. Het Dolhuys Haarlem.
- Telfer, C. (2018). *Patient perspectives: Exploring patient values and preferences*. In: *Can. fam physician*. Vol. jan. 64(1) 10–11.

- Heijst, P. van, Vos, N. de, en Keinemans, S. (2019). *Arts-based research voor het sociale domein*. Bussum: Coutinho.
- Huisman, F. (2018). De arts-patiëntrelatie. In: Hillen, H.F.P., Houwaart, E.S. en Huisman, F.G. (2018). *Medische geschiedenis: ziekte, kennis, dokter en patiënt, gezondheidszorg en maatschappij*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jakobs, P. Safradin, B. en Jurrius, K. (2020). *Een betere vibe! Geleerde lessen en ervaringen van jongeren en begeleiders over jongerenparticipatie, op basis van de Maatschappelijke Diensttijd proeftuin 'Maatschappelijke Ervaringstijd' in Almere*. Almere: Windesheim.
- Joobert, H., Chouinard, M.C., King, J., Lambert, M., Hudon, E., en Hudon, C. (2018). The patient experience of integrated care scale: A validation study among patients with chronic conditions seen in primary care. In: *International journal of integrated care*. Vol. 2018 oct-dec; 18(4):1.
- Jurrius, K. & Bruggeman, D. (2002). *Consulententeams Jeugdreclassering Noord Brabant. Waar ben ik in terecht gekomen*. Amsterdam: Stichting Alexander.
- Jurrius, K. (2013). *Uit de spagaat! Naar een kwaliteitsraamwerk voor participatief jongerenonderzoek*. Amsterdam: Ipskamp Drukkers B.V.
- Jurrius, K. (2019). *Leergang wie zorgt in de wijk. Onderzoek onder ouderen in Almere*. Almere: Windesheim.
- Kooiker, S., de Jong, A., Verbeek-Oudijk, D. en de Boer, A. (2018). *Toekomstverkenning mantelzorg aan ouderen in 2040*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Kruijff, R. de, Langenberg, H. (2017). *Vergrijzing en de Nederlandse economie*. CBS
- Leavy, P. (2015). *Methods meets art. Arts-based Research Practice*. New York: The Guilford Press.
- Leeuwen, H. (2018). Integrale jeugdhulp biedt 'alles ineen'. Maar wat dan precies? In: *Jeugd-beleid*. Vol. 12, 2017-211 (2018).
- Logister, L. (2004). *Creatieve democratie. John Deweys pragmatisme als grondslag voor een democratische samenleving*. Budel: Damon.
- Lovelock, C.H. & Wright, L. (1999). *Principles of service marketing and management*. New Jersey: Prentice Hall.
- Marsh, K. Caro, J.J. Zaiser, E. Heywood, J. & Hamed, A. (2018). Patient-centered decision making: lessons from multi-criteria decision analysis for quantifying patient preferences. In: *Int. J. Technol. Assess Health Care*. 2018 Jan;34(1):105-110. doi: 10.1017/S0266462317001118. Epub 2017 Dec 26.
- Meer, F. van der, (2017). *Integraal bestuur en decentralisatie tussen mogelijkheid en feitelijkheid: wie legt en harkt de tuin aan?* Universiteit Leiden: Casual Papers Centre for Public Sector Reform; 2017/1.
- Ministerie van Algemene Zaken. (2013). *Troonrede 2013*.
- Moonen, X. (2018). *De regels voor taal voor allemaal*. Hogeschool Zuyd: Sittard.
- National Collaboration for integrated care and support. (2013). *Integrated care and support: our shared commitment*.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal; a challenge for contemporary health education and communication strategies into 21st century. In: *Health promotion international*, 2000, 15 (3): 259-267.
- Polstra, L., Verkooijen, L., Binkhorst, J., van der Ende, P., Glasbergen, P., van de Korput, J., Pruim, E. en Teekman, C. (2018). *De vele beelden van integraal werken. Rapport van het onderzoeksproject integraal aan het werk*. Groningen: Marian van Os, Centrum voor ondernemerschap.
- Putters, K. (2014). *Rijk geschakeerd. Op weg naar de participatiesamenleving*. Den Haag: SCP
- Research voor Onderwijs en Arbeidsmarkt. (2016). *Regionale spreiding van geletterdheid in Nederland*. Maastricht: Maastricht University.
- Revans, R. (2011). *ABC of Action Learning*. Routledge, Taylor & Francis group.
- SER (2020). *Zorg voor de toekomst: over de toekomstbestendigheid van de zorg*. Den Haag: Sociaal economische raad.
- Shorter, E. (1985). *Bedside manners: the troubled history of doctors and patients*. New York: Simon and Schuster.
- Skipton Leonard, H. & Marquardt, M. (2010). The evidence for the effectiveness of action learning. In: *Action Learning Research and Practice*. Vol. 7, no. 2 July 2010, 121-136.
- Steketee, M. (2017). *De olifant in de kinderkamer*. Utrecht: Verweij Jonker.
- Vaart, G. van der, Hoven, B. van, Huigen, P.P.P. (2018). Creative and Arts-Based Research Methods in Academic research. Lessons from a participatory research project in the Netherlands. In: *Forum: Qualitative social research*. Vol. 19 Nor 2 Art. 19, May 2018.
- Valentijn, P.P., Schepman, S.M., Opheij, W., Bruijnzeels, M.A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. In: *International Journal of Integrated Care*. Vol. 2013 — Jan Mar.
- Valk, I. van der, Berg, G. van den, Veldt, MC van der, Anthonijsz, I. Spruijt, E. (2020). *Richtlijn Scheiding en problemen van jeugdigen*. Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- Veldboer, L. en Hoijtink, M. (2019). Hybridisering van wijkteams en vrijwilligersinitiatieven lijkt nog ver weg. In: *Sociale Vraagstukken*, april 2019.
- Verbeek, G. (2010). *De client centraal, hoe doen we dat? Coaching van vraaggerichte en vraaggestuurde zorg*. Maarssen: Elsevier.
- Verkooijen, L. (2006). *Ondersteuning Eigen Regievoering & Vraaggestuurde Zorg*. Jutrijp: Verkooijen & Beima.
- Verkooijen, L. (2010). *Van inspraak naar invloed. Lectorale rede*. Almere: Health School Almere.

- Vissenberg, C. en Jurrius, K. (2016). *Action learning – uitstroom 24-uurszorg. Een onderzoek naar bevorderende en belemmerende factoren bij de instroom en doorstroom van jongeren in de 24-uurszorg*. Almere: Windesheim.
- Vonk, R.A.A., Hilderink, H.B.M., Plasmans, M.H.D., Kommer, G.J. en Polder, J.J. (2020). *Toekomstverkenning zorguitgaven 2015 – 2060*. Den Haag: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- Waal, V. de., Binkhorst, J. en Scheijmans, I. (2014). *De ontwikkeling van nieuwe vormen van integraal wijkgericht werken*. Utrecht: Hogeschool Utrecht.
- Wiese, A. (2007). *Vraaggestuurde ondersteuning van mensen met een verstandelijke beperking*. Soest: Nelissen.
- Winkelaar-Gerritsen, D. (2019). Stel, u wordt mogen wakker, en het grootste probleem waar u iedere dag tegen aankijkt is opgelost. In: *Thuiszorg*. Ed. 4 2019 12 – 15.
- IJzendoorn van, M.H., & de Ruiter, C. (1991). Intergenerationele overdracht van opvoedingsstijl: Een literatuuroverzicht. In: J.R.M. Gerris (Ed.), *Ouderschap en ouderlijk functioneren. Gezinsonderzoek Nr.4, [Intergenerational transmission of parenting style: A literature review]* pp. 109–129. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

Websites

- <https://www.eengezonderflevoland.nl/factsheet/bevolking-flevoland-2/>
(GGD-Flevoland, 2020) geraadpleegd juli 2020
- <https://www.almere.nl/over-almere/feiten-en-cijfers/bevolkingsprognose/>
(Gemeente Almere, 2020) geraadpleegd juli 2020
- <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2018/10/jeugdzorg-per-gemeente>
(CBS, 2018) geraadpleegd juli 2020

Toekomstperspectief van de klant in ondersteuning en zorg

Kitty Jurrius is sinds 1 november 2019 lector Klantenperspectief in Ondersteuning en Zorg bij het domein Flevoland van hogeschool Windesheim. In 'Toekomstperspectief van de klant in ondersteuning en zorg' schetst zij de uitgangspunten van het lectoraat voor de komende periode en kijkt zij vooruit naar de thema's die het lectoraat zal oppakken in een nieuw tijdperk van ondersteuning en zorg.

windesheim.nl/klantenperspectief



dr. Kitty Jurrius