

# “Op eigen kracht”



Een onderzoek naar continuïteit van dienstverlening aan kwetsbare burgers door innovatieve vormen van dienstverlening

Heleen Klop (343951)

Erasmus Universiteit Rotterdam

Faculteit Sociale Wetenschappen, Bestuurskunde

Begeleider/eerste beoordelaar: Mr. Dr. J.A. van Ast

Tweede beoordelaar: Prof. Dr. H.J.M. Fenger

29 juni 2016



*“We can’t solve problems by using the same kind of thinking we used when we created them”*

Einstein, 1879 – 1955



## Voorwoord

---

*Na mijn veertigste ontdekte ik het studeren en de verrijking daarvan in mijn persoonlijke en professionele leven. Diverse mensen in mijn vrienden- en kennissenkring vroegen mij wanneer ik eens ophield met leren. Leren houdt wat mij betreft nooit op. De 'waarom-vraag' zal ik altijd blijven stellen, omdat ik graag het naadje van de kous wil weten. Aan het volgen van studies met deze omvang en zwaarte komt met het afronden van deze masterstudie een einde. Ik beschouw deze eindstreep als de kroon op mijn studieperiode.*

*Bij aanvang van de studie Bestuurskunde schreef ik voor de module 'Verkenning' een agenda. Hierin schreef ik een thema te willen kiezen voor mijn afstudeeronderzoek dat gerelateerd is aan de transities vanuit de, inmiddels voormalige, AWBZ. Dit kan beschouwd worden als een 'wicked problem', zo leerde ik daarna, en dat heb ik geweten toen ik ook daadwerkelijk voor dit thema koos! Vanwege het onderwerp en de periode, waarin de gevolgen van de overheidsmaatregelen zich nog maar net begonnen af te tekenen, lag een explorerend onderzoek voor de hand. Dit heeft gezorgd voor een grote zoektocht en elke keer opnieuw beginnen tot de contouren zich scherp begonnen af te tekenen over wat ik daadwerkelijk wilde onderzoeken. Voor u ligt dan ook een onderzoek waar ik met hart en ziel aan gewerkt heb.*

*In de periode van onderzoek, aan het eind van de studieperiode, staat de student er eigenlijk alleen voor: de colleges zijn afgerond, de medestudenten zijn ieder met een eigen onderzoek bezig en er is geen gezamenlijkheid meer. De ontmoetingen in de scriptiekringen zouden helpend kunnen zijn, maar ook scriptiekringen blijven niet intact. Volharding moest dus vooral vanuit mezelf komen, waarbij aanmoediging vanuit mijn omgeving zeer welkom was.*

*En die was er! Ik bedank allereerst mijn geduldige studiebegeleider en eerste beoordelaar, Jacko van Ast. Het was een bijzonder proces, waarbij Jacko zonder uitzondering zich altijd goed had voorbereid, mijn nieuwe epistel altijd nauwkeurig had gelezen en uitgebreide feedback gaf. Menno Fenger als tweede beoordelaar met kritische, stevige feedback, waardoor het onderzoek een logischer geheel kreeg.*

*Mieke Metz, zelf student bestuurskunde in de dag-variant, zette alle geluidsopnamen om in transcripten. Een tijdrovende opdracht, waarbij zij zich zeer flexibel opstelde. Mieke voorzag me van zinvolle feedback op objectiviteit. Heel veel dank en succes bij alles toegewenst!*

*Medestudenten, Frank van der Meyden, Karin Luidens en Agnes van der Biezen die mij met grote regelmaat feedback gaven op mijn onderzoek, maar me bovenal aanmoedigden door te gaan. Mijn studiemaatje Annemiek Sunder in het bijzonder. Haar altijd luisterende oor en nimmer aflatende steun in tijden dat het stroperig ging, waren enorm helpend. Hun support, zowel praktisch en vooral met de nodige humor en opstekers, vergeet ik nooit.*

*De inhoudelijke feedback die ik kreeg, aanvankelijk van Bram Huijgen, maar vooral van Job Breemer ter Stege, is onmisbaar geweest om deze exercitie tot een goed einde te brengen. De inhoud van de gesprekken was pittig, maar altijd in een fijne sfeer, met prettige luchtigheid en vooral met bruikbare handvatten.*

*Alle respondenten wil ik bedanken. Wat een bijzondere en indrukwekkende ontmoetingen met Saskia Smeenk (Zorghuis Kedichem), Arie van den Herik (Samen Leven), Lars Nieuwenhoff (Inn4Care), Rob Keijzer ('t Zorghuus), Helga Spel (Huiskamer van de Buurt), Dorine Snel (WeHelpen), Roeland van Engen (Frittella), Kees Bronkhorst (Fort Smakelijk), Wim Oerlemans (Austerlitz Zorgt) en Els Schraven, Toon Theeuwen en Paul Halmans (Kapstok).*

*Ondanks dat zij, vanwege de vernieuwing die zij brengen in 'zorgland', overstelpt worden met vragen om interviews en informatie, maakten zij ruim tijd voor me vrij. Zij lazen vervolgens de eerste teksten door op juistheid van de door hen gegeven en door mij geïnterpreteerde informatie. Alle projecten wens ik veel succes toe in de toekomst, in het belang van onze kwetsbare medeburgers.*

*Mijn werkgever, Syndion, bedank ik voor de mogelijkheden die ik kreeg. Voor de financiële investering op mijn studie en de ruimte om in de agenda te mogen schuiven om tijdens kantoortijden scriptiebegeleiding te kunnen ontvangen of voor het afnemen van de interviews.*

*Catherine Raaijmakers die, in tijden van zwaar weer, me hielp om te vertrouwen op eigen kracht.*

*Tot slot degenen die mij het aller dierbaarst zijn: mijn vier dochters Noortje, Lotte, Ilse en Sanne, die gedurende mijn 'studententijd' twee kinderen kreeg en ik dus twee kleinkinderen. Jullie support, soms ook geduld maar innige liefde waren en zijn onmisbaar. René, mijn echtgenoot, die me door dik en dun steunde, aanmoedigde, mij allerlei praktische zaken uit handen nam en mij alle, maar dan ook echt alle ruimte bood om deze studie te volbrengen: hulde en respect voor je geduld en alle activiteiten die je noodgedwongen alleen ondernam.*

*En diegene die ik hier niet bij naam kan noemen, ontzettend bedankt voor de belangstelling, de ontspannende momenten, de support.*

*Dank aan allen!*

*Heleen Klop  
Papendrecht, juni 2016*



## Abstract

---

In Nederland heeft de grootste stelselwijziging in de zorg plaatsgevonden. Aanleiding hiervoor was onder andere de te duur geworden verzorgingsstaat. De overheid koos voor nieuwe wetgeving, voor decentralisatie van wetten en voor grote bezuinigingen. De nieuwe wet- en regelgeving doen een beroep op de eigen kracht van burgers, op participeren in de samenleving en op de samenleving die een gedeelte van de zorg opvangt: de transformatie van een verzorgingsstaat naar een participatiesamenleving. Van kwetsbare burgers wordt meer eigen kracht, eigen regie en 'meedoen' verwacht en de gehele samenleving moet betrokken zijn en mede-eigenaar worden van publieke voorzieningen. Kwetsbare burgers verliezen mogelijk geheel of gedeeltelijk hun zorg en dienstverlening vanuit zorgorganisaties. De kans bestaat dat kwetsbare burgers, als gevolg van deze bezuinigingen, geen toegang meer hebben of krijgen op de tot dan toe geboden zorg, begeleiding en ondersteuning of op andere vormen van gesubsidieerde dienstverlening. In deze thesis wordt onderzocht of innovatieve vormen van dienstverlening continuïteit in dienstverlening kunnen bieden aan kwetsbare burgers, na de decentralisatie van de AWBZ.

De centrale vraag in dit onderzoek is: **Hoe kunnen burgers en zorgorganisaties via innovatieve dienstverlening bewerkstelligen dat de dienstverlening die aan kwetsbare burgers met een handicap wordt geleverd, na decentralisatie van de AWBZ, kan worden gecontinueerd?**

Er is gekozen voor explorierend onderzoek met een kwalitatieve multiple casestudy als onderzoeksstrategie. Vanuit de literatuur zijn eerst de begrippen 'innovatieve dienstverlening' en 'continuïteit van dienstverlening' gedefinieerd. Vervolgens zijn tien vormen van dienstverlening (burgerinitiatieven) aan kwetsbare burgers geselecteerd en geïnterviewd. In deze interviews zijn vragen gesteld over de totstandkoming en organisatie van de diverse projecten om te kunnen beoordelen of er sprake is van een innovatieve vorm van dienstverlening. Tevens zijn aan de vertegenwoordigers van de diverse projecten vragen gesteld om te kunnen beoordelen of er sprake was van continuïteit van dienstverlening aan kwetsbare burgers na de hervorming van het zorgstelsel.

Het onderzoek leverde een aantal constatering en hypothesen op. Uit de resultaten van het literatuuronderzoek bleek dat veel burgerinitiatieven in het afgelopen lustrum zijn ontstaan, onder andere als gevolg van de hervormingen in het zorgstelsel. Vervolgens bleek de overgang van de verzorgingsstaat naar de participatiesamenleving al geruime tijd te zijn ingezet. Uit interviews bleek dat met name burgers, zorgorganisaties in mindere mate, actief zijn om op innovatieve wijze alternatief zorgaanbod te bewerkstelligen. Uit de interviews bleek tevens dat dit gebeurde vanuit idealisme en dat doorzettingsvermogen en vasthoudendheid nodig was om tot resultaten te komen. Verder bleek uit de interviews dat innovatieve vormen van dienstverlening in zekere mate afhankelijk van overheidsfinanciering te blijven: van de onderzochte projecten draaide slechts 20% volledig op andere gelden. Gemeenten bleken bereid een financiële bijdrage te leveren. Onzekere financiering zorgt voor vermindering van toekomstbestendigheid en dus voor onzekerheid op continuïteit van dienstverlening aan kwetsbare burgers. Onzekerheid met betrekking tot financiering past echter wel bij ondernemerschap (omgaan met risico's).



Vervolgens bleek uit de interviews dat het organiseren van innovatieve dienstverlening om ondernemerschap vraagt en dat vrijwilligers op grote schaal de drijvende krachten in de dienstverlening vanuit onderzochte innovatieve projecten bleken te zijn.

Dit is kwetsbaar vanwege het vrijwillige karakter versus beschikbaarheid. Voorts leken sommige initiatiefnemers van de onderzochte innovatieve projecten bureaucratistische werkwijzen van lokale overheden te ervaren en belemmeringen met betrekking tot wet- en regelgeving met name op gebied van veiligheid en risico's. Wet- en regelgeving zijn veelal gericht op grote zorgorganisaties. Een vorm van soepelheid in de omgang met regels lijkt gewenst om innovatieve burgerinitiatieven ruimte te geven tot ontwikkeling.

Richtinggevend onderwerpen voor vervolgonderzoek zijn: versoepeling van regelgeving om innovatieve projecten te stimuleren, aandacht voor ondernemerschap in relatie tot zorg en dienstverlening, werkwijze van gemeenten in relatie tot totstandkoming van innovatieve burgerinitiatieven, aandacht voor belasting van mantelzorgers en onderzoek naar verzekerbaarheid voor innovatieve vormen van zorg.

Vanuit de literatuur, de deskresearch en de interviews kan worden aangenomen dat een aantal kenmerken er met betrekking tot innovatieve vormen van dienstverlening uitspringen: 'ontstaan onder invloed van verandering', 'ondernemende initiatiefnemers', 'originaliteit in organisatie', 'vernieuwend' en 'maken het verschil'. Op basis van de interviews kan worden verondersteld dat innovatieve vormen van dienstverlening bijdragen aan de continuïteit van dienstverlening aan kwetsbare burgers, maar ook aan de beleidsdoelstellingen van de door de overheid gewenste transformatie. Klein-schalig en cliëntgericht van opzet en gedragen door de samenleving, worden kwetsbare burgers opgevangen of voorzien van ondersteuning daar waar deze regulier is weggevalen of niet langer bereikbaar is. Legitimiteit en maatschappelijke waarde lijken hiermee aangetoond. De onderzochte projecten passen op basis van dit onderzoek bij de, door de overheid beoogde, transformatie van de verzorgingsstaat naar de participatiesamenleving, omdat ze bijdragen aan de overheidsdoelstellingen, zoals die werden beschreven op basis van deskresearch.

Geconcludeerd kan worden dat dienstverlening door innovatieve projecten aan kwetsbare burgers, na de hervorming van het zorgstelsel, mogelijk is in een ononderbroken lijn, mits wordt voldaan aan een aantal voorwaarden van continuïteit, zoals in de literatuur beschreven.

Op basis van de resultaten van dit onderzoek lijkt het erop dat de weg naar de beoogde participatiesamenleving definitief is ingeslagen.



## Inhoud

Voorwoord .....	5
Abstract .....	8
1. Inleiding.....	17
1.1 Aanleiding .....	17
1.2 Doelstelling .....	18
1.3 Centrale onderzoeksvraag en deelvragen .....	19
1.4 Relevantie .....	20
1.5 Afbakening / randvoorwaarden onderzoek .....	21
1.6 Opbouw thesis .....	22
2. Theoretisch kader .....	23
2.1 Innovatieve vormen van dienstverlening .....	23
2.1.1 Reguliere dienstverlening .....	23
2.1.2 Innovatieve dienstverlening .....	23
2.2 Continuïteit van dienstverlening .....	26
2.2.1 Continuïteit van zorg en dienstverlening.....	27
2.2.2 Continuïteit van zorg en dienstverlening in de gehandicaptensector.....	27
2.3 Conceptueel model.....	27
3. Methodologie en operationalisering .....	29
3.1 Type onderzoek .....	29
3.2 Literatuuronderzoek.....	30
3.3 Deskresearch en dataverzameling .....	30
3.4 Kwalitatief onderzoek en dataverzameling.....	31
3.4.1 Onderzoekspopulatie .....	32

3.4.2	Dataverzameling .....	32
3.4.3	Dataverwerking.....	33
3.4.4	Data-analyse, operationalisering, topics en interviewvragen .....	33
3.5	Betrouwbaarheid.....	37
3.5.1	Situatie .....	38
3.5.2	Respondenten.....	38
3.5.3	De onderzoeker.....	38
3.5.4	Verwerking onderzoeksresultaten.....	39
3.5.5	Stabiliteit van de onderzoeksresultaten .....	39
3.6	Validiteit.....	40
3.6.1	Interne validiteit.....	40
3.6.2	Externe validiteit .....	40
4.	Resultaten Deskresearch .....	43
4.1	Proces van verzorgingsstaat richting participatiesamenleving .....	43
4.1.1	Verzorgingsstaat .....	43
4.1.2	Participatiesamenleving.....	44
4.2	Van AWBZ naar nieuwe wet- en regelgeving voor modernisering zorgsector .....	44
4.2.1	Ontstaan en ontwikkeling AWBZ .....	44
4.2.2	Keuze modernisering zorgstelsel .....	46
4.2.3	Wetswijzigingen en decentralisaties .....	47
4.3	Gevolgen na decentralisatie AWBZ .....	48
4.3.1	Gevolgen op nationaal niveau .....	48
4.3.2	Gevolgen op gemeentelijk niveau .....	50

4.3.3	Gevolgen voor de gehandicaptenzorg.....	54
4.3.4	Gevolgen voor kwetsbare burgers.....	55
5.	Resultaten Deskresearch en Kwalitatief Onderzoek .....	61
5.1	Selectie.....	61
5.2	Onderzoekspopulatie .....	62
5.2.1	Zorghuis Kedichem: 24-uurs zorg, dagopvang, logeeropvang, hospice. ....	62
5.2.2	Vereniging Samen Leven: projectmatige initiatieven.....	62
5.2.3	Inn4Care: technologie t.b.v. zelfredzaamheid van kwetsbare burgers. ....	63
5.2.4	't Zorghuus Ysselsteyn: 24-uurs zorg en dagbesteding .....	63
5.2.5	Huiskamer van de Buurt: dagopvang, dagbesteding, maaltijdvoorziening.....	63
5.2.6	WeHelpen: ondersteuning via vraag en aanbod. ....	64
5.2.7	Frittella: arbeidstraining en -(re)integratie.....	64
5.2.8	Fort Smakelijk: leer- werkproject, sociale ontmoetingen. ....	64
5.2.9	Austerlitz Zorgt: zorg en hulp aan uiteenlopende doelgroepen. ....	65
5.2.10	Kapstok: logeeropvang, ter ontlasting van de mantelzorger .....	65
5.3	Totstandkoming innovatieve vormen van dienstverlening.....	66
5.3.1	Werkwijze .....	66
5.3.2	De dienstverlening is ontstaan onder invloed van veranderingen in de omgeving	67
5.3.3	De dienstverlening is ontstaan vanuit idealisme.....	68
5.3.4	De dienstverlening heeft een maatschappelijk doel .....	69
5.3.5	De dienstverlening is opgezet door ondernemende initiatiefnemers .....	72
5.4	Organisatie innovatieve vormen van dienstverlening .....	74
5.4.1	De dienstverlening is origineel.....	74

5.4.2 De dienstverlening kent een andere manier van denken en doen .....	76
5.4.3 De dienstverlening is vernieuwend .....	78
5.4.4 De dienstverlening heeft een menselijke maat .....	80
5.4.5 De dienstverlening heeft meerwaarde .....	82
5.4.6 De dienstverlening maakt het verschil .....	83
5.5 Analyse totstandkoming en organisatie innovatieve vormen van dienstverlening.....	86
5.6 Continuïteit van dienstverlening door innovatieve dienstverlening.....	88
5.6.1 Afstemming en informatie-uitwisseling.....	88
5.6.2 Samenhang, aansluiting en samenwerking .....	90
5.6.3 Begeleiding en structuur bieden.....	92
5.6.4 Continu karakter van dienstverlening.....	94
5.6.5 Veilige omgeving.....	96
5.7 Analyse op continuïteit van dienstverlening .....	97
6. Conclusies en reflectie .....	101
6.1 Bevindingen m.b.t. deelvraag 1.....	101
6.2 Bevindingen m.b.t. deelvraag 2.....	102
6.3 Bevindingen m.b.t. deelvraag 3.....	103
6.4 Bevindingen m.b.t. deelvraag 4.....	103
6.5 Conclusies .....	105
6.5.1 Beweging in de samenleving.....	105
6.5.2 Nieuwe taken en verantwoordelijkheden gemeenten.....	105
6.5.3 Ondernemerschap en financiering .....	105
6.5.4 Betrokkenheid en draagvlak .....	106

6.5.5 Risico's inzet vrijwilligers en mantelzorgers .....	107
6.5.6 Kwaliteit en cliëntervaring .....	107
6.5.7 Terugdringen bureaucratie .....	107
6.5.8 Aandacht voor preventie .....	108
6.5.9 Uitbreiden polis zorgverzekering .....	108
6.5.10 Hypotheses .....	108
6.5.11 Samenvattend .....	109
6.6 Reflectie .....	109
7. Aanbevelingen .....	113
7.1 Aanbevelingen aan (lokale) overheden .....	113
7.1.1 Faciliteren.....	113
7.1.2. De ondersteuningsvraag van de kwetsbare burger.....	113
7.1.3 Regelarm .....	114
7.1.4 Mantelzorgers.....	114
7.2 Aanbevelingen aan gehandicaptenzorg/zorgorganisaties .....	114
7.2.1 Innovatieve vormen van dienstverlening vanuit zorgorganisaties.....	114
7.2.2 Definitie 'zorg' .....	115
7.3 Aanbevelingen aan burgers .....	115
7.3.1 Communicatie .....	115
7.3.2 Ondernemerschap .....	115
7.3.2 Vrijwilligers.....	116
7.4 Afronding .....	116
Bronnenoverzicht .....	119

Bijlage 1 Gedecentraliseerde wetten .....	134
Bijlage 2 Overzicht projectselectie .....	136
Bijlage 3 Geselecteerde projecten .....	138
Bijlage 4 Interviewvragen + uitnodiging.....	140
Bijlage 5 Scoreboom (per project) .....	142
Bijlage 6 Scorematrix.....	150



# 1. Inleiding

---

In de inleiding worden in paragraaf 1.1 de aanleiding voor dit onderzoek beschreven, vervolgens in paragraaf 1.2 de doelstelling en de vraagstelling in 1.3. In deze inleiding wordt de relevantie beschreven in 1.4 en de afbakening van dit onderzoek in 1.5. De inleiding sluit af met de opbouw van deze thesis in 1.6.

## 1.1 Aanleiding

---

In Nederland heeft in de periode 2012-2015 een stelselwijziging in de gezondheidszorg/welzijnssector plaatsgevonden. Niet eerder in de Nederlandse geschiedenis was een stelselwijziging zo omvangrijk. Aanleiding voor de stelselwijziging was onder andere de te duur geworden ‘verzorgingsstaat’. De overheid koos voor grote bezuinigingen, maar ook voor een andere vormgeving van tot dan toe vigerende wet- en regelgeving. De nieuwe wet- en regelgeving doen een beroep op de eigen kracht van burgers, op participeren in de samenleving en op de samenleving die een gedeelte van de zorg<sup>1</sup> opvangt. Nederland maakt een verandering door van een verzorgingsstaat naar een participatiesamenleving. Deze veranderingen doen een beroep op de samenleving en zijn van invloed op de zorg aan kwetsbare burgers.

Kwetsbare burgers hebben veelal multicomplexe problematiek, zijn vaak afhankelijk van anderen, draagkracht en draaglast zijn uit balans en zij hebben vaak beperkte toegang tot hulpbronnen (VWS, 2013). Voor veel kwetsbare burgers is het daarom van groot belang dat zorg, begeleiding, ondersteuning of dienstverlening continu kan worden geboden. De termen ‘eigen kracht’, ‘eigen regie’ en ‘zelfredzaam’ worden in wet- en regelgeving en beleidsnotities vaak gebruikt. Daar waar de burger niet voor zichzelf kan zorgen wordt in eerste instantie een beroep gedaan op het sociale netwerk. Eigen verantwoordelijkheid staat centraal. Als gevolg van de bezuinigingen en als gevolg van de gewijzigde en nieuwe wetten, bestaat het risico dat kwetsbare burgers hun aanspraak op zorg verliezen.

De participatiesamenleving doet een beroep op alle burgers. Van hen wordt verwacht dat zij het eerste vangnet zijn voor kwetsbare medeburgers. Dat geldt niet alleen voor familie, maar ook voor vrienden, kennissen en burens.

---

<sup>1</sup> In dit onderzoek worden termen voor zorg, ondersteuning en begeleiding verwoord in de termen “zorg en dienstverlening” of kortweg “dienstverlening”

Inmiddels zijn er in Nederland diverse innovatieve initiatieven gestart die mogelijk een antwoord vormen op de veranderingen in de samenleving, mede als gevolg van de decentralisaties. Deze innovatieve burgerinitiatieven kunnen mogelijk zorgen voor continuïteit in de zorg en dienstverlening aan kwetsbare burger.

## 1.2 Doelstelling

---

De mogelijke gevolgen van de omvangrijke wetswijzigingen, die gepaard gingen met bezuinigingen, vormen de aanleiding tot dit onderzoek. De wijzigingen zijn ingegaan per 2015. Dit jaar geldt als een overgangsjaar. Veel vormen van zorg en dienstverlening zijn daarom in 2016 nog hetzelfde gebleven. De kans bestaat echter dat kwetsbare burgers, als gevolg van de bezuinigingen, geen toegang meer hebben of krijgen op de tot dan toe geboden zorg en dienstverlening of op andere vormen van gesubsidieerde dienstverlening.

Bij deze situatie past de bestuurskundige term *'wicked problem'* of een *'ontembaar probleem'*. Hieronder verstaan Koppenjan en Klijn (2004) grote onzekerheid over oorzaken van problemen en mogelijke oplossingen, waarbij rekening gehouden moet worden met onzekerheid over menselijk gedrag met betrekking tot deze problemen. Onzekerheid bij het oplossen van dergelijke problemen wordt veroorzaakt door de verschillende percepties van actoren en betrokkenen, waarbij informatie en kennis op verschillende wijzen worden geïnterpreteerd (Koppenjan & Klijn, 2004). Over welke interventies mogelijk zijn in geval van een wicked problem en welke effecten die hebben ontbreekt nog kennis (Bekkers, 2007).

De bedoeling van de overheid is dat er twee elkaar aanvullende bewegingen zullen ontstaan. Enerzijds zouden deze van onderop moeten ontstaan: zelf-organiserend vermogen in de samenleving en ondersteuning vanuit het netwerk van de burger. Anderzijds worden deze van bovenaf georganiseerd: aanvullende ondersteuning vanuit de gemeentelijke overheid. Door de overheid wordt daarom van de samenleving een participerende rol gevraagd, waarbij participatie staat voor "meedoen". De gehele samenleving moet betrokken zijn en mede-eigenaar worden van publieke voorzieningen. De overheid sluit aan met zorg en ondersteuning, niet andersom (Plasterk en Van Rijn, 2014).

Premier Rutte, die in april 2014 reageerde op de motie Slob, waarin een nadere toelichting en visie op de participatiesamenleving werd gevraagd, zei dat de overheid nog vaak handelt vanuit klassieke, hiërarchische verhoudingen. Deze zijn veelal formeel, probleemgericht, risicomijdend en controleerbaar. Deze houding zou maatschappelijk initiatief verdringen en dus moet ruimte worden geboden aan burgers om initiatieven te ontplooien (Putters, 2014).

In deze thesis wordt onderzocht of innovatieve vormen van dienstverlening continuïteit in dienstverlening kunnen bieden aan kwetsbare burgers, na decentralisatie van de AWBZ.

### 1.3 Centrale onderzoeksvraag en deelvragen

---

De overheid zet in op de transformatie van de verzorgingsstaat naar een participatiesamenleving. Nieuwe wet- en regelgeving, gepaard gaand met bezuinigingen, zijn hierop van invloed. De participatiesamenleving veronderstelt meer eigen regie, zelfredzaamheid en gebruik maken van het eigen netwerk en sociale omgeving. Innovatieve vormen van opvang, samenwerking en dienstverlening zullen verkend en onderzocht moeten worden. De gehandicaptensector, en ook gemeenten zijn zoekend naar manieren om continuïteit in dienstverlening aan kwetsbare burgers te bewerkstelligen.

Dit leidt tot de centrale vraag:

**Hoe kunnen burgers via innovatieve dienstverlening bewerkstelligen dat dienstverlening die tot de herzieningen van het zorgstelsel door zorginstellingen aan kwetsbare burgers met een handicap werd geleverd, kan worden gecontinueerd?**

De centrale vraagstelling wordt beantwoord aan de hand van de volgende deelvragen:

1. Wat wordt verstaan onder innovatieve dienstverlening, georganiseerd door burgers of zorgorganisaties, en wat wordt verstaan onder de continuïteit van dienstverlening aan kwetsbare burgers?
2. Welke gevolgen ervaren kwetsbare burgers van de veranderingen die in de zorg hebben plaatsgevonden na de decentralisatie van de AWBZ?
3. Welk type projecten van innovatieve dienstverlening wordt of kan worden geboden aan kwetsbare burgers met een handicap?
4. Op welke wijze draagt, volgens de initiatiefnemers van bestaande projecten, innovatieve dienstverlening bij aan continuïteit van dienstverlening?

Voor de beantwoording van deelvraag 1 wordt de achtergrond geschetst waartegen de overheid heeft gekozen voor een nieuw zorgstelsel. Tevens wordt gezocht naar de effecten van deze wijzigingen op zowel kwetsbare burgers als op de gehandicaptensector, die zorg en dienstverlening aanbiedt aan mensen met een verstandelijke en/of lichamelijke handicap.

Deelvraag 2 wordt beantwoord via deskresearch en literatuuronderzoek, waarbij zowel innovatieve dienstverlening als continuïteit van dienstverlening worden gedefinieerd.

Deelvraag 3 wordt beantwoord door onderzoek naar een aantal vormen van innovatieve dienstverlening die binnen de gehandicaptenzorg zijn ontwikkeld. Dit onderzoek zal deels via deskresearch verlopen en deels via kwalitatief onderzoek.

De beantwoording van deelvraag 4 wordt verkregen door het verrichten van kwalitatief onderzoek. De analyse vindt ex ante plaats. De uitkomst van deze deelvraag levert daarom hypothesen op met mogelijk enkele conclusies (zie verder paragraaf 3.1).

De beantwoording van de vier deelvragen leidt tot de beantwoording van de centrale vraag van dit onderzoek.

#### **1.4 Relevantie**

---

De meervoudige relevantie voor dit onderzoek is uit te splitsen in

1. Het onderzoek beschrijft de transitie van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving en geeft een overzicht van de wetswijzigingen die een stimulerend neveneffect zouden moeten hebben op de vormgeving van de participatiesamenleving. Tevens worden de gevolgen hiervan beschreven;
2. Dit onderzoek geeft een beeld van innovatieve vormen van dienstverlening die mogelijk kunnen bijdragen aan de continuïteit van zorg en dienstverlening aan kwetsbare burgers.

Dit onderzoek is uitgevoerd in een periode die geheel 2015 beslaat. In die periode was nog moeilijk aan te geven wat de effecten waren van de veranderde wet- en regelgeving en de daarmee gepaard gaande bezuinigingen. Aan het einde van dit decennium zal vervolgonderzoek hierop inzicht kunnen geven.

In Nederland heeft een grootschalige stelselwijziging plaats gevonden met grote bestuurlijke en financiële gevolgen. Kwetsbare burgers en de gehandicaptensector zijn in een relatief korte periode meermalen geconfronteerd met veranderingen, onder andere op vervoer en dagbesteding. Ook andere burgers merken steeds meer van de wijzigingen: er wordt een groter beroep op hen gedaan in de vorm van mantelzorg of vrijwilligerswerk. Vanuit dit oogpunt heeft dit onderzoek maatschappelijke relevantie.

Beoogd wordt een aantal innovatieve vormen van dienstverlening in kaart te brengen en te onderzoeken of deze dienstverlening continuïteit van zorg en dienstverlening aan kwetsbare burgers kan bewerkstelligen. Hiermee wordt een bijdrage geleverd aan theorievorming.

De opbrengst hiervan is bruikbaar in het maatschappelijke (zorg)veld alsmede in het brede bestuurlijke werkveld.

## 1.5 Afbakening / randvoorwaarden onderzoek

---

Dit onderzoek betreft een explorerend onderzoek met een kwalitatieve multiple casestudy als onderzoeksstrategie (Van Thiel, 2007) na literatuuronderzoek en deskresearch wordt het kwalitatieve deel van het onderzoek uitgevoerd onder diverse initiatiefnemers van projecten die zorg- en dienstverlening bieden aan mensen met een handicap (kwetsbare burgers).

De Wereld Gezondheidsorganisatie [WHO] stelde in 1980 een onderverdeling op in stoornis (afwijking of ziekte), beperking (in het persoonlijk functioneren) en handicap (stoornis of beperking leidend tot verstoringen in het maatschappelijk functioneren)(Endt, 2008). De persoonlijke beleving van de kwaliteit van leven speelt hierin een belangrijke rol, waardoor het begrip 'handicap' subjectief is. In de samenleving wordt veelal het begrip 'beperking' gebruikt. In dit onderzoek worden burgers bedoeld met verstandelijke en/of lichamelijk beperkingen die daar hinder van ondervinden in het sociaal-maatschappelijk functioneren. Beperkingen kunnen optreden in communicatie, zelfverzorging, zelfstandig wonen en werken, sociale en/of relationele activiteiten en worden daarom een 'handicap' genoemd (Rijksinstituut voor Volksgezondheid & Milieu, 2014).

Dit onderzoek richt zich op het werkveld zorg en dienstverlening aan mensen met een handicap. Dit kan zowel een verstandelijke, een lichamelijke als ook een zintuigelijke handicap zijn of wel een combinatie. Voor mensen met een handicap, die afhankelijk zijn van enige vorm van dienstverlening om te kunnen functioneren in het dagelijks leven, wordt de term 'kwetsbare burger' gebruikt. Het werkveld dat dienstverlening biedt aan mensen met een handicap wordt de gehandicapensector genoemd en maakt onderdeel uit van 'de care': verzorgende begeleiding. Dit onderzoek richt zich niet op de 'cure', dat genezende begeleiding betreft.

Het begrip innovatieve dienstverlening wordt in de beschrijving van dit onderzoek gebruikt. Hieronder worden innovatieve projecten verstaan die nieuwe vormen van organiseren beschrijven. Dit kan betrekking hebben op bijvoorbeeld andere financieringsbronnen of op een andere, nieuwe organisatiewijze. In relatie tot innovatieve dienstverlening worden in literatuur, in beleidsnotities of in de media vaak 'zorgarrangementen' aangehaald. Deze behelzen echter altijd een relatie met de overheid via subsidieregelingen en via een vorm van (kwaliteits)toezicht (Bekkers, 2007). Het begrip zorgarrangement wordt in deze thesis dan ook gemeden.

Het gaat in dit onderzoek niet om het meten van de mate van vernieuwing, maar de onderzoekseenheden (dienstverleningsprojecten, burgerinitiatieven) worden voorgeselecteerd op basis van de verkregen definitie van innovatieve dienstverlening.

De continuïteit van dienstverlening aan de kwetsbare burger staat in dit onderzoek centraal. In het theoretisch kader wordt dit nader uitgewerkt. Het gaat niet om de relatie mate van innovatie - mate van continuïteit van dienstverlening, maar om de mogelijkheden die innovatieve vormen van dienstverlening kunnen bieden op de continuïteit van dienstverlening aan kwetsbare burgers.

Met de stelselwijziging worden de wijzigingen bedoeld die bekend zijn onder 'Hervormingen in het zorgstelsel', vaak ook kortweg aangeduid met 'decentralisaties AWBZ'. Het betreft de veranderingen in wet- en regelgeving door het opheffen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten [AWBZ]. Deze is in delen gewijzigd: decentralisaties naar gemeenten (Wet maatschappelijke ondersteuning [Wmo], Jeugdwet en Wet passend onderwijs) en overheveling naar de Wet langdurige zorg [Wlz] en de Zorgverzekeringswet [Zvw].

## **1.6 Opbouw thesis**

---

In de inleiding is beknopt de grondslag van de stelselwijziging in de zorg en de aanleiding tot dit onderzoek beschreven. De probleemstelling werd uitgewerkt in de doelstelling van dit onderzoek die leidde tot de centrale vraag, onderverdeeld in deelvragen.

Het theoretisch kader in hoofdstuk 2 geeft een weergave van de centrale begrippen voor dit onderzoek: innovatieve dienstverlening en continuïteit van dienstverlening. Dit theoretisch kader mondt uit in een conceptueel model. In hoofdstuk 3 wordt de methodologische verantwoording van dit onderzoek gegeven. Aard en werkwijze van het onderzoek worden hierin beschreven: een toelichting op de keuze voor deze groep respondenten, de operationalisering van het onderzoek en een weergave van dataverzameling, -verwerking en -analyse. Hoofdstuk 3 sluit af met een beschrijving van de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek.

In hoofdstuk 4 en 5 worden de onderzoeksresultaten beschreven en geanalyseerd. Deze resultaten worden gecombineerd met de theoretische opbrengst uit hoofdstuk 2, waarmee via de deelvragen antwoord wordt gegeven op de centrale vraag. Aan deze analyse worden hypothesen en conclusies verbonden in hoofdstuk 6.

Deze thesis sluit af met aanbevelingen voor de toekomst in hoofdstuk 7.

## 2. Theoretisch kader

---

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van innovatieve dienstverlening (2.1) en het bieden van continuïteit (2.2) op basis van literatuur. Dit hoofdstuk sluit af met het conceptuele model (2.3).

### 2.1 Innovatieve vormen van dienstverlening

---

In deze paragraaf wordt gedefinieerd wat er vanuit de literatuur met innovatieve vormen van dienstverlening wordt bedoeld. Eerst wordt in subparagraaf 2.1.1 reguliere dienstverlening gedefinieerd. Vervolgens wordt in subparagraaf 2.1.2 innovatieve dienstverlening gedefinieerd.

#### 2.1.1 Reguliere dienstverlening

Dienstverlening, ook wel de quartaire sector genoemd wordt door het Sociaal Cultureel Planbureau grofweg gedefinieerd als “niet-commerciële dienstverlening” ofwel de gehele collectieve sector evenals alle non-profitorganisaties. Maatschappelijke functies vormen in deze organisaties de kern. Onder deze dienstverlening vallen openbaar bestuur, openbare orde en veiligheid, sociale zekerheid, onderwijs en onderzoek, zorg en welzijn, cultuur en recreatie, maatschappelijke organisaties, infrastructuur, milieudienstverlening en volkshuisvesting (Kuhry & Torre, 2002).

Dienstverlening kan worden gezien als een proces waarin service een belangrijke rol speelt (Kedzierski & Vlemmix, 1995). Dienstverlening als een aanbodgerichte benadering, die voorheen veel meer gangbaar was, is onder druk van toegenomen individualisering en mondigheid van de burger gewijzigd in dienstverlening die meer is toegesneden op het individu. Verschuivingen vonden daardoor plaats van o.a. aanbodgerichte naar vraaggerichte dienstverlening en van collectieve naar individuele dienstverlening. Bij deze vormen van dienstverlening staan de vraag en het leveren van maatwerk centraal (Bekkers, 2007).

#### 2.1.2 Innovatieve dienstverlening

Het begrip ‘innovatie’ heeft altijd een relatie met vernieuwing. In paragraaf 1.5 werd beschreven dat innovatieve dienstverlening betrekking kan hebben op financieringsbronnen of op organisatievormen. In deze subparagraaf wordt hier nader op ingegaan.

In de literatuur wordt innovatieve dienstverlening vaak in verband gebracht met het begrip sociaal ondernemerschap. Hieronder worden ‘nieuwe organisatievormen’ verstaan, een ‘continu proces van verbeteren’, ‘ontwikkelen van een duurzame strategie’, ‘sociale doelstelling’, ‘lokale inbedding’, ‘vernieuwing’, ‘genereren van eigen inkomsten’, ‘risico nemen’ en ‘wijk- of buurtgericht’ werken.

Sociaal ondernemen wordt in verband gebracht met een nieuwe of betere manier om sociale waarde te creëren. Franssen en Scholten benoemen het verschil in het meten van succes tussen een commerciële en een sociale onderneming: bij de eerste kan de winst gekwantificeerd worden, bij de tweede is dit minder concreet te maken. Franssen en Scholten halen in dit verband 'succesvol zijn', 'bestaansrecht hebben', 'return on investment', en 'maatschappelijk resultaat' aan (Franssen & Scholten, 2011).

Sterk et al. (2013) beschrijven de definitie van Hoogendoorn en Linssen rondom sociaal ondernemerschap als een 'goede zaak': "Sociaal ondernemerschap is een vorm van ondernemerschap waarbij het ontdekken, evalueren en exploiteren van kansen primair is gericht op een sociaal doel. De sociale ondernemer combineert een idealistische gedrevenheid om een bijdrage te leveren aan een sociaal of ecologisch vraagstuk met de eigenschappen van een ondernemer" (Sterk e.a. 2013; p.33).

Van der Kooij (1988) verzamelde voor zijn onderzoek "Innovatie gedefinieerd" 76 definities van 'innovatie'. Enkele citaten uit dit onderzoek zijn de definitie van Barnett (1973): "Innovatie wordt gedefinieerd als elke gedachte, gedrag of iets wat nieuw is, omdat het kwalitatief verschilt van bestaande vormen"; de definitie van Galbraith (1982): "Innovatie is het product van het toepassen van een nieuw idee om een nieuw proces of product te creëren"; Quinn (1979): "Innovatie is het creëren en introduceren van originele oplossingen voor nieuwe, maar reeds geïdentificeerde behoeften" (Van der Kooij, 1998).

Zorginstituut Nederland (2010) hanteert een soortgelijke definitie: "Het proces van innovatie draait om dingen op een nieuwe (en zo mogelijk ook betere) manier aan te pakken. Innovatie kan plaatsvinden binnen organisaties maar ook binnen bredere verbanden" (Zorginstituut Nederland, 2010); De SER (2003) definieert: "Innovatie is een vernieuwing van goederen, diensten, processen of organisatievormen"(SER, 2003; p.58); Het CBS (2016): "Alle activiteiten die gericht zijn op vernieuwing in een bedrijf. Innovaties kunnen zowel technologisch als niet-technologisch van aard zijn" (CBS, 2016a). Volgens Volberda (2007) komen innovaties tot stand wanneer er veranderingen zijn in de omgeving. Zolang de omgeving een mate van stabiliteit kent voldoen traditionele vormen van dienstverlening (Volberda, 1998 in Volberda e.a., 2007).

Innovatieve dienstverlening ontstaat op basis van de wens iets te willen veranderen. Bij een nieuw initiatief moet 'het verschil' worden gemaakt ten opzichte van de vorige situatie. Dit levert een legitimering op van de beoogde innovatie. 'Het verschil' kan bijvoorbeeld gelegen zijn in het vinden van financiële middelen of de onafhankelijkheid daarvan. Ten opzichte van de vorige situatie moet er ook 'meerwaarde' zijn. Meerwaarde kan bijvoorbeeld worden gevonden in de betrokkenheid van de buurt bij een innovatief project (Kruiter e.a., 2015).



Innovatiekracht verlangt andere manieren van denken en doen, volgens De Graaff en Nuiver (2015). Zij verzamelden vijftig perspectieven die samen een niet geclassificeerde opsomming van suggesties en mogelijke werkwijzen vormden om te komen tot nieuwe werkwijzen.

Deze perspectieven werden in drie verschillende categorieën onderverdeeld:

- “Harde” perspectieven, die te associëren zijn met structuren en systemen;
- “Softe” perspectieven, die te associëren zijn met gevoel, onwetenschappelijkheid;
- Gemeenschappelijk belang, dat te associëren is met waarden (De Graaff & Nuiver, 2015).

Van der Lans (2011) beschrijft een aantal verschillen tussen institutionele zorg en sociale vernieuwing. Bij het institutionele denken passen begrippen als ‘oplossen’, ‘behandelplan’, ‘focus op problemen’, ‘verplichting’, ‘gericht op verleden en heden’. Bij sociale vernieuwing selecteerde hij daar tegenover de begrippen ‘ondersteuning’, ‘eigen kracht’, ‘focus op mogelijkheden’, ‘vertrouwen’, ‘gericht op heden en toekomst’ (Van der Lans, 2011).

Rotmans (2015) stelt zich nieuwe vormgeving van ‘de zorg’ voor als kleinschalig, ontstaan vanuit de eigen woon- en leefomgeving, waarbij de zorgvrager zelf centraal staat in de eigen sociale omgeving en vanuit de eigen leefwijze. Hij noemt dit nog niet nader gedefinieerde zorgsysteem “zorg 3.0.” Rotmans pleit voor het starten van (radicale) innovatieve experimenten, waarbij wordt uitgegaan van eigen kracht van burgers, zorg in de eigen omgeving en binnen het eigen netwerk. Bij innovaties in de eigen omgeving van de zorgvrager zijn andere burgers nodig. Rotmans gebruikt hiervoor, naast het begrip zelfredzaamheid, het begrip ‘samenredzaamheid’. Voorwaarden die Rotmans stelt aan innovatie-experimenten zijn mensgericht, economisch ‘volhoudbaar’ en maatschappelijk ingebed (Rotmans, 2015). In de samenleving is een toenemend verlangen zichtbaar naar de menselijke maat. Dit impliceert kleinschaligheid, overzichtelijkheid en vormgeving naar eigen inzicht. (Lampert en Wijffels, 2012 in Hendriks, 2014).

In de tegenstelling tussen de individualiserende samenleving en de participatiesamenleving lijkt de behoefte te ontstaan aan contact en samen doen. ‘Samen doen’ wordt samengevat als het relatieprincipe van waaruit burgerinitiatieven, nieuwe professionals, nieuwe vormen van samenwerking, creativiteit en innovaties kunnen ontstaan. Vanuit het relatieprincipe ontstaan vormen van organiseren als bottom-up initiatieven en zelfsturing (Hendriks, 2014).

Mensen lijken eerder bereid te zijn iets te organiseren en ergens hard voor te vechten als zij ergens intens door worden beïnvloed (Wilson in Stone, 2009). De waarden ‘loyaliteit’ en ‘liefdadigheid’ worden als voorwaarden tot bereidheid om zich in te zetten voor anderen benoemd (Roosenboom & De Vries, 2014).

Maatschappelijke betrokkenheid, iets te willen doen voor de samenleving of voor de ander, zijn hierop aanvullend. Stone (2012) noemt deze waarden 'need' ofwel levensbehoeften; iedereen onderschrijft ze, het zijn de minimale voorwaarden om te kunnen overleven. Deze behoeften worden door de samenleving erkend als legitiem. Mensen hebben behoefte aan sociale contacten, solidariteit en ergens bij te horen. Hiertoe wordt hebben en ontvangen gerekend, maar ook geven en helpen. Niet materie, maar contacten en relaties vormen hierin de kern (Stone, 2012).

Stone (2012) spreekt van 'waarden' bij het organiseren van nieuwe vormen van dienstverlening. In dit kader beschrijft zij het 'polismodel' dat uitgaat van collectieve wil en inspanning van burgers om doelen te bereiken ten behoeve van medeburgers (Stone, 2012). Om deze collectieve wil en inspanning te kunnen leveren moet er sprake zijn van een zekere bereidheid. Onder deze bereidheid worden waarden genoemd als loyaliteit, liefdadigheid, betrokkenheid, solidariteit en wederkerigheid (Newman & Clarke, 2009).

Vet et al. (2012) beschrijven 'ontluikende krachten die gekenmerkt zouden kunnen worden als een transitiebeweging van ondernemende burgers die tegen de stroom in goede praktijken aan de onderkant van de samenleving proberen te continueren' (Vet e.a., 2012; p.54). Bij deze initiatieven worden drie kenmerken benoemd:

- kernwaarden staan centraal: mens in het middelpunt, eigen kracht versus aanbod;
- integraal werken: werken op basis van vertrouwen en regelarm;
- incidentele financiering: continuïteit wordt gevonden door te ondernemen en doorlopend te zoeken naar financieringsbronnen (Vet e.a., 2012).

Volgens Mintzberg (2008) kunnen innovaties mogelijk worden gemaakt als sprake is van flexibele en informele besluitvormingsprocessen en informatieoverdracht. Ondernemers hebben affiniteit met deze instelling, omdat bureaucratische procedures de flexibiliteit ondermijnen. Innovaties floreren niet bij gestandaardiseerde procedures. Innoveren vereist ondernemerschap, waarbij controle en soms tegenvallende financiële resultaten (tijdelijk) onderschikt mogen zijn (Mintzberg, 2008). Echte innovatie tegenover kleine en stapsgewijze veranderingen vraagt om lef en manoeuvreren buiten de bekende routines en afspraken om (Rotmans, 2015).

## **2.2 Continuïteit van dienstverlening**

---

In deze paragraaf wordt beschreven wat wordt verstaan onder continuïteit van dienstverlening (2.5.1) en wordt continuïteit van dienstverlening in de gehandicaptensector gedefinieerd (2.5.2).

### **2.2.1 Continuïteit van zorg en dienstverlening**

In gangbare definities wordt continuïteit uitgelegd als een ononderbroken samenhang, een doorlopend verband, een voortgaand proces (Van Dale, 1999).

Continuïteit van dienstverlening kan worden beschreven als de ondersteuning door een zorgverlener aan een zorgvrager, welke een doorlopend karakter heeft teneinde zelfstandigheid en deelname aan het maatschappelijk leven zoveel mogelijk te bevorderen. Hieronder kunnen fysiek, psychologisch, relationeel en cultureel welzijn worden begrepen (Houweling-Meijers, 2011).

Haggerty et al. (2003) geven aan dat er geen consensus is over een definitie van continuïteit van zorg, maar dat de begrippen 'informatie', 'relatie' en 'management' in verband kunnen worden gebracht met continuïteit van zorg. Afstemming op de zorgvrager en toegang tot relevante gegevens spelen hierin een belangrijke rol. Onder management wordt verstaan dat de zorg en dienstverlening dusdanig samenhangend moet zijn dat deze wordt aangepast bij veranderende behoeften van de zorgvrager (Haggerty e.a., 2003).

### **2.2.2 Continuïteit van zorg en dienstverlening in de gehandicaptensector**

Langdurige zorgbehoefte van kwetsbare burgers impliceert een langdurige relatie, waarbij meerdere dienstverleners betrokken zullen zijn (IGZ, 2007). Langdurige relaties met zorg- en dienstverleners lijken vaak het substituuat voor het sociale netwerk van kwetsbare burgers (Embregts, 2013). De overdracht en samenhang in deze dienstverlening moeten goed op elkaar aansluiten. Wanneer andere zorgverleners betrokken zijn wordt ook een beroep gedaan op informatie-uitwisseling, afstemming en samenwerking en tegelijkertijd op samenhang en flexibiliteit (IGZ, 2007; NIVEL, 1998).

Continuïteit wordt vanuit de pedagogiek in verband gebracht met opvoeden waarbij structuur, door overzicht, rust en vaste patronen, en relatie kernbegrippen vormen. Deze continuïteit, mits in een veilige omgeving aangeboden, kan worden opgevat als de basis waar ieder optimaal tot zijn recht kan komen en van waaruit geleerd kan worden, ieder naar de eigen mogelijkheden (Kok, 1999). Vanuit continuïteit ontstaan groeimogelijkheden die de basis leggen om optimaal te kunnen participeren in de samenleving (Kuipers, 1999).

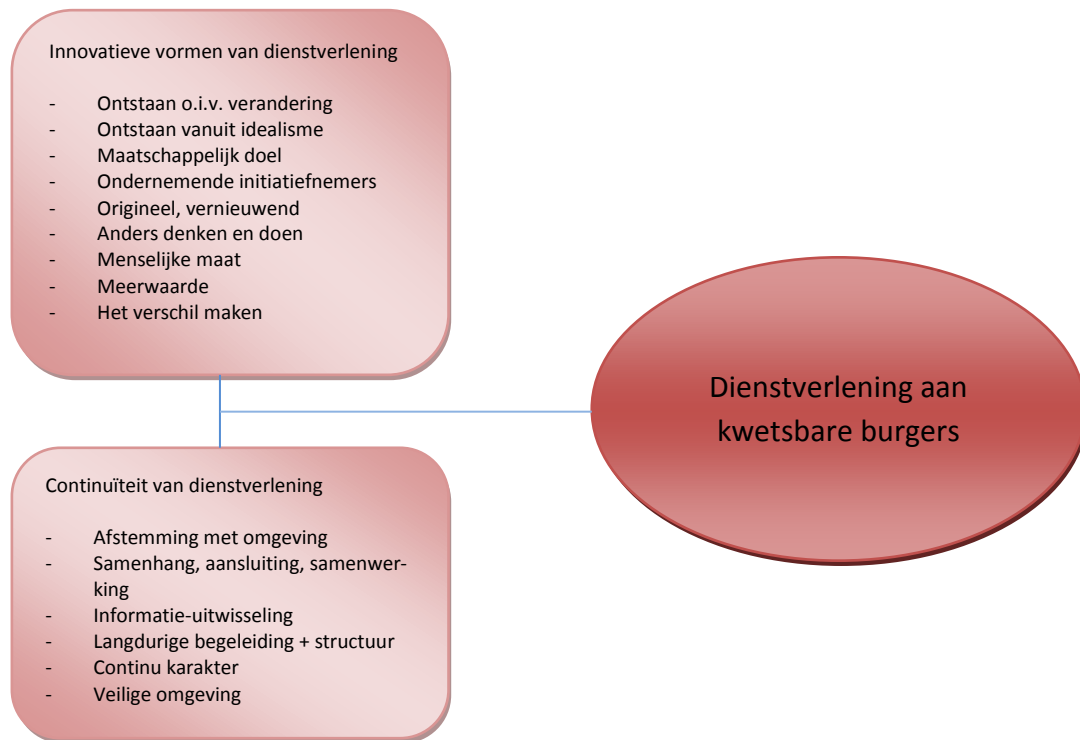
## **2.3 Conceptueel model**

---

De concepten 'innovatieve vormen van dienstverlening' en 'continuïteit van dienstverlening (aan kwetsbare burgers)' vormen de kern van dit onderzoek. Kunnen innovatieve vormen van dienstverlening continuïteit bieden aan kwetsbare burgers na de hervormingen in het zorgstelsel, is de doelstelling van dit onderzoek. In de empirische toetsing wordt dit onderzocht door middel van de 'theoretische bril'.

De theoretische bril wordt gevormd door de verkregen kenmerken bij beide concepten. De verkregen informatie uit het kwalitatieve onderzoek wordt beoordeeld op de kenmerken bij deze concepten.

Het conceptuele model (zie figuur 1) ziet er als volgt uit:



Figuur 1. Conceptueel model

In hoofdstuk 3 worden onderzoeksstrategie, -methoden en -techniek beschreven.

### 3. Methodologie en operationalisering

---

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksstrategie beschreven. In paragraaf 3.1 is het type onderzoek weer gegeven. Vervolgens worden de onderzoeksmethoden toegelicht: in de paragrafen 3.2 en 3.3 het literatuuronderzoek en de deskresearch met de dataverzameling, in paragraaf 3.4 het kwalitatieve onderzoek met de onderzoekspopulatie, de dataverzameling en -verwerking, de operationalisering en de topics en interviewvragen beschreven. In de daarop volgende paragrafen is te lezen op welke wijze er rekening is gehouden met validiteit (3.5) en betrouwbaarheid (3.6).

#### 3.1 Type onderzoek

---

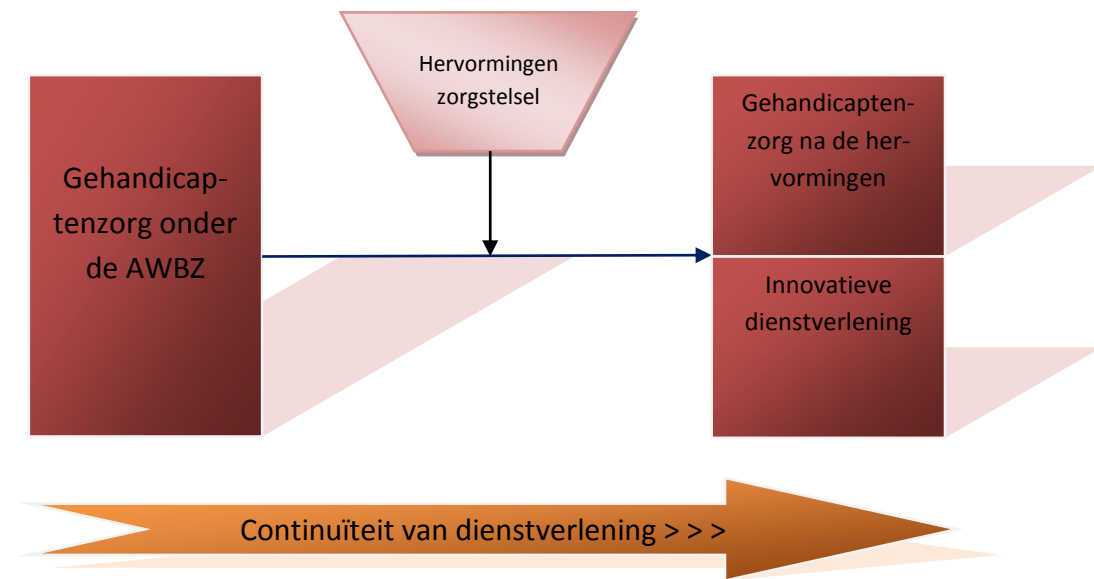
Er is gekozen voor explorerend onderzoek met een kwalitatieve multiple casestudy als onderzoeksstrategie (Van Thiel, 2007). Het onderzoek wordt ex ante uitgevoerd; er is nog weinig bekend over de gevolgen van de recente hervormingen in het zorgstelsel voor de samenleving (kwetsbare burgers, burgers, gehandicaptenzorg). Afhankelijk van de uitkomsten wordt beoordeeld of vervolgonderzoek nodig is en worden hypothesen geformuleerd. Indien voldoende uitkomsten kunnen worden gegenereerd worden conclusies getrokken.

De nadruk van dit onderzoek ligt op het tweede theoretische concept 'continuïteit van dienstverlening aan kwetsbare burgers'. Na het literatuuronderzoek wordt deskresearch uitgevoerd. Dit is noodzakelijk om de context te schetsen en om projecten te selecteren ten behoeve van het kwalitatieve onderzoek.

De multiple casestudy richt zich enerzijds op het selecteren en beschrijven van innovatieve vormen van dienstverlening. Anderzijds op het interviewen van de initiatiefnemers of vertegenwoordigers van deze innovatieve vormen van dienstverlening.

Aan de hand van de interviews met de initiatiefnemers of vertegenwoordigers van innovatieve dienstverlening wordt informatie verkregen met betrekking tot de invloed van innovatieve dienstverlening op continuïteit van dienstverlening aan kwetsbare burgers na de hervormingen van het zorgstelsel. De verkregen opbrengst uit dit onderzoek leidt in dit stadium nog niet tot een nieuwe theorie. Gezocht wordt naar (een) richtinggevende hypothese(n) die bruikbaar is (zijn) voor vervolgonderzoek. Vervolgonderzoek kan deductief van aard zijn, namelijk dat op basis van hypothesen theorie kan worden ontwikkeld met betrekking tot de continuïteit van dienstverlening aan kwetsbare burgers door middel van innovatieve dienstverlening (Van Thiel, 2007).

Het onderzoeksmodel ziet er als volgt uit:



Figuur 2. Onderzoeksmodel

### 3.2 Literatuuronderzoek

De begrippen ‘innovatieve vormen van dienstverlening’ en ‘continuïteit van dienstverlening’ werden vanuit de literatuur gedefinieerd in hoofdstuk 2. Door middel van literatuuronderzoek werd gezocht naar kenmerken die kenmerkend zijn voor innovatieve dienstverlening met de bedoeling te onderzoeken of innovatieve dienstverlening een rol heeft in het bieden van continuïteit van dienstverlening aan kwetsbare burgers, na de hervormingen in het zorgstelsel. Verheldering van wat wordt beoogd met innovatieve dienstverlening en inzicht in het bieden van continuïteit van dienstverlening aan kwetsbare burgers werd gevonden door diverse definities uit beschikbare literatuur te verzamelen. Deze leiden tot stipulatieve definities (zie 3.4.4).

### 3.3 Deskresearch en dataverzameling

Het doel van het eerste gedeelte van de deskresearch is om de situatie in Nederland in kaart te brengen met betrekking tot de hervormingen in het zorgstelsel en de aanleiding hiervan. Dit wordt beschreven in het proces van AWBZ naar nieuwe wetgeving binnen de zorg; de transitie.

Daarnaast wordt naar de gevolgen van deze hervormingen gezocht op nationaal en gemeentelijk niveau. Tot slot worden de gevolgen of de mogelijke gevolgen voor burgers en kwetsbare burgers beschreven. Het eerste gedeelte van de deskresearch wordt tevens gebruikt om te verkennen wat de gevolgen zijn van de hervormingen in het zorgstelsel voor de gehandicaptenzorg, en om te verkennen wat de gevolgen zijn van deze hervormingen op de continuïteit van dienstverlening aan kwetsbare burgers. Op basis van literatuur en documentenanalyse wordt achtergrondinformatie verzameld over de historie van de verzorgingsstaat en de verwachtingen bij de participatiesamenleving.

De begrippen in de centrale vraag en de afbakeningscriteria die genoemd zijn in paragraaf 1.5, zijn leidend bij de keuze en/of de beoordeling van een bron.

Met betrekking tot de uitvoering van het kwalitatieve onderzoek is het noodzakelijk (innovatieve) vormen van dienstverlening te selecteren waaronder dit onderzoek kan worden uitgezet. Dit vindt plaats in het tweede deel van de deskresearch.

Aan de hand van de kenmerken van innovatieve vormen van dienstverlening uit het theoretisch kader worden de volgende zoektermen gehanteerd: 'innovatie', 'maatschappelijk', 'ondernemend', 'nieuw', 'verandering', etc. (zie conceptueel model). Op basis van deze zoektermen wordt via Google op internet gezocht naar vormen van dienstverlening, die mogelijk een innovatief karakter hebben.

Kenniscentra en databases worden ook gebruikt om innovatieve dienstverleningsvormen in kaart te brengen, onder anderen bij Zorg voor Innoveren, Health Impact Bond, Movisie en Vilans.

Op basis van de inclusiecriteria worden maximaal twintig innovatieve vormen van dienstverlening aan kwetsbare burgers geselecteerd. Uit de verzamelde projecten (zie bijlage 2), die voldoen aan de selectiecriteria op basis van de theorie, worden tien projecten die dienstverlening aanbieden aan kwetsbare burgers met een handicap, geselecteerd voor dit onderzoek. Bij deze tien projecten zal een interview worden afgenomen met de initiatiefnemer(s) of vertegenwoordiger(s) van deze projecten.

### **3.4 Kwalitatief onderzoek en dataverzameling**

---

In deze paragraaf worden achtereenvolgens de onderzoekspopulatie (3.4.1), de dataverzameling (3.4.2), de dataverwerking (3.4.3) en de data-analyse, operationalisering, topics en interviewvragen (3.4.4) uiteen gezet.

### **3.4.1 Onderzoekspopulatie**

De interviews worden afgenomen bij de initiatiefnemers of de vertegenwoordigers van de geselecteerde innovatieve vormen van dienstverlening aan kwetsbare burgers. Homogeniteit in de selectie van deze innovatieve vormen van dienstverlening vindt plaats op basis van het innovatieve karakter en de subgroep onder kwetsbare burgers: mensen met een handicap.

Deze onderzoekspopulatie wordt gekozen omdat de initiatiefnemers sleutelfiguren zijn (gevoel) bij de totstandkoming van deze projecten. Deze initiatiefnemers zijn meestentijds nog betrokken bij deze projecten en kunnen informatie geven over de diverse kenmerken die genoemd worden bij de operationalisering (3.5). Indien het niet mogelijk is met de initiatiefnemer te spreken dan zal een andere vertegenwoordiger van het betreffende initiatief worden geïnterviewd.

### **3.4.2 Dataverzameling**

In deze subparagraaf volgt een toelichting op de dataverzameling uit het kwalitatieve deel van het onderzoek (de interviews).

Het onderzoek kent een explorerend karakter: de topics en interviewvragen worden afgeleid uit het theoretisch kader en niet uit de probleemstelling. In een semigestructureerd interview liggen de onderwerpen vast, in tegenstelling tot de interviewvragen. Deze werkwijze is het meest passend omdat niet-feitelijke informatie moet worden verkregen (Van Thiel, 2007). De semigestructureerde interviews worden afgenomen aan de hand van topiclijsten. Deze topiclijsten worden samengesteld op basis van de theorie over innovatieve vormen van dienstverlening en de theorie over continuïteit van dienstverlening.

Bij de vertegenwoordigers van de tien geselecteerde projecten wordt een interview afgenomen. De statuten, voorbereidings- beleids- of werkplannen en businessplannen die ten behoeve van deze projecten opgesteld zijn worden, indien deze beschikbaar worden gesteld, geanalyseerd. De opbrengst van dit deel van de deskresearch wordt beschreven in hoofdstuk 5.

De vragen ten behoeve van het semigestructureerde interview worden kort, objectief en begrijpelijk (niet ambigu) opgesteld. Zoveel mogelijk wordt bestuurlijk of 'zorg'-jargon gemeden. De codes uit subparagraaf 3.6.1 worden omgezet in topics waaraan interviewvragen zijn gekoppeld (zie bijlage 4).



### 3.4.3 Dataverwerking

Data uit het eerste deel van de deskresearch worden gezocht in literatuur, stukken die zijn gepubliceerd door de Rijksoverheid, brieven aan de Tweede Kamer of wetteksten (AWBZ, Wlz, Wmo, Jeugdwet, Participatiewet, Wet Passend Onderwijs, Wzw, WSW, Wwb en WA-JONG). Data worden ook gezocht bij instellingen die gerelateerd zijn aan de overheid zoals de WRR, SCP, SER, NZa, ZonMw, de Algemene Rekenkamer, Bureau Beleidsonderzoek, het CBS en het CIZ maar ook bij door de overheid geïntroduceerde sites: Nationaal Kompas Volksgezondheid en Transitiebureau Wmo. Voorts zal informatie worden verzameld bij koepelorganisaties zoals VGN, VNG, Actiz, en de kenniscentra Vilans en Movisie. Relevante tijdschriften worden geraadpleegd, waaronder Binnenlands Bestuur, Klik en Zorgvisie. Wanneer meerdere documenten beschikbaar blijken wordt gefocust op het document vanuit de meest betrouwbaar geachte bron (Rijksoverheid versus artikel in een tijdschrift; SER versus koepelorganisatie), met de meest complete informatie of met de meest recente datum. Documenten en literatuur ouder dan tien jaar worden slechts dan gebruikt wanneer er een verwijzing plaatsvindt naar bijvoorbeeld de verzorgingsstaat of naar de voorgeschiedenis van wetten die langer geleden tot stand kwamen.

De informatie uit de verkregen interviews wordt geregistreerd via geluidsopnamen op een *iPad*, die vervolgens worden uitgewerkt. De opgestelde topiclijst kan voorkomen dat informatie wordt gemist. De topics zijn identiek aan de thematische codes en worden vooraf vastgesteld. Dit wordt precoderen genoemd (Baarda e.a., 2009). De getranscribeerde teksten worden onderverdeeld in fragmenten. Deze fragmenten worden beoordeeld op het voorkomen van codes en kenmerken zoals die vooraf, op basis van de theorie, zijn vastgesteld. Synoniemen van deze kenmerken worden tevens gemarkeerd. De wijze van scoren wordt beschreven bij de operationalisering in subparagraaf 3.5.4.

Transcript fragment	Codering
Interviewer: Wat is in verband met idealisme nog meer aan de orde volgens u? Waar denkt u dan aan? Respondent: .....	Code: Ontstaan uit idealisme  Kenmerk of synoniem voor kenmerk.....

### 3.4.4 Data-analyse, operationalisering, topics en interviewvragen

De informatie uit de interviews met de respondenten wordt aan de hand van vooraf vastgestelde topics gecodeerd. De codes zijn identiek aan de topics en afgeleid uit de definities 'innovatieve dienstverlening' en 'continuïteit van dienstverlening' en worden op basis van de theorie onderverdeeld in kenmerken.

### Innovatieve dienstverlening

Aan de hand van het theoretisch kader in hoofdstuk 2 wordt gedefinieerd wat er in het kader van dit onderzoek onder innovatieve dienstverlening wordt verstaan. De projecten die tijdens dit onderzoek worden onderzocht worden geselecteerd op basis van verkregen kenmerken van innovatieve dienstverlening vanuit de literatuur:

- De dienstverlening is ontstaan onder invloed van veranderingen als gevolg van nieuwe wet- en regelgeving (innovatieve initiatieven ontstaan sneller wanneer er veranderingen in de omgeving zijn);
- De dienstverlening is ontstaan vanuit idealisme (maatschappelijke betrokkenheid, bereidheid iets te doen voor anderen, liefdadigheid, loyaliteit);
- De dienstverlening heeft een maatschappelijk doel (initiatiefnemers die een vorm vinden voor de transformatie naar nieuwe vormen van dienstverlening);
- De dienstverlening is opgezet door ondernemende initiatiefnemers (succesvol zijn, risico's durven nemen, bestaansrecht hebben);
- De dienstverlening is origineel (uitgangspunten, organisatie, begeleiding zijn op een andere wijze georganiseerd dan 'klassieke' of 'reguliere' zorgorganisaties. Gericht op mogelijkheden in plaats van op beperkingen, bijvoorbeeld door samenwerking met bedrijfsleven of combineren van verschillende sectoren of SROI);
- De dienstverlening kent een andere manier van denken en doen door betrokken burgers of organisaties (de focus ligt op kansen en mogelijkheden in plaats van op belemmeringen en problemen, bedenken van creatieve en inventieve oplossingen);
- De dienstverlening is vernieuwend (zowel technologische als niet-technologische ondersteuning wordt ingezet, gericht op heden en toekomst, nadruk op regelarm organiseren);
- De dienstverlening heeft een menselijke maat (geen grootschalige organisatie, maar kleinschalige initiatieven middenin de samenleving);
- De dienstverlening heeft meerwaarde ten opzichte van de bestaande dienstverlening (er is draagkracht vanuit de samenleving/omgeving, voegt iets toe aan nieuwe, maar reeds geïdentificeerde behoeften van kwetsbare burgers (de ondersteuningsvragen van kwetsbare burgers zijn niet nieuw, maar wel de wijze waarop de samenleving hierop een antwoord kan bieden);
- De dienstverlening maakt het verschil ten opzichte van reguliere (gefinancierde) dienstverlening (andere wijzen van financiering en organisatie).

### Continuïteit van dienstverlening

Op basis van de theorie in hoofdstuk 2 wordt continuïteit van dienstverlening als volgt gedefinieerd:

- Er is sprake van afstemming tussen vorige dienstverlening (die vervallen is vanwege de hervormingen in het zorgstelsel) en innovatieve vorm van dienstverlening;
- Er is samenhang tussen omgeving en innovatieve vorm van dienstverlening;
- Er is sprake van aansluiting in begeleiding, ondersteuning, zorg en de dienstverlening vanuit de innovatieve vorm van dienstverlening;
- Er is samenwerking tussen reguliere zorgaanbieders (arts, wijkverpleging, thuiszorg, fysiotherapeut, etc.) en de innovatieve vorm van dienstverlening;
- Er vindt informatie-uitwisseling plaats tussen verschillende betrokken dienstverleners of wanneer sprake is van de overgang tussen de ene naar de andere dienstverlener;
- De dienstverlening behelst begeleiding en structuur aan kwetsbare burgers;
- De dienstverlening heeft een continu karakter (zo lang als nodig en bij voorkeur in een langdurige relatie tussen zorgvrager en dienstverlener);
- De dienstverlening wordt aangeboden in een veilige omgeving (voorwaarden om tot ontplooiing te komen, opvang wordt geboden).

### Bepaling of een project innovatief is en of een project continuïteit kan bieden

Om te bepalen of projecten innovatieve dienstverlening bieden worden in de interviews vragen gesteld op basis van kenmerken die passen bij de thematische codes totstandkoming van een project en de organisatie van een project.

Om het innovatieve karakter van een project te kunnen duiden worden de geïncludeerde projecten gescoord op kenmerken die door respondenten worden genoemd en passen bij een vooraf opgestelde code. Thematische codes worden op basis van de theoretische kenmerken, zoals gespecificeerd in bijlage 5, bepaald. Als in de transcripten synoniemen of gerelateerde begrippen van deze kenmerken worden herkend worden deze synoniemen via open codering geschaard onder één van de vooraf opgestelde thematische codes.

Op basis van de scores die zijn toegekend aan de diverse kenmerken wordt bepaald of de diverse kenmerken van innovatieve dienstverlening en continuïteit van dienstverlening aan kwetsbare burgers van toepassing zijn op een bepaald project.

In de interviews zal daarnaast worden gevraagd naar inzicht in stukken, waaruit kan blijken dat er sprake is van een innovatieve vorm van dienstverlening (statuten, voorbereidingsbeleids- of werkplannen, businessplannen, etc.) In deze stukken worden doelgroep, doelstellingen, financieringswijze, etc. nagegaan.

Onder innovatieve vormen van dienstverlening zijn tien thematische codes op basis van de theorie geformuleerd: vier bij 'totstandkoming' en zes bij 'organisatie'. Aan deze codes wordt een verschillend gewicht gekoppeld. De thematische codes die worden gescoord bij de totstandkoming en de organisatie van de dienstverlening, zoals 'ontstaan vanuit idealisme' en 'dient een maatschappelijk doel' zouden ook bij niet-innovatieve projecten een rol kunnen spelen en worden om die reden gewaardeerd met 1 punt. De overige thematische codes worden gewaardeerd met 2 punten.

Om te kunnen bepalen of een innovatieve vorm van dienstverlening continuïteit kan bieden, wordt op dezelfde wijze gescoord. De kenmerken per thematische code bij continuïteit van dienstverlening, worden gescoord met 1 punt, met uitzondering van 'dienstverlening bieden zolang als nodig is'. Dit kenmerk onderscheidt zich sterker, omdat reguliere dienstverlening slechts dan geboden kan worden als een indicatie of beschikking aanwezig is, terwijl innovatieve projecten hiervan niet afhankelijk zijn.

Fragmenten uit de interviews worden gecodeerd aan de hand van de theoretische codes (topics) en kenmerken. In de scoreboom (zie figuur 3 en bijlage 5) worden de scores per kenmerk weergegeven aan de hand van de verkregen informatie uit de interviews. Synoniemen van een kenmerk krijgen dezelfde score. Daarnaast wordt een score gegeven op basis van verkregen informatie vanuit relevante stukken die worden opgevraagd, zoals statuten, beleidsplannen, businessplannen, etc. Per interview worden de scores in een scoreboom geplaatst.

Alle scores worden daarna samengevoegd in een coderingsmatrix (zie bijlage 6) waarin alle onderzochte vormen van dienstverlening naast elkaar zijn weergegeven. Bij elk kenmerk wordt in de scorematrix 'anders' genoemd. Hier wordt op kenmerken gescoord die uit de getranscribeerde tekstfragmenten worden gehaald en niet nader zijn omschreven, maar herkend werden vanuit de theorie dan wel passen bij de thematische code. Deze krijgen geen punten maar een + en worden niet meegeteld in de weging, maar kunnen van invloed zijn op het analyseren en trekken van conclusies. Indien gemiddeld 65% gescoord wordt op de diverse kenmerken bij totstandkoming (32 punten) en bij organisatie (40 punten), wordt een vorm van dienstverlening als innovatief beschouwd.

Indien minimaal 75% van de te scoren punten worden behaald bij continuïteit, wordt aangenomen dat de innovatieve vorm van dienstverlening in staat is continuïteit te bieden daar waar reguliere dienstverlening eventueel wegvalt.

## TOTSTANDKOMING

De dienstverlening is tot stand gekomen op basis van veranderingen in de omgeving

			Score:	Totaal:
Op basis van veranderde wetgeving (AWBZ, Wmo, etc.)	Nee, 0	Ja, 2		
Vervallen indicatie	Nee, 0	Ja, 2		
Geen indicatie/beschikking	Nee, 0	Ja, 2		
Wegvallen regulier aanbod	Nee, 0	Ja, 1		
Ontbreken regulier aanbod	Nee, 0	Ja, 2		
Anders, te weten....	Nee, 0	Ja, +		

Figuur 3. Gedeelte van de scoreboom

Dit betekent dat de interviews tweeledig zijn. Enerzijds ter bevestiging: voldoet deze vorm van dienstverlening, geselecteerd via internet, op basis van de kenmerken uit de theorie aan de definitie 'innovatieve vorm van dienstverlening'. Anderzijds op welke wijze draagt deze vorm van innovatieve dienstverlening, volgens de respondent en volgens de beschikbaar gestelde statuten e.d., bij aan de continuïteit van dienstverlening aan kwetsbare burgers.

### 3.5 Betrouwbaarheid

Onder betrouwbaarheid wordt de nauwkeurigheid en consistentie van de metingen verstaan, bijvoorbeeld door subjectiviteit, fouten in de waarneming of in de interpretatie van de opbrengst van het onderzoek en systematische of toevallige fouten te vermijden ('t Hart e.a., 2003). In deze paragraaf wordt uiteen gezet welke invloed de plaats heeft waar het onderzoek plaatsvond (3.5.1), de keuze voor deze respondenten (3.5.2) en de onderzoeker zelf (3.5.3) op de betrouwbaarheid van dit onderzoek. Deze paragraaf bevat daarna een toelichting op de snelheid waarmee onderzoeksgegevens worden verwerkt (3.5.4) en de stabiliteit van de onderzoeksresultaten (3.5.5).

### 3.5.1 Situatie

Het onderzoek is holistisch opgezet, wat inhoudt dat de onderzoekssituatie in zijn geheel is benaderd: het onderzoek is een geïntegreerd geheel en is niet teruggebracht tot enkele onderdelen (Baarda e.a., 2009).

Methodische triangulatie is toegepast door informatie te verzamelen uit literatuuronderzoek, deskresearch en kwalitatief onderzoek. Dit bevordert de betrouwbaarheid. De interviews zijn afgenomen op 'de plaats van handeling'.

### 3.5.2 Respondenten

De geïnterviewde respondenten zijn vertegenwoordigers van de geselecteerde projecten en zijn daarom van groot belang voor het verzamelen van informatie ten behoeve van het kwalitatieve onderzoek. Mogelijk zijn deze vertegenwoordigers de initiatiefnemers en kunnen de totstandkoming van het project goed duiden.

De interviews vinden afzonderlijk plaats. Hiermee wordt onderlinge beïnvloeding tussen respondenten geminimaliseerd.

### 3.5.3 De onderzoeker

De onderzoeker vormt zelf een risico op de betrouwbaarheid van het onderzoek. In dit onderzoek zijn zoveel mogelijk waarborgen ingebouwd om dit risico te verkleinen.

De topiclijst en de interviewvragen zijn opgesteld door de onderzoeker. Dit heeft invloed op de keuze van onderwerpen en op de wijze van vraagstelling. Objectiviteit wordt nagestreefd door de topics te selecteren uit het literatuuronderzoek en de interviewvragen ter beoordeling van objectiviteit voor te leggen aan een derde.

Het enthousiasme van de onderzoeker over innovatieve dienstverlening kan mogelijk van invloed zijn op het interpreteren van de onderzoeksgegevens. Dit wordt zoveel mogelijk beperkt door de omzetting van de geluidsopnamen naar transcripten uit te besteden aan een neutrale derde, waardoor tonen en intonaties neutraal worden beluisterd en omgezet in geschreven teksten. De onderzoeksresultaten worden door een derde beoordeeld op neutrale formuleringen, vooral daar waar voor- of nadelen worden genoemd. Een hogere mate van objectiviteit bij het interpreteren van deze transcripten wordt daardoor verkregen.

Inhoudelijke kennis over de onderwerpen die voortkomen uit het theoretisch kader en deskresearch helpen de onderzoeker bij het duiden van de verkregen informatie door een inschatting te maken op de waarde ervan dan wel op de juiste momenten door te vragen. Bij onduidelijkheden of multi-interpretabele uitspraken wordt doorgevraagd of wordt achteraf een *member-check* verricht (Van Thiel, 2007).

De respondenten zijn onbekenden van de onderzoeker. Dit komt de betrouwbaarheid ten goede.

Kennis van de onderzoeker van jargon in de zorgsector, meer bepaald de gehandicaptenzorg, vereenvoudigt doorvragen in de interviews en het scoren van de diverse transcripten.

Theoretische sensitiviteit is nodig om de verkregen data betekenisvol en logisch te kunnen duiden in relatie tot de geselecteerde kenmerken (Boeije, 2006 in Van Thiel, 2007). De theoretische en praktische voorkennis van dit onderzoek kunnen het risico op bias echter weer verhogen. Beperking van dit risico vindt plaats door zoveel mogelijk derden in diverse stadia van het onderzoek te betrekken (bij opstellen topics en interviewvragen, uitwerken transcripten (inclusief beoordelen, objectieve vraagstelling, etc.) en hen kritisch feedback te laten geven aan de onderzoeker. Daarnaast zorgt de triangulatie, zowel op de schriftelijke data als op de onderzoeksmethoden, voor een beperking van bias.

### **3.5.4 Verwerking onderzoeksresultaten**

Via deskresearch en literatuuronderzoek wordt gebruikgemaakt van data-triangulatie: zoveel mogelijk informatie is gegenereerd uit actuele documenten gepubliceerd door de overheid, door kenniscentra en door koepelorganisaties en is met elkaar vergeleken middels comparatief onderzoek ('t Hart e.a., 2003). Literatuur van recente datum wordt geraadpleegd vanwege de recente periode waarin de hervormingen van het zorgstelsel hebben plaats gevonden (Baarda e.a., 2009). De interviews worden in een periode van zes weken afgenomen. De vragenlijsten kunnen daardoor zo eenduidig mogelijk worden gehanteerd. Een geluidsopname van een interview wordt binnen twee weken na afname uitgewerkt in een transcript. De subjectiviteit in de gesproken teksten (betrekkingsniveau via intonaties, stiltes, aarzelingen, etc.) kan daardoor doeltreffend als toelichting bij de gesproken tekst worden geplaatst. Waar nodig wordt een 'membercheck' verricht. Citaten die in de onderzoeksresultaten worden gebruikt, worden letterlijk overgenomen uit de transcripten.

### **3.5.5 Stabiliteit van de onderzoeksresultaten**

Interviews op basis van een semigestructureerde vragenlijst zijn niet nauwkeurig. Om die reden zijn de interviews afgenomen aan de hand van exact dezelfde topics en is dezelfde volgorde bij de interviewvragen aangehouden. Er wordt aandacht besteed aan de objectieve formulering van de interviewvragen. De mate van objectiviteit wordt door derden gecheckt; vooraf door een mede-lezer, achteraf door degene die de geluidsopnamen overzet in transcripten.

### 3.6 Validiteit

---

Validiteit wordt gedefinieerd als de geldigheid van de resultaten. De interne validiteit beschrijft of er gemeten is wat er gemeten moest worden.

Externe validiteit is de mate waarin conclusies generaliseerbaar zijn naar andere momenten, organisaties, plaatsen of situaties. In deze subparagraaf volgt een beschrijving van beide vormen van validiteit.

#### 3.6.1 Interne validiteit

Informatie over continuïteit van dienstverlening aan kwetsbare burgers door innovatieve dienstverlening na de hervormingen in het zorgstelsel is niet of slechts zeer beperkt beschikbaar, omdat de nieuwe wet- en regelgeving van relatief recente datum is. Explorierend onderzoek is om deze reden het meest passende type onderzoek. In bestuurskundig onderzoek wordt vaak gekozen voor casestudy's als onderzoeksstrategie, omdat de situaties worden onderzocht in de eigen context (Van Thiel, 2007).

De interne validiteit wordt verhoogd door te definiëren wat in het kader van dit onderzoek wordt verstaan onder innovatieve dienstverlening en continuïteit van dienstverlening. Door te definiëren en op te splitsen in kenmerken, wordt vastgesteld wat onder beide begrippen moet worden begrepen. De interne validiteit wordt tevens verhoogd door stukken op te vragen van de onderzochte projecten, waaruit informatie kan worden gegenereerd die het innovatieve karakter van de dienstverlening kan onderbouwen.

Ter verhoging van de intra-interviewerbetrouwbaarheid wordt de verkregen opbrengst na een eerste keer te zijn geïnterpreteerd, twee weken later nogmaals geïnterpreteerd. De conceptanalyse wordt aan de respondenten voorgelegd met de vraag of informatie op de juiste wijze is beluisterd en geïnterpreteerd.

Elk interview kent min of meer een ander verloop omdat de omgeving waarin dit wordt afgenomen verschillend is en de interviews slechts gedeeltelijk zijn gestructureerd. Bij een herhaalde meting kan dit afwijkingen geven in de opbrengst ('t Hart e.a., 2003).

#### 3.6.2 Externe validiteit

De externe validiteit is gewaarborgd doordat de interviews mondeling worden afgenomen op de 'plaats van handeling'. Alle interviews vinden plaats aan de hand van dezelfde vragenlijsten/topics.

De gehanteerde vragenlijst is opgesteld aan de hand van de definities 'innovatieve dienstverlening' en 'continuïteit van dienstverlening', waaruit diverse kenmerken werden geformuleerd. Vervolgens werden de kenmerken geoperationaliseerd.



Wanneer in overeenkomstige, vergelijkbare situaties onderzoek wordt gedaan naar de continuïteit van dienstverlening door middel van innovatieve dienstverlening, zijn deze opnieuw bruikbaar. Dit verhoogt de reikwijdte van het onderzoek (Baarda e.a., 2009).

Het onderzoek is exploratief, de onderzochte vormen van innovatieve dienstverlening zijn uniek en de invloed ervan gerelateerd aan de omgeving van het project. Dit betekent dat de externe validiteit gering is. Dit wordt gedeeltelijk ondervangen door te kiezen voor geografische spreiding over Nederland van de innovatieve vormen van dienstverlening (Baarda e.a., 2009).



## 4. Resultaten Deskresearch

---

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten beschreven van de deskresearch. In paragraaf 4.1 wordt het historisch perspectief weergegeven en de chronologie waarin veranderingen plaats vonden. De keuzes die de overheid maakte en welke wijzigingen in wetgeving die daaruit voortvloeiden, worden beschreven in paragraaf 4.2. Welke consequenties dit had en voor wie wordt in paragraaf 4.3 weergegeven.

### 4.1 Proces van verzorgingsstaat richting participatiesamenleving

---

In deze paragraaf staat het proces van verzorgingsstaat richting participatiesamenleving centraal. In sub paragraaf 4.1.1 wordt het ontstaan van de verzorgingsstaat beschreven. Vervolgens wordt in sub paragraaf 4.1.2 de participatiesamenleving toegelicht.

#### 4.1.1 Verzorgingsstaat

De verzorgingsstaat kent een onderverdeling in vier functies: verzorgen, verzekeren, verheffen en verbinden. De verschillende functies versterken elkaar, maar zijn qua 'gewicht' verschillend. Onder de verzorgende functie valt een stelsel van voorzieningen voor burgers die onvoldoende voor zichzelf kunnen zorgen ten gevolge van fysieke, psychische of verstandelijke beperkingen. De verzekerende functie behelst een stelsel van uitkeringen, waarin burgers, onder voorwaarden en tot op een bepaalde hoogte, verzekerd zijn tegen inkomensverlies. Het sociale zekerheidsstelsel maakt ook deel uit van deze functie. Onder verheffen wordt verstaan dat burgers in staat worden gesteld zich te ontwikkelen (via onderwijs) en hun leven zinvol in te richten. Verbinden staat voor het verstevigen van de band tussen burgers onderling. De drijfveer van de verzorgingsstaat is natievorming, sociale grondrechten en het ideaal van een beschaafde natie (WRR, 2006).

Sociale wetgeving kwam in Nederland op gang aan het eind van de negentiende eeuw. De armenwet (1854) en het Kinderwetje van Van Houten (1874) zouden als eerste uitingen van sociale wetgeving kunnen worden aangemerkt. Het Kinderwetje kwam voort uit de noodzaak om onbarmhartige economische omstandigheden op een bepaalde manier te regelen (Schuyt, 2008). In veel Europese landen vonden dergelijke ontwikkelingen plaats. De reden dat de overheid zich met dergelijke taken bemoeide was gelegen in de zorg voor armen en zwakkeren die een kans moesten krijgen in een moderniserende samenleving. (Van Riessen e.a. 2009). Deze bescheiden risicodeling vormde echter wel de start van wat vervolgens uitgroeide tot het latere stelsel van sociale zekerheid (Schuyt, 2008). Sociale rechten werden opgenomen in de grondwet bij de grondwetswijziging van 1983 (Beliën & Van Hoogstraten, 2010).

Door deze overheidsvoorzieningen zouden burgers gezonder, beter geschoold en beter geïntegreerd worden. Collectieve voorzieningen zouden een basis vormen in de zelfstandigheid van mensen: het durven veranderen van baan, het starten van een bedrijf, etc.

Collectieve voorzieningen hebben ook invloed gehad op de werkgelegenheid in de gezondheidszorg, het onderwijs en de sociale zekerheid (Veldheer, 2012).

#### **4.1.2 Participatiesamenleving**

Onder aankondiging van de participatiesamenleving is door de overheid met ingang van 1 januari 2015 een andere verdeling van collectieve middelen ingezet en wordt een beroep gedaan op verantwoordelijkheden in de samenleving (Putters, 2014). Het uitgangspunt van de overheid is de zelfredzaamheid van de burgers die, samen met hun netwerk, in de eerste plaats zelf verantwoordelijk zijn (Plasterk, 2013). Naast het opvangen van de (lichtere) zorg voor naasten door familie, burens, vrijwilligers wordt het motto uit de troonrede (Rijksoverheid 2013c) “Meedoen mogelijk maken voor iedereen” beschouwd als één van de grondslagen voor de participatiesamenleving (Putters, 2014). In de Memorie van Toelichting bij de Wmo geeft de overheid aan uit te gaan van eerder opgedane ervaringen met de Wmo Huishoudelijke Verzorging. In de aangepaste Wmo is expliciet opgenomen dat burgers in de eerste plaats zelf verantwoordelijk zijn voor het inrichten van hun leven en voor deelname aan de samenleving. Een nieuw evenwicht in “verantwoordelijkheden, zowel tussen burgers en overheid als tussen overheden en ook tussen burgers onderling” wordt nagestreefd in de beoogde participatiesamenleving (Rijksoverheid, 2014a).

### **4.2 Van AWBZ naar nieuwe wet- en regelgeving voor modernisering zorgsector**

---

In deze paragraaf wordt het proces van de AWBZ naar de nieuwe wet- en regelgeving belicht en de context waarin gekozen is voor hervormingen van het zorgstelsel wordt verduidelijkt. Voorafgaand aan de beschrijving van dit proces worden het ontstaan en de ontwikkeling van de AWBZ beschreven, omdat hierin redenen worden gegeven die van invloed waren op de probleemstelling (4.2.1). In subparagraaf 4.2.2 volgt een beschrijving van overheidskeuzes om het zorgstelsel te moderniseren. De wetwijzigingen en decentralisaties die op basis van deze keuzes in het zorgstelsel zijn doorgevoerd, worden in subparagraaf 4.2.3 weergegeven.

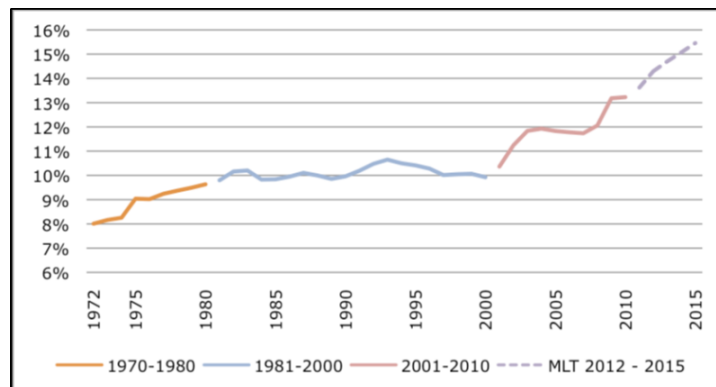
#### **4.2.1 Ontstaan en ontwikkeling AWBZ**

Het ontstaan van de AWBZ wordt toegeschreven aan minister Veldkamp van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Veldkamp diende in 1966 het wetsvoorstel “Algemene wet zware geneeskundige risico’s” in. Langdurige medische zorg, behandeling en verpleging in ziekenhuizen en verpleeginrichtingen vielen onder deze wet. Bij ministeriële regeling zijn daar welzijn en maatschappelijk werk aan toegevoegd.

De AWBZ breidde vervolgens uit met verpleeg- en gehandicaptenzorg (1968), medische kindertehuizen (1970), medische kleuterdagverblijven (1971), dagverblijven (1973), preventie, screening en vaccinatieprogramma's (1974), gezinsvervangende tehuizen (1976), dagbehandeling in verpleeginrichtingen (1977), kruiswerk, wijkverpleging (1980), ambulante geestelijke gezondheidszorg, RIAGG (1982), gezinsverzorging, hulpmiddelen en psychiatrische hulp (1989) en verzorgingshuizen (1997) (BBO, 2010).

Om in aanmerking te komen voor recht op zorg gefinancierd vanuit de AWBZ, moest voldaan worden aan enkele voorwaarden: gebruikelijke zorg (geleverd door het netwerk) zou niet mogelijk zijn en er zou geen beroep gedaan kunnen worden op andere (wettelijke) voorzieningen (BBO, 2010). Per 2002 werd een indeling op grondslagen, functies en klassen gehanteerd om toekenning van zorg mogelijk te maken. Grondslagen zijn, onder andere, een verstandelijke beperking, niet-aangeboren hersenletsel, een somatische ziekte die overgaat in een lichamelijke handicap, etc. Functies zijn onder anderen begeleiding, behandeling, verpleging, verblijf (Wetstekst, 2002; CIZ, 2014).

In 2000 stegen de zorguitgaven sneller dan het bruto binnenlands product [bbp], namelijk 7,5% tegenover 3,4%. De wachtlijsten liepen in die periode op, waardoor het begrip "recht op zorg" werd geïntroduceerd. Figuur 4 illustreert de stijging van kosten (CBS, 2015).



Figuur 4. Totale zorguitgaven als aandeel BBP. Bron: CBS

Op grond van de AWBZ maakten in 2012 tussen de 800.000 en 1.000.000 mensen gebruik van de AWBZ (Algemene Rekenkamer, 2014; CBS, 2014). Dit was een tienvoud van het aantal mensen waar rekening mee gehouden was bij de totstandkoming van de AWBZ in 1968 (CBS, 2014). De SER (2010) schreef dat de AWBZ niet langer in zijn toenmalige vorm houdbaar was. Er zou te weinig doelmatig worden gewerkt, de AWBZ-verstrekkingen zouden onvoldoende aansluiten op de zorgvragen en daardoor te weinig toekomstbestendig zijn (SER, 2010).

Naast de uitbreiding met diverse zorgvormen, beïnvloedden de vergrijzing van de bevolking maar ook de hogere welvaart de toename van de zorgkosten. De eisen aan zorg en daarmee ook de kosten, namen ook toe omdat burgers minder bereid waren ongemakken te accepteren. De steeds mondiger geworden burger wist de weg tot het verkrijgen van zorg voor ongemakken die voorheen werden geaccepteerd.

De hogere welvaart impliceerde tevens een toename van beschikbare technologische ontwikkelingen, waardoor de kosten toenamen. Technologische ontwikkelingen konden lang niet altijd de ‘handen aan het bed’ vervangen. Daardoor en tegelijkertijd was er sprake van de zogeheten productiviteitskloof: het stijgen van salarissen van medewerkers in de totale zorgsector. (CBS, 2015).

#### 4.2.2 Keuze modernisering zorgstelsel

Kabinet Rutte II schreef in het regeerakkoord “Bruggen slaan” van 29 oktober 2012 dat het zorgstelsel zou worden gemoderniseerd (Rutte & Samsom, 2012). De belangrijkste aanleiding voor de modernisering van het zorgstelsel werd gevormd door de te duur geworden verzorgingsstaat. In 2011 bedroegen in Nederland de totale uitgaven aan zorg (*cure* en *care*) 89,4 miljard euro. Van dit bedrag werd 15% uitgegeven aan niet-ziekte gerelateerde kosten, waaronder welzijns- en ouderenzorg (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2012). De kosten voor de langdurige zorg, gefinancierd vanuit de AWBZ, stegen in de periode 2010-2014 gemiddeld met 3,6% per jaar. Tegelijkertijd werd de toegang tot AWBZ-gefinancierde zorg nogmaals uitgebreid: zorg voor burgers met een lichtverstandelijke beperking in combinatie met gedragsproblematiek viel voortaan ook onder de AWBZ (CBS, 2015) en dit gold ook voor andere, door de beroepsgroep vastgestelde, DSM-5-classificaties<sup>2</sup>. Dit leidde tot een “on-aanvaardbare en onbetaalbare druk op de AWBZ” (Van Rijn, 2005).

Koning Willem Alexander sprak in zijn eerste troonrede op 17 september 2013: “Het is onmiskenbaar dat mensen in onze huidige netwerk- en informatiesamenleving mondiger en zelfstandiger zijn dan vroeger. Gecombineerd met de noodzaak om het financiële tekort van de overheid terug te dringen, leidt dit ertoe dat de klassieke verzorgingsstaat langzaam maar zeker verandert in een participatiesamenleving: van iedereen die dat kan, wordt gevraagd verantwoordelijkheid te nemen voor zijn of haar leven en omgeving” (Rijksoverheid, 2013c).

De herziening van de verzorgingsstaat heeft twee belangrijke componenten in zich: decentraliseren van verantwoordelijkheden door uitvoering van wetten naar gemeentelijk niveau en een groter beroep op de samenleving en eigen verantwoordelijkheid van burgers (Putters, 2014).

De minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, dr. R.H.A. Plasterk, schreef aan de Tweede Kamer dat burgers, samen met hun netwerk, in eerste plaats zelf verantwoordelijk zijn voor goede ondersteuning, gezondheid en actieve deelname aan de maatschappij.

---

<sup>2</sup> De ‘DSM-5’ is de classificatie van psychi(atr)ische stoornissen en vormt het standaardwerk van de American Psychiatric Association (APA).

Deze zelfredzaamheid zal vanuit de overheid maximaal worden gestimuleerd en gefaciliteerd. Belemmeringen voor vrijwilligers en initiatiefnemers worden weg genomen, zodat burgers ondersteuning krijgen op de zwakste momenten in hun leven (Plasterk, 2013).

De gedachte dat gemeenten, als laagste overheid, dicht bij de burger staan, is een andere reden van de overheid om herziening van het zorgstelsel te motiveren. Gemeenten zouden beter de behoeften van de burger kennen en beter in staat zijn om rekening te houden met de wensen van die burger (Rijksoverheid 2015a). Gemeenten, die verantwoordelijk werden voor ondersteuning, begeleiding en verzorging kregen zeer ruime beleidsvrijheid om aan de uitvoering hiervan vorm te geven (Rutte & Samsom, 2012).

Staatssecretaris van het Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], drs. M.J. van Rijn sloot op 17 december 2013 een akkoord met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, de koepelorganisatie VNG over de decentralisatie van delen van de AWBZ naar de gemeentelijke overheden (Rijksoverheid, 2013b).

#### **4.2.3 Wetswijzigingen en decentralisaties**

De AWBZ werd in 1968 geïntroduceerd om kosten van onverzekerbare medische risico's en langdurige zorg (na 366 dagen) op te vangen. Hoe hoog deze kosten zouden worden was vooraf onbekend. Deze risico's konden niet via de particuliere verzekeringsmarkt worden gedekt. Het ging om sociale risico's met betrekking tot ziekte, invaliditeit / arbeidsongeschiktheid, werkloosheid en ouderdom.

Modernisering van het zorgstelsel hield in dat de AWBZ per 1 januari 2015 werd opgeheven en delen van de AWBZ werden gedecentraliseerd naar de gemeenten<sup>3</sup>. Decentraliseren staat voor het verleggen van bevoegdheden van het Rijk naar lagere overheden, bijvoorbeeld de provincies, de gemeenten of de waterschappen. Voorop staat dat het functioneren en presteren van het openbaar bestuur hierdoor verbetert.

De volgende wetten zijn gedecentraliseerd vanuit het Rijk naar de gemeenten en komen voort uit de AWBZ:

- Wet maatschappelijke ondersteuning;
- Participatiewet;
- Jeugdwet;
- Wet Passend Onderwijs.

Een toelichting op deze wetten is te vinden in bijlage 1.

---

<sup>3</sup> Voor de volledigheid wordt vermeld dat ook delen vanuit de AWBZ zijn opgenomen in de zorgverzekeringswet [Zvw] en dat wetten uit het sociale verzekeringsstelsel zijn gewijzigd en gedecentraliseerd (Wet werk en bijstand (Wwb), de Wet Sociale Werkvoorziening [WSW] en delen van de Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten [Wajong] zijn ondergebracht in de gedecentraliseerde Participatiewet (Rijksoverheid, 2013).

Het eerste jaar waarin de nieuwe wetgeving van kracht is (2015) wordt het overgangsjaar genoemd. In dit overgangsjaar is het begrip ‘zachte landing’ gehanteerd: eerdere rechten bleven in de loop van 2015 nog gehandhaafd. Het uitgangspunt bij de zachte landing was dat rechten en plichten die voortkwamen uit een indicatie vanuit de AWBZ die nog tot in 2015 geldig was, zouden doorlopen in 2015, maar uiterlijk tot 1 januari 2016 (Transitiebureau, 2014). Dit gold alleen voor die dienstverlening die onder één van de gedecentraliseerde wetten viel. Voor de dienstverlening geregeld vanuit de Wlz, bleven de rechten over het algemeen gelijk (Rijksoverheid, 2014b).

### **4.3 Gevolgen na decentralisatie AWBZ**

---

In deze paragraaf worden de gevolgen van de veranderingen die in de zorg hebben plaatsgevonden als gevolg van het nieuwe zorgstelsel voor kwetsbare burgers, beschreven. Achtereenvolgens worden de gevolgen op nationaal (4.3.1) en gemeentelijk niveau (4.3.2) uiteengezet, waarna de gevolgen voor de gehandicaptenzorg (4.3.3) en kwetsbare burgers (4.3.4) nader worden uitgewerkt.

#### **4.3.1 Gevolgen op nationaal niveau**

In de Memorie van Toelichting op de Wlz staat dat drie constatering de herziening van de AWBZ motiveerden: “het verbeteren van de kwaliteit van ondersteuning en zorg, het vergroten van de betrokkenheid van de samenleving (meer voor elkaar zorgen) en de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg” (Rijksoverheid, 2014b).

Voor de toekenning van zorg werd de beoordeling tot 1 januari 2015 verricht door het Centrum Indicatiestelling Zorg [CIZ]. Wanneer een positief advies werd gegeven werd dit vertaald in een indicatiestelling: het toegangsbewijs tot gebruik van een vorm van zorg, gefinancierd vanuit de AWBZ. Het CIZ geeft ook na de wetwijzigingen nog indicaties af, echter uitsluitend in het kader van de Wlz (CIZ, 2015). Door gemeenten vindt indicering plaats via de zogeheten ‘keukentafelgesprekken’. Hierin wordt door een daartoe aangestelde ambtenaar een inschatting gemaakt op wat de zorgvrager nodig heeft. Bij toekenning van zorg wordt een beschikking afgegeven (Radar, 2015).

Een flink aantal verantwoordelijkheden voor de uitvoering van de zorg werden via de decentralisatie bij gemeenten gelegd. Het Rijk blijft na de invoering van de wetten verantwoordelijk voor het verloop van deze transitie. De bedoeling van de transities is ondersteuning (zorg, begeleiding, etc.) op maat aan burgers aan te bieden, dus passend bij persoonlijke omstandigheden en levensfase. Burgers hebben hierbij zeggenschap, bijvoorbeeld in de keuze van de zorgorganisatie. Geloofs- of culturele overtuigingen, opvattingen, of eerdere ervaringen kunnen de keuze voor een zorgorganisatie beïnvloeden (Rijksoverheid, 2014c).



In de Memories van Toelichting Wlz en Wmo schrijft de overheid dat “de Wlz een fundamentele trendbreuk met het verleden markeert.” De betrokkenheid waar de overheid op rekt richt zich op eigen verantwoordelijkheid, vrijwilligerswerk en mantelzorg. De overheid doet een groter beroep op mantelzorgers en vrijwilligers om kwetsbare burgers te ondersteunen, zowel binnen als buiten een zorgorganisatie. Eerst wordt uitgegaan van wat kwetsbare burgers zelf kunnen, daarna naar wat het sociale netwerk kan ‘leveren’. Pas wanneer het netwerk rondom de kwetsbare burger de zorg niet meer kan garanderen, kan een beroep worden gedaan op voorzieningen die bekostigd worden vanuit de overheid. De overheid zet met deze opvatting in op onderlinge solidariteit in plaats van op solidariteit vanuit een verzekeringsprincipe, zoals voorheen via de AWBZ. De overheid noemt dit een ‘inclusieve samenleving’ (Rijksoverheid, 2014a).

De Memorie van Toelichting Wlz wijdt een compleet hoofdstuk aan innovatie, het ‘experimenteerartikel’. Hier worden onder andere de ervaringen beschreven met een regelarm experiment in zorgorganisaties op het gebied van indicatiestelling, kwaliteitsverantwoording en uniformering van inkoopvoorwaarden. De overheid spreekt zich uit over het voornemen regels af te schaffen, wanneer uit dit experiment blijkt dat deze regels ten koste gaan van de kwaliteit van zorg. De overheid creëert de mogelijkheid om bij kleine projecten en onder bepaalde voorwaarden af te kunnen wijken van wet- en regelgeving ten gunste van innovatieve initiatieven.

De overheid geeft de mogelijkheid (via een AMvB) innovatieve initiatieven te ondersteunen waarbij bewijs van effectiviteit van een dergelijk initiatief nog ontbreekt (Rijksoverheid, 2014b).

De overheid schrijft in de Memorie van Toelichting op de Wmo “In dit wetsvoorstel is een goede balans gezocht tussen enerzijds de eigen verantwoordelijkheid van burgers en hun sociale netwerk voor de eigen situatie en anderzijds de verantwoordelijkheid van de gemeente om burgers die het niet op eigen kracht en met inzet van hun sociale netwerk klaarspelen, te ondersteunen bij hun zelfredzaamheid of participatie of beschermd wonen of opvang te bieden, en zo een passende bijdrage te leveren aan het realiseren van een situatie waarin een cliënt in staat wordt gesteld tot zelfredzaamheid of participatie en daarmee zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving kan blijven” (Rijksoverheid, 2014c; p.22). Burgers zijn daarin afhankelijk van het beleid in de gemeente waarin zij woonachtig zijn (Rutte & Samsom, 2012; Rijksoverheid, 2014c).

Staatssecretaris van Rijn heeft toegezegd in het zorgakkoord van april 2014 dat gemeenten in 2015 een maximaal kortingspercentage op de Wmo van 11% mochten doorvoeren (Van Rijn, 2014).

De praktijk liet percentages van gemiddeld 22% zien op de gedecentraliseerde Wmo, waarbij er tussen gemeenten soms verschillen in uurtarieven op individuele ondersteuning van 100% meetbaar waren. Op de Jeugdwet werd 17% gekort in 2015. Op de nieuwe Wlz werd met ingang van 2016 een bezuiniging van 7% doorgevoerd. Andere bezuinigingen zijn de kortingen op vervoer (66% in 2014). Veel kwetsbare burgers zijn daardoor hun dagbesteding verloren of hebben noodgedwongen een ‘overplaatsing’ moeten accepteren (Koster, 2015a).

In de participatiesamenleving worden veel verantwoordelijkheden voor de uitvoering van zorg, ondersteuning, dienstverlening etc. verplaatst naar het informele circuit. Nota’s die vanuit de (lokale) overheid gepubliceerd werden, beschreven allerlei routes om te komen tot de nieuwe werkelijkheid in de vorm van spoorboekjes, transitie-arrangementen, etc. Deze beoogden echter handleidingen bij de vormgeving van dienstverlening aan diegenen die een beschikking hebben ontvangen. Een risico, als gevolg van de decentralisaties, in combinatie met grote bezuinigingen, kan zijn dat kwetsbare burgers met een ondersteuningsvraag tussen wal en schip vallen (Wolf, 2015). Een gevolg van de decentralisaties is mogelijk dat er een ‘knip’ ontstaat tussen de dienstverlening die kwetsbare burgers ontvingen vanuit de AWBZ met wat vervolgens vanuit de gemeente al dan niet geregeld wordt. Deze ‘knip’ kan grote invloed hebben op de continuïteit van dienstverlening (Rijksoverheid, 2013a).

#### **4.3.2 Gevolgen op gemeentelijk niveau**

Volgens minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, dr. R.H.A. Plasterk, “staan gemeenten voor één van de grootste opgaven in de geschiedenis vanwege de brede verantwoordelijkheid voor de ondersteuning van grote groepen, vaak kwetsbare, burgers en de daarbij horende budgetten en het realiseren van de desbetreffende taakstellingen uit het Regeerakkoord” (Plasterk, 2013).

Gemeenten werden verantwoordelijk voor kwetsbare burgers: met beperkingen, chronische psychische of psychosociale problematiek, etc. Er moest beleid worden ontwikkeld op maatschappelijke ondersteuning voor kwetsbare burgers en er moest passende begeleiding worden geboden (Rijksoverheid, 2014a). Gemeenten moeten voorkomen dat burgers “tussen wal en schip” vallen (Plasterk, 2013). Gemeenten zijn verschillend omgegaan met de voorbereiding op en de implementatie van de nieuwe wet- en regelgeving. Voor gemeenten is ‘zorg’ vrijwel volledig nieuw<sup>4</sup>: indicatiestelling, inhoudelijke zorgvragen, productieafspraken, risicobeheersing, etc. zijn facetten in de uitvoering van de nieuwe wetten die, in relatie tot zorg, nieuw zijn voor gemeenten en om oplossingen vragen (Koster, 2015c).

---

<sup>4</sup> Vanaf 2007 is de Wmo van kracht: bieden van huishoudelijke ondersteuning, veelal aan oudere burgers

Deze nieuwe wijze van werken wordt ook “kantelen” genoemd. In de kanteling gaat het om de verandering van aanbodgericht naar vraag- en resultaatgericht werken. Niet de hulpmiddelen en voorzieningen moeten centraal staan, maar zelfredzaamheid en participatie (VNG, 2012).

Gemeenten zijn vrij in het maken van eigen beleid en dus kan de uitvoering van de gedecentraliseerde wetten per gemeente verschillend zijn (Rutte & Samsom, 2012). Gemeenten kochten per 1 januari 2015 zorg in bij zorgaanbieders. Het begrip ‘innovatie’ wordt bij deze inkooptrajecten veelvuldig gebruikt. Met innovatie wordt hier bedoeld dat er zoveel mogelijk ‘slimme’ initiatieven moeten worden ingezet om optimaal zorg te kunnen verlenen tegen lagere tarieven (Muskee, 2013).

In gemeentelijke beleidsnotities wordt veelvuldig gesproken over de samenwerking tussen overheid en samenleving, maar ook tussen burgers, bedrijfsleven en gehandicaptensector als mogelijke oplossing voor de terugtrekkende overheid enerzijds en bezuinigingen anderzijds. Relatief nieuwe begrippen als burgerinitiatieven, co-creatie, re-combinaties, Publiek Private Samenwerking [PPS], Social Return On Investment, Montessori-democratie, en doe-democratie worden hierbij gehanteerd. Social Return on Investment [SROI] betreft een wederkerige inzet van diensten en/of producten waarbij beide partijen voordeel ervaren. De maatschappelijke waarde van een (commerciële) onderneming zou hierdoor vergroot kunnen worden ([sroi.nl](http://sroi.nl)). Innovaties betreffen niet alleen nieuwe zorgconcepten, maar ook slimmere organisatievormen, bijvoorbeeld door middel van ICT-oplossingen (o.a. domotica en robotisering) die de zorg efficiënter en betaalbaar kunnen houden of zelfs goedkoper kunnen maken (De Koster, 2012).

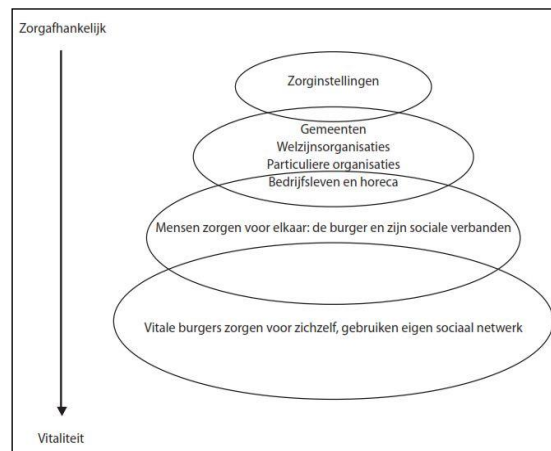
Overheden zouden, volgens Boutelier (2011), meer open moeten staan voor ontwikkelingen en innovaties. Projecten die een andere aanpak, structuur en werkwijze hebben moeten omarmd worden. Werkwijzen die wellicht niet passen bij conventioneel denken en die risico's kunnen vormen, moeten eerder omarmd dan tegengewerkt worden (Boutelier, 2011). Van dergelijke trajecten kan veel geleerd worden door te vallen en weer op te staan. In de eindpublicatie van het experiment “aanpak van de projectencarroussel” wordt juist gepleit voor deze projecten en met name die met een verdieneffect (Veth, e.a. 2012).

De Nederlandse Zorgautoriteit [NZa] is, samen met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ZonMw en Zorginstituut Nederland [ZN] een samenwerkingsverband aangegaan om innovatieve ideeën in de zorg te stimuleren. Beoordelingsprocedures voor innovaties worden zo goed mogelijk op elkaar afgestemd.

De vier genoemde partijen hebben tevens een website ingericht die bedoeld is als community: innovaties kunnen hier met andere zorgorganisaties worden gedeeld. Regelgeving wordt, ter stimulering van kleinschalige experimenten, aangepast (VWS e.a., 2014).

Naast de inkoop van zorg en dienstverlening bij zorgorganisaties ondersteunen en faciliteren gemeenten ook innovatieve dienstverlening met betrekking tot zorg en welzijn in het kader van participatie en 'eigen kracht'. Gemeenten zetten hiertoe het model van de interventiepiramide in (Stavenuiter e.a., 2010)(zie figuur 5).

In het onderste niveau is de burger zelfredzaam en heeft in principe geen ondersteuning nodig vanuit de lokale overheid. Het niveau daarboven vraagt aandacht van gemeenten. In deze aandacht is het schipperen tussen 'overlaten aan' en 'ingrijpen op.' Op dit niveau zijn burgers en hun netwerk veelal zelf in staat om hulp in te roepen bij instanties of de gemeente. Het niveau daarboven wordt 'civil society' genoemd. Hier worden burgerinitiatieven en innovatieve dienstverlening vorm gegeven. De gemeente heeft hier een rol in het bieden van continuïteit van dienstverlening aan kwetsbare burgers.



Figuur 5: Piramide met getrapte verantwoordelijkheden rond kwetsbare burgers. Bron: Verwey-Jonker instituut

Door zelf beleid te ontwikkelen kunnen gemeenten vorm geven aan continuïteit van dienstverlening door burgerinitiatieven, co-creatie, samenwerkingsverbanden, netwerkontwikkeling, etc. te faciliteren. In het bovenste segment van de piramide staan de zorgorganisaties. Aangenomen zou kunnen worden dat zich hier de burgers bevinden die worden verzorgd vanuit de Wlz, maar gemeenten hebben juist veel te maken met zorgorganisaties via de Wmo. Dit betreft kwetsbare burgers die ondersteuning nodig hebben bij wonen, werken, structureren van eigen leven, etc. en die veelal begeleid wonen of werken via een zorgorganisatie (Stavenuiter e.a., 2010).

Bij de gedecentraliseerde wetten geldt het uitgangspunt dat regelgeving en bureaucratie voor burgers, bedrijven en professionals zoveel mogelijk moet worden vermeden. Daar waar regels nodig zijn, moeten deze zo simpel mogelijk zijn (Plasterk, 2013). De overheid gaat ervan uit dat gemeenten onderling samenwerking zullen zoeken om de nieuwe taken te kunnen verwezenlijken, zowel praktisch als op het vlak van kennis evenals voor het spreiden van risico's (Rijksoverheid, 2014a).

Samenwerking bevordert tevens het terugdringen van regeldruk en bureaucratie voor betrokken gemeenten, zorgorganisaties en burgers. Gestreefd moet worden naar één loket of aanspreekpunt (Plasterk, 2013). Begrippen die in meerdere beleidsnotities gericht op de invoering van de gedecentraliseerde wetten, voorkomen zijn ‘formeel en informeel’, ‘collectief tegenover individuele dienstverlening’, ‘eigen kracht van de burger’, ‘burgerparticipatie’ en ‘nieuw burgerschap’. In de aanloop naar 2015 werd soms gestart vanuit de wil om samen te werken met andere gemeenten (gemeentelijke beleidsnotities van o.a. Drechtsteden, Rotterdam, Utrecht, Nijmegen).

Gemeenten beschikten vanaf 2015 over minder budget en legden bij de zorginkoop voor 2016 nieuwe bezuinigingen op. Als gevolg hiervan werd zorg bij zorgorganisaties tegen lagere tarieven ingekocht (Koster, 2015b). Kriens, voorzitter van de directieraad VNG, zegt hierover dat transformeren, bezuinigen en zorgcontinuïteit zich slecht tot elkaar verhouden. Zij pleit voor een focus op continuïteit van dienstverlening, die zij gerealiseerd ziet in innovatieve dienstverlening (Movisie, 2014a).

Vanuit de Vereniging van Nederlandse Gemeenten [VNG] en betrokken ministeries zijn verschillende transitiebureaus (Wmo, Jeugd), opgezet met als doel de decentralisaties te begeleiden (VWS, 2013).

Door de transitiebureaus zijn drie vraagstukken met betrekking tot de decentralisaties beschreven:

- het stelsel (afspraken tussen bestuurslagen, budgetverdeling(systemen), wet- en regelgeving, besturing en toezicht (governance));
- de organisatie (effecten, strategie, sturing, interactie, inkoop en verantwoording);
- de uitvoering (werkwijze, dienstverlening, competenties, interactie met de burger/cliënt).

Om deze thema's goed vorm te geven werden twee fasen onderscheiden:

- de transitiefase: het stelsel en een deel van de organisatie;
- de transformatiefase: een deel van de organisatie en de uitvoering (Transitiebureau, 2012).

De fase van de overgang van de wettelijke verantwoordelijkheden naar gemeentelijk niveau, het ontwikkelen en uitzetten van beleid, de organisatie van zorginkoop, etc. is afgesloten. Hiermee is de transitiefase rond de jaarwisseling 2015-2016 grotendeels voltooid. Gemeenten sloten 2015 af met een bepaalde mate van tevredenheid: begrotingen waren rond, zorg en dienstverlening waren ingekocht.

Veel zaken geven volgens Kruijer et al. (2015) reden tot bezorgdheid: zorg op maat voor sommige kwetsbare burgers is nog niet goed geregeld, veel van de beschikbare gelden wordt aan administratie en externen besteed in plaats van aan de zorg voor de burger, er is te weinig vertrouwen in professionals, etc. (VGN, 2015). Kruijer et al. beschrijven dat het creëren van maatschappelijke waarde bij gemeenten zwaar valt. Burgerinitiatieven vangen regelmatig bot bij gemeenten wanneer zij medewerking vragen voor een initiatief, zoals een buurt- of ontmoetingscentrum, of gebruik mogen maken van een leegstaand pand. Gemeenten zijn vaak wel enthousiast over het idee, maar weten er verder geen raad mee (Kruijer e.a., 2015).

De transitiefase loopt over in de transformatiefase, die rond de overgang van 2015 naar 2016 inging. Het proces van de transformatie richt zich op de realisering en vormgeving van de effecten van de grote wijzigingen in wet- en regelgeving. Dit betreffen de beoogde inhoudelijke veranderingen in het gedrag van professionals en burgers, andere werkwijzen, andere wijze van met elkaar omgaan: burgers, zorgvragers, professionals, zorgaanbieders en gemeenten (Transitiebureau, 2012).

#### **4.3.3 Gevolgen voor de gehandicaptenzorg**

De zorgsector is breed. Daaronder vallen onder andere de verpleging, verzorging en thuiszorg [VV&T], de Geestelijke Gezondheidszorg [GGZ], en de gehandicaptenzorg. Dit onderzoek richt zich op de continuïteit van dienstverlening aan burgers met een handicap. Zorgorganisaties hebben als doel verantwoorde zorg en dienstverlening te bieden aan zorgvragers. Zorg en dienstverlening wordt geboden aan diverse 'doelgroepen': mensen met een verstandelijke, lichamelijke, waaronder mensen met niet aangeboren hersenletsel [NaH] of zintuiglijke handicap; in alle leeftijdscategorieën. Zorg en dienstverlening kan 7/24 uur per week worden geboden ('intramuraal') of in deeltijd (meestal 'extramuraal'). Typen zorg en dienstverlening zijn wonen, werken, dagopvang, ambulante begeleiding, logeren en gezinsondersteuning. In deze subparagraaf wordt een beeld geschetst van de gevolgen voor de gehandicaptenzorg.

De belangrijkste consequenties van de veranderde wet- en regelgeving die de gehandicaptenzorg merkt, zijn de bezuinigingen en de organisatie rondom de zorginkoop. Dit heeft rechtstreeks gevolgen voor de begroting en de bedrijfsvoering van de diverse zorgaanbieders (Nza, 2014). Voorheen werd zorg ingekocht door één of enkele zorgkantoren per organisatie, afhankelijk van de geografische omvang van het werkgebied. Vanaf 1 januari 2015 werd onderhandeld met alle gemeenten waarin cliënten wonen aan wie dienstverlening wordt geboden. Landelijk opererende organisaties zouden met vrijwel elke gemeente in Nederland hebben moeten onderhandelen.

Dergelijke organisaties kozen er soms voor om zich uit een aantal gemeenten terug te trekken als zorgaanbieder, omdat de onderhandelingen met gemeenten teveel tijd en bureaucratie zouden vragen (Klik, 2014). Sommige organisaties hebben daarom delen van hun zorgaanbod geschrapt. Andere organisaties hebben intern reorganisaties doorgevoerd, zowel met betrekking tot de organisatiestructuur als in de vormgeving van de dienstverlening. Tevens zijn wijzigingen in de bedrijfsvoering ingezet om de zorg die door gemeenten tegen lagere tarieven werd ingekocht, te kunnen opvangen. In de gehandicaptensector werd soms een combinatie van voorgaande mogelijke oplossingen gekozen om de veranderingen te kunnen opvangen (Vader, 2014).

Vanaf 2016 mogen nieuwe zorgaanbieders toetreden en onderhandelen met gemeenten. Het leveren van zorg en dienstverlening is primair van belang voor de kwetsbare burger, maar dus ook voor de zorgaanbieder. Wanneer continuïteit van zorg en dienstverlening gewaarborgd is, geeft dat een voordeel in de concurrentiepositie ten opzichte van andere, bestaande en nieuwe, zorgaanbieders (M&I, 2015).

Het kenniscentrum voor langdurende zorg, monitort de ontwikkelingen die betrekking hebben op de gevolgen van de Wlz. Ruim de helft van de zorgaanbieders geeft aan het toegekende budget voldoende te vinden, terwijl anderen (46%) dit ontoereikend vinden. Zorgaanbieders ervaren problemen in het werken met de vele geldstromen en domeinen als gevolg van de decentralisaties en in de toename van administratieve druk.

De eisen die per wet verschillend zijn, worden ervaren als 'schotten' en vergen ook meer administratieve last (Vilans, 2015).

#### **4.3.4 Gevolgen voor kwetsbare burgers**

In deze subparagraaf wordt eerst omschreven wat verstaan wordt onder 'kwetsbare burgers'. Vervolgens wordt beschreven wat verstaan wordt onder 'eigen verantwoordelijkheid', wat 'dienstverlening op basis van een indicatie of een beschikking' betekent en wat de risico's zijn voor kwetsbare burgers bij het verlies van zorg of dienstverlening.

##### Kwetsbare burgers

In Nederland leven 17 miljoen burgers (CBS, 2016b). Het grootste deel van de bevolking woont, werkt en leeft zelfstandig. Een gedeelte van de burgers lukt dit niet. Zij worden kwetsbare burgers genoemd. De verhouding tussen zelfredzame burgers en kwetsbare burgers is 85/80% tegenover 15/20% (De Boer en Van der Lans, 2011).

Onder kwetsbare burgers wordt verstaan: “burgers die risico lopen om een achterstand in de maatschappij op te lopen of in een sociaal isolement te raken” (VWS, 2013). Kwetsbare burgers zijn burgers met een beperking (verstandelijk, lichamelijk, niet aangeboren hersenletsel [NaH], zintuigelijk), ouderen (demente, langdurig zieke en hulpbehoevende ouderen), burgers met een psychiatrische stoornis, dak- en thuislozen, mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt, verslaafden, risicogezinnen, burgers die niet meer deelnemen aan maatschappelijk verkeer, etc. (Movisie, 2015a). Kwetsbare burgers hebben vaak multicomplexe (fysieke, mentale, psychosociale, emotionele) problemen, verkeren in een afhankelijkheidssituatie, hebben geen of beperkte toegang tot hulpbronnen en ervaren een disbalans in draagkracht en draaglast. Veelal is er sprake van een laag zelfbeeld en storingen in de communicatie (VWS, 2013).

Kwetsbare burgers hebben vaak een zwak sociaal netwerk. Kwetsbare burgers zijn niet tot minimaal zelfredzaam en ‘samenredzaam’ (Rotmans, 2015). Op sociale en economische (zelf)redzaamheid wordt door deze groepen laag gescoord (Vandereycken, 2012). Het gaat om mensen die problemen hebben op diverse terreinen: met wonen, contacten leggen en onderhouden, dagbesteding, financiën, psychische en/of lichamelijke gesteldheid. Problemen kunnen in de maatschappelijke omgeving van burgers liggen, maar ook in de persoon zelf. Deze mensen kunnen, mogen, durven of willen geen gebruik maken van voorzieningen die hen kunnen helpen. Deze burgers beschikken niet of te weinig over hulpbronnen om het hoofd te kunnen bieden aan tegenslag (Schuyt, 1995 in RMO 2001).

De Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling [RMO], die de regering adviseert over beleidsvraagstukken die participatie en stabiliteit van de samenleving betreffen, hanteert een tweedeling met betrekking tot kwetsbare burgers. Enerzijds burgers die zich in een bestaande, kwetsbare toestand bevinden, anderzijds burgers die het risico lopen in een kwetsbare situatie te raken. Het risico waarover gesproken wordt geldt min of meer voor alle burgers. De RMO hanteert het uitgangspunt dat kwetsbare burgers al in een kwetsbare situatie verkeren waarbij tegenslagen dubbel zo hard aankomen (RMO, 2001).

In grootstedenbeleid worden kwetsbare burgers omschreven als ‘personen die op meerdere manieren geconfronteerd worden met achterstand en sociaal isolement en/of hierin dreigen te geraken’ (RMO, 2001).

Kwetsbare burgers worden niet altijd ‘herkend’ bij een eerste bezoek aan een Wmo-loket, een sociaal wijkteam of via een ander kanaal dat zou moeten leiden tot ondersteuning. Kwetsbare burgers die over weinig zelfinzicht beschikken, weinig mobiel zijn en/of weinig gemotiveerd zijn, krijgen vaak niet de ondersteuning die zij nodig hebben. Ondersteuning die soms ook nog bij verschillende instanties moet worden verkregen (Drechtzorg, 2015).



De overheid is onder andere verantwoordelijk voor de veiligheid van burgers en voor het verdelen van welvaart. De overheid moet ervoor zorgen dat burgers voldoende voedsel en onderdak hebben. Deze behoeften worden door de samenleving erkend als legitiem (Bekkers, 2007). Dit is sterk gerelateerd aan de behoeften zoals Maslow (in Breeuwsma, 1999) die kwalificeert in een piramide: de behoeftenhiërarchie, een structuur van elkaar opvolgende, verschillende behoeften (zie figuur 6).

Via deze hiërarchie laat Maslow zien dat wanneer aan een onderliggende is voldaan ruimte ontstaat voor een volgend 'niveau'. Het eerste niveau houdt de basale levensbehoeften in, waarvan voeding de meest elementaire is. In het bovenliggende niveau staat veiligheid centraal. Dit betreft zowel veiligheid in lichamelijke zin (bijv. vrij van gevaar) als veiligheid in psychologische zin (bijv. zekerheid m.b.t. werk).



Figuur 6. Behoeften piramide volgens Maslow

Kwetsbare burgers hebben met elkaar gemeen dat zij beperkingen ondervinden bij deelname aan de samenleving. De begeleidingsbehoefte van deze burgers is gemiddeld genomen redelijk stabiel omdat de beperkingen een mate van constantheid kennen. Continuïteit van de zorg en dienstverlening is, vanwege de voortdurende aanwezigheid van deze beperkingen, noodzakelijk (GGZ Nederland, 2009).

#### Eigen verantwoordelijkheid van burgers

Het uitgangspunt, het basisprincipe, van de Wlz is dat uitgegaan wordt van wat burgers (nog) wél kunnen. Dit houdt in dat regie naar vermogen moet worden gevoerd. Kwaliteit van leven staat voorop. Het motto van de Wlz is: "met professionele zorg, zo thuis mogelijk!" (Rijks-overheid, 2014b).

Voor burgers, niet alleen kwetsbare, is de samenleving aan het veranderen. Voorheen kende de burger vooral rechten, maar in de jaren tachtig werden ook plichten van burgers bij wet geregeld, bijvoorbeeld in het kader van wederkerigheid: het aanvaarden van passende arbeid en de sollicitatieplicht. Het burgerschap kende vanaf deze periode drie fasen: de fase van de zelfverantwoordelijke burger: zelf verantwoordelijk voor de eigen gezondheid, de eigen zorg en het eigen inkomen (kabinet Lubbers II). In de daarop volgende fase werd de burger medeverantwoordelijk voor andere burgers en zijn directe omgeving (Verhagen, 2008).

Begrippen als de *'civil society'*, *'mantelzorg'* en *'vrijwilligerswerk'* werden in deze periode veelvuldig gebruikt (kabinet Lubbers III). Deze ontwikkelingen werden gecontinueerd onder de paarse kabinetten van Kok. Rond de millenniumwisseling ging onder kabinet Balkenende I een derde fase in: die van de participerende burger. Hiermee werd volwaardige maatschappelijke deelname beoogd: meedoen in de samenleving. De Wmo (per 1 januari 2015 uitgebreid) kwam onder Balkenende III in 2007 tot stand (Verhagen, 2008).

In de Memories van Toelichting Wlz en Wmo worden de termen *'zelfredzaam'* en *'samenredzaam'* genoemd. De burger moet zelf duidelijk aangeven wat hij nodig heeft. Burgers zijn hiervoor zelf verantwoordelijk. Wanneer een burger dit niet of nauwelijks kan, moet iemand uit zijn netwerk hem daarbij helpen (Rijksoverheid, 2014b, Rijksoverheid, 2014c).

#### Dienstverlening op basis van een indicatie/beschikking

Burgers die aangewezen zijn op langdurige zorg vallen onder het *'regime'* van de Wlz en moeten een indicatie hebben of aanvragen bij het CIZ. Burgers die andersoortige begeleiding (ondersteuning bij werk, dagbesteding, begeleiding thuis) nodig hebben doen een beroep op de Wmo. Bij toekenning van deze ondersteuning, op basis van een zogeheten *'keukentafelgesprek'*, wordt door de gemeente een beschikking afgegeven. Zowel een indicatie als een beschikking geven aanspraak op zorg, hetgeen niet per definitie inhoudt dat de gehele toekenning kan worden *'verzilverd'* (AVI/VNG, 2015).

Gemeenten hebben in 2015 vrijwel alle, eerder verleende, zorg en dienstverlening overgenomen. Enerzijds heeft dit te maken met het overgangsjaar (de *'zachte landing'*), anderzijds omdat zorg- en dienstverlening voor gemeenten nieuw is en niet goed overzien werd wat de consequenties zijn als geen zorg wordt verleend. Vanwege de eigen verantwoordelijkheid en de aanspraak die zorgvragers moeten doen op het eigen netwerk in combinatie met de bezuinigingen, wordt verwacht dat beschikkingen minder eenvoudig zullen worden afgegeven (Rijksoverheid, 2014c; Kanne, 2015).

Sommige gemeenten verlangen van zorgvragers op basis van artikel 3.6 van de Memorie van Toelichting Wmo eerst een afwijzing van het CIZ vooraleer gestart wordt met een keukentafelgesprek (Rijksoverheid, 2014c).

#### Aanspraak op dienstverlening

Burgers die een beroep deden op een vorm van zorg zijn in de afgelopen jaren geconfronteerd geweest met een opstapeling van maatregelen: bezuinigingen op vervoer (67%), verdwijnen respijtzorg, opheffen of verplaatsen van dagbesteding, verlies van AWBZ-rechten, verhoging eigen bijdrage, scheiden wonen-zorg (Van der Elsen, 2010).

Door de bezuinigingen wordt strenger dan voorheen beoordeeld of een hulpvraag in aanmerking komt voor een indicatie c.q. een beschikking. Kwetsbare burgers verliezen mogelijk, als gevolg van de nieuwe wet- en regelgeving, geheel of gedeeltelijk hun zorg en dienstverlening vanuit zorgorganisaties of komen niet meer in aanmerking voor zorg. Door het (gedeeltelijk) wegvallen van de reguliere dienstverlening neemt enerzijds de kans op formele ondersteuning af en anderzijds het risico op eenzaamheid en sociaal isolement toe (Verhagen, 2008).

Voor veel burgers zijn de decentralisaties niet beter uitgekapt, hetgeen werd onderschreven door ruim 20% van de ambtenaren die meededen aan een onderzoek door Binnenlands Bestuur (Kanne, 2015).

In de Wlz-monitor die wordt bijgehouden door kenniscentrum in de langdurige zorg, Vilans, is geregistreerd dat 57% van de zorgaanbieders verwacht dat kwetsbare burgers tussen de wal en het schip zullen vallen. Dit zou vooral voor die kwetsbare burgers gelden die nog niet gediagnosticeerd zijn en nog thuis wonen, maar ook voor kwetsbare burgers met een combinatie van problemen (Vilans, 2015).

#### Risico's als gevolg van verlies van dienstverlening

Inzicht op de eigen situatie en eigen verantwoordelijkheid zijn nodig om adequaat het eigen leven vorm te geven (Putters, 2014). Veel burgers zijn hiertoe niet in staat of beschikken niet over een sociaal netwerk. Zij kunnen daardoor ongemerkt verkommeren (Tonkens, 2014). Voor veel kwetsbare burgers geldt dat zij geheel of gedeeltelijk handelingsonbekwaam of wilsonbekwaam zijn in het voeren van regie over eigen leven. Keuzes en verantwoordelijkheden kunnen in deze situatie eerder nadelig dan voordelig werken (SER, 1999).

Hulpvragen van zorgvragers (kwetsbare burgers) bestaan, naast de langdurige zorg, vaak uit kleine hoeveelheden begeleidingsuren. Deze lijken eenvoudig door de omgeving opgevangen te kunnen worden, maar vragen, ten gevolge van de problematiek van de kwetsbare burger, de nodige deskundigheid en professionaliteit (Van Lange-Frunt & Wajon, 2007). Het kan hier gaan om activiteiten uit het dagelijks leven [ADL], het structureren van de week, het onderhouden van contacten of het overzien van het eigen leven (Handy e.a., 2008).

De continuïteit van zorg en dienstverlening komt onder druk te staan als gevolg van het verdwenen 'verzekerde recht'. Dit vormt een risico voor kwetsbare burgers (Nza, 2014). Bij verlies van dienstverlening of wanneer geen aanspraken gemaakt kunnen worden op dienstverlening zijn kwetsbare burgers aangewezen op hun sociale netwerk. Verantwoordelijkheden voor zorg, ondersteuning, dienstverlening etc. worden in de participatiesamenleving verplaatst naar het informele circuit.

In een participatiesamenleving wordt een andere verdeling van collectieve middelen ingezet en wordt een beroep gedaan op individuele verantwoordelijkheden van burgers en bedrijfsleven. Waar vanuit de participatiesamenleving een beroep op wordt gedaan, werd voorheen vanuit de verzorgingsstaat echter ook niet geregeld: het informele circuit bestaande uit mantelzorg, vrijwilligerswerk, burenhulp, burgerinitiatieven, zorgcoöperaties, etc. (Putters, 2014).

Wanneer de kwetsbare burger een zwak sociaal netwerk heeft neemt de kans op informele ondersteuning af en daarmee de dreiging op eenzaamheid en sociaal isolement toe (Verhagen, 2008). Een sociaal netwerk bestaat uit familie, vrienden, burens, etc. Vrijwilligerswerk en mantelzorg zijn relatief oude vormen van dienstverlening en ondersteuning. Ongeveer een derde van de burgers in Nederland is hierin actief (SCP, 2014). ‘Mantelzorger zijn, kies je niet; het overkomt je’, is een veel gehoorde uitspraak (Jong, 2014). Vrijwilligers kennen verschillende drijfveren om onbezoldigd werkzaamheden te verrichten. Een vrijwilliger kan op zoek zijn naar werk en al doende zich een baan verwerven. Een vrijwilliger kan op zoek zijn naar een vorm van vrijetijdsbesteding, bijvoorbeeld na pensionering. Een vrijwilliger kan zelf op zoek zijn naar contact of een ideologisch gedreven vrijwilliger kan vanuit maatschappelijke betrokkenheid diensten aanbieden (’S Jongers, 2015).

Volgens de Inspectie voor de Volksgezondheid [IGZ] splitst zorgcontinuïteit zich in twee dimensies: enerzijds het vermijden van overlapping of hiaten in de zorg en dienstverlening. Overdracht, afstemming, uitwisseling, kortom goede communicatie, zijn hierbij onontbeerlijk. Communicatie met medewerkers binnen de organisatie, met andere disciplines, maar ook met mensen uit het sociale netwerk van de zorgvrager en vrijwilligers. Tezamen kunnen zij permanente zorg en dienstverlening garanderen. Communicatie is ook noodzakelijk als een zorgvrager gebruik maakt van een andere zorgaanbieder of verhuist. Anderzijds pleit IGZ voor de inzet van zoveel mogelijk dezelfde dienstverleners om continuïteit te garanderen (IGZ, 2007). Kwetsbare burgers hebben vaak multi complexe problemen en lopen een groot risico achterstand op te lopen in het maatschappelijk leven tot sociaal isolement toe. Opkomen voor het eigen belang, dan wel dit door een cliëntvertegenwoordiger te laten doen is wezenlijk voor de continuïteit van dienstverlening (Rijksoverheid, 2014c).

In dit hoofdstuk werden de resultaten van het eerste deel van de deskresearch uitgewerkt. In hoofdstuk 5 zijn de resultaten te lezen van het tweede deel van de deskresearch en het kwalitatieve onderzoek op basis van interviews.

## 5. Resultaten Deskresearch en Kwalitatief Onderzoek

---

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten weergegeven die verkregen zijn door deskresearch en door kwalitatief onderzoek. In paragraaf 5.1 wordt beschreven hoe de selectie van projecten is verlopen. In paragraaf 5.2 worden deze projecten of vormen van dienstverlening geïntroduceerd. In de daaropvolgende paragrafen worden de totstandkoming (5.3) en de organisatie van innovatieve vormen dienstverlening beschreven (5.4). Deze beschrijving vindt plaats op basis van de gehouden interviews met de vertegenwoordigers van de geselecteerde vormen van dienstverlening. Vervolgens wordt een analyse gegeven op de continuïteit van dienstverlening aan kwetsbare burgers (5.5).

### 5.1 Selectie

---

Aan de hand van zoektermen en via kenniscentra is op internet gezocht naar innovatieve projecten. Tijdens deze zoekstrategie werd veel informatie ontsloten via eerder gepubliceerde onderzoeken naar innovaties in de zorg, projecten en experimenten. Dit leverde een case-universum van 69 projecten op (zie bijlage 2). Van deze projecten werd nagegaan of de dienstverlening gericht was op mensen met een (verstandelijke) handicap. Op basis van dit criterium resteerden 33 projecten. Voor dit onderzoek werden van deze 33 projecten 20 projecten at random geselecteerd en benaderd. Hierbij werd rekening gehouden met een geografische spreiding over Nederland. Vertegenwoordigers van tien projecten gaven aan mee te willen werken aan dit onderzoek (zie bijlage 3), namelijk:

1. Zorghuis Kedichem, Kedichem;
2. Samen Leven, Regio Alblasserwaard-Vijfherenlanden, Drechtsteden, Rivierengebied;
3. Inn4Care, landelijk;
4. 't Zorghuus, Ysselsteyn;
5. Huiskamer van de Buurt, Amsterdam;
6. WeHelpen, landelijk;
7. Frittella, Papendrecht en Gorinchem;
8. Fort Smakelijk, Bergen op Zoom;
9. Austerlitz Zorgt, Austerlitz;
10. Kapstok, Venray.

In het eerste deel van het interview zijn vragen gesteld die duidelijk moeten maken of er, op basis van de theorie, sprake is van een innovatieve vorm van dienstverlening. Deze vragen richtten zich op de totstandkoming en de organisatie van een project.

## 5.2 Onderzoekspopulatie

---

In deze paragraaf wordt per geselecteerd project een korte beschrijving gegeven op basis van de kenmerken 'draagvlak vanuit de samenleving', 'idealistisch' en 'vernieuwend'. De overige kenmerken vanuit het theoretisch kader komen aan bod in paragraaf 5.3 en 5.4. De geselecteerde projecten hebben allen kwetsbare burgers met een verstandelijke en/of lichamelijke handicap onder hun cliënten of deelnemers.

### 5.2.1 Zorghuis Kedichem: 24-uurs zorg, dagopvang, logeeropvang, hospice.

Het idee voor Zorghuis Kedichem is aan de keukentafel ontstaan. Een oncologieverpleegkundige merkte dat dorpsbewoners in de laatste fase van hun leven het dorp moesten verlaten, omdat er geen adequate opvang voor handen was. Een tweede aanleiding gold compensatie aan te bieden aan mantelzorgers. Mantelzorgers zijn vaak overbelast en kunnen even op adem komen als degene voor wie zij de zorg hebben, buitenshuis kan worden opgevangen. Een zorginnovator bedacht, samen met deze oncologieverpleegkundige, Zorghuis Kedichem. Het Zorghuis biedt zeven dagen per week 24-uurs opvang aan. Dit betreft logeeropvang (ook respijtzorg genoemd) en hospice-zorg. Daarnaast wordt dagbesteding, zowel individueel als per groep, aangeboden. Revalidatie is in Zorghuis Kedichem ook mogelijk. Er wordt gewerkt met vrijwilligers. Professionele zorg, bijvoorbeeld voor medische handelingen, wordt door de zorgaanbieder die ook thuis komt, geboden in het Zorghuis.

Een voorlichtingsavond in het dorpshuis leverde meteen 35 vrijwilligers op. Zorghuis Kedichem is klaar voor de start zodra passende huisvesting is gevonden.

### 5.2.2 Vereniging Samen Leven: projectmatige initiatieven

Samen Leven is een initiatief van Zorgorganisatie Syndion (zorgorganisatie). De vereniging is per 1 februari 2016 opgericht. Samen Leven richt zich op ondersteuning die niet (meer) geïndiceerd is (hetzij via een indicatie, hetzij via een beschikking) of ondersteuning die wel geïndiceerd is, maar niet meer door zorgorganisaties kan worden geboden. Samen Leven is een vereniging waar een afvaardiging van de verschillende ledengroepen (cliënten van zorgorganisatie Syndion, burgers met een ondersteuningsvraag (kwetsbare burgers), vrijwilligers, bedrijven, maatschappelijke organisaties en mantelzorgers) de ledenraad vormt. Projecten kunnen worden ingediend. De leden bepalen welke projecten gerealiseerd worden.

De bedoeling van Samen Leven is te voorkomen dat kwetsbare burgers 'tussen wal en schip' vallen. Projecten hebben een duidelijk afgerond geheel.

Ondersteuning met een continu karakter kan worden geïnitieerd en wordt daarna ondergebracht bij een andere organisatie. Mede door de aangesloten bedrijven en de vrijwilligers kunnen projecten worden gerealiseerd.

### **5.2.3 Inn4Care: technologie t.b.v. zelfredzaamheid van kwetsbare burgers.**

Inn4Care zet in op technologische oplossingen bij het vergroten van zelfredzaamheid van kwetsbare burgers. Inn4Care is overtuigd van de toegevoegde waarde van technologische oplossingen op de kwaliteit van leven en dat technologie een bijdrage levert aan het betaalbaar houden van de zorg. De ontwikkeling van projecten vindt plaats in nauwe samenwerking met de gebruikers: kwetsbare burgers. Vertegenwoordigers van deze kwetsbare burgers en hun zorgprofessionals adviseren hierbij. Technologische oplossingen worden geïntegreerd in de directe leefomgeving van de kwetsbare burger. Leidende principes zijn de menselijke maat, betaalbaarheid en minimaal gelijkblijvende kwaliteit.

### **5.2.4 't Zorghuus Ysselsteyn: 24-uurs zorg en dagbesteding**

Inwoners van Ysselsteyn die niet (meer) zelfstandig kunnen wonen, waren voorheen aangewezen op zorg buiten het dorp. 't Zorghuus Ysselsteyn is een burgerinitiatief. Na lange voorbereidingstijd is 't Zorghuus opgericht door de inwoners van Ysselsteyn. Bewoners kunnen in de vertrouwde omgeving blijven wonen en deelnemen aan activiteiten in het dorp.

In 't Vurste Huus' en in 't Achterste huus' wonen (dementerende) ouderen; mensen met een verstandelijke of meervoudige handicap wonen in 'Os thuus'. Er wordt gewerkt met een inwonend echtpaar in combinatie met vrijwilligers. Professionele (medische) handelingen worden verricht door gediplomeerde medewerkers in dienst van de Stichting, waarvan een deel woonachtig is in het dorp zelf. Van familieleden van de bewoners van 't Zorghuus wordt verwacht dat zij de nodige hand- en spandiensten verrichten. Doel van 't Zorghuus is dat bewoners er levensbrede en levenslange zorg krijgen.

### **5.2.5 Huiskamer van de Buurt: dagopvang, dagbesteding, maaltijdvoorziening.**

In negen zogenoemde 'Huiskamers' in Amsterdam is een nieuwe vorm van dagbesteding gerealiseerd. De 'Huiskamers van de Buurt' zijn een initiatief van organisatie Combiwel die gericht is op maatschappelijke dienstverlening. De Huiskamers zijn bedoeld voor buurtbewoners met een fysieke, sociale, verstandelijke of psychische beperking. Voor deze burgers zijn reguliere voorzieningen soms minder toegankelijk. In de Huiskamers worden vijf à zeven dagen per week diverse activiteiten georganiseerd gericht op contact, ontmoeting, bezig zijn en participatie. Bezoekers van de Huiskamers bepalen mede het programma-aanbod.

Er wordt gewerkt met één deeltijd professional in combinatie met vrijwilligers en stagiaires. Vrijwilligers komen vrijwel allemaal uit dezelfde buurt.

Er wordt met deelnemers gezamenlijk gegeten (lunch en warme maaltijd), maar ook komen buurtbewoners alleen voor de maaltijd. Wanneer een deelnemer niet aanwezig kan zijn, bijvoorbeeld wegens revalidatie of ziekte, dan kunnen maaltijden worden bezorgd.

Deelnemers die niet in staat zijn zelfstandig naar de Huiskamer te komen, worden opgehaald. Wanneer dit helemaal niet meer lukt worden deelnemers ook thuis bezocht.

### **5.2.6 WeHelpen: ondersteuning via vraag en aanbod.**

Drie initiatiefnemers, elk vanuit persoonlijke ervaringen en drijfveren, richtten eind 2012 WeHelpen op. Enkele sympathisanten, bedrijven en maatschappelijke organisaties, ondersteunden het initiatief. WeHelpen is een coöperatie met inmiddels meer dan zestig leden. WeHelpen lijkt op een *online* marktplaats. Via internet kunnen vragers van zorg of hulp in contact komen met aanbieders van informele zorg. Vragen variëren van de hond uitlaten van iemand die ziek is tot regelmatige musea- of concertbezoeken. Van een wekelijks kopje thee tot boodschappen doen.

Vrijwilligers kunnen kiezen voor het bieden van kortdurende of langer durende hulp. De site is voorzien van diverse digitale hulpmiddelen bij het vormgeven van ondersteuning: digitale agenda, notitiepagina's, etc.

### **5.2.7 Frittella: arbeidstraining en -(re)integratie.**

Pannenkoekenhuis Frittella is een initiatief waar mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt of mensen met een arbeidsbeperking een baan hebben of werkervaring kunnen opdoen. Frittella is ontstaan vanuit Combigoods en is tot stand gekomen vanuit eenzelfde behoefte en werkt met dezelfde doelstellingen. Er wordt nauw samengewerkt met gemeenten en het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen [UWV]. Arbeidsvaardigheden worden aangeleerd, scholing op diverse terreinen wordt aangeboden en er wordt getraind op structuur en ritme. Een aantal mensen stroomt door naar reguliere arbeid, een aantal mensen behoudt een baan binnen Frittella of een ander bedrijf dat ressorteert onder Combigoods.

### **5.2.8 Fort Smakelijk: leer- werkproject, sociale ontmoetingen.**

Fort Smakelijk is een burgerinitiatief dat een restaurant runt in een voormalig schoolgebouw. In het gebouw is een professionele keuken waar mensen werken met een beperking (verstandelijk, lichamelijk, psychisch, sociaal) of mensen die (veelvuldig) in aanraking zijn geweest met justitie. Medewerkers krijgen training en scholing. Sommigen in de voorbereiding van het menu, sommigen in de keuken, sommigen in de bediening.

Tweemaal per week kunnen mensen met een kleine portemonnee gebruik maken van dit restaurant. Een driegangenmenu, samengesteld uit seizoenproducten en verse ingrediënten, is hier verkrijgbaar voor € 3,- of € 6,-. De prijs is inkomensafhankelijk.



Fort Smakelijk richt zich ook op mensen die behoefte hebben aan contact. Daarnaast worden allerlei projecten georganiseerd op en met scholen. Synchron aan Fort Smakelijk is Fort Culinair actief. De keuken en bediening zijn identiek georganiseerd, maar Fort Culinair richt zich op alle burgers. Vanuit Fort Culinair wordt Fort Smakelijk grotendeels gefinancierd.

### **5.2.9 Austerlitz Zorgt: zorg en hulp aan uiteenlopende doelgroepen.**

Onder de 'oudere' bevolking van Austerlitz leefde de zorg over de toekomst. Een zorgvoorziening was niet in het dorp aanwezig en de welzijnsvoorzieningen kwamen onder druk te staan door gewijzigde regelgeving. Onder auspiciën van vereniging Austerlitz' Belang heeft een werkgroep de wensen van dorpsbewoners in kaart gebracht.

Hieruit bleek de behoefte zo lang mogelijk in Austerlitz te willen blijven wonen. De werkgroep heeft daarna de coöperatie Austerlitz Zorgt opgericht. Austerlitz Zorgt biedt voorzieningen op het vlak van steun, zorg en hulp aan dorpsbewoners met een ondersteuningsvraag. Zoveel mogelijk wordt dit aanbod vanuit het dorp zelf geregeld. Zorgvragers ontvangen zoveel mogelijk ondersteuning thuis door vrijwilligers (lichte zorg, huishoudelijke hulp, begeleiding bij administratie, artsenbezoek, etc.) Austerlitz Zorgt kent meerdere vormen van aanbod: "Austerlitz Rijdt", "Austerlitz Eet", "Austerlitz Klust", "Austerlitz Beweegt" en "Austerlitz Online".

Een aantal diensten is naar het dorp 'gehaald' of was al aanwezig: de apotheekbezorgdienst, bezoeken van praktijkondersteuners van de huisarts, een bloedlaboratorium in het dorps-huis. Van de volwassen dorpsbewoners is 40% lid van de coöperatie. Professionele handelingen in de ondersteuning worden door professionals, veelal via preferente zorgaanbieders, uitgevoerd. Er wordt gewerkt aan de totstandkoming van kleinschalige woonvoorzieningen waar zorg kan worden verleend (acht woningen worden door Austerlitz Zorgt gekocht en verhuurd en zeventien woningen zijn in beheer van een woningcorporatie).

### **5.2.10 Kapstok: logeeropvang, ter ontlasting van de mantelzorg**

Logeerhuis Kapstok is primair bedoeld ter ondersteuning en ontlasting van mantelzorgers. De ideologie van Kapstok is de mantelzorgers tijdelijk te vrijwaren van hun belangrijke, maar vaak zware, taak. Door hen te ontlasten van de, meestal, dagelijkse zorg zijn zij langer in staat deze zorg te blijven bieden. Dat houdt bij gevolg in dat degene aan wie de mantelzorg de zorg biedt, logeert in Kapstok. Dit kan langdurig worden vorm gegeven, bijvoorbeeld wanneer de mantelzorg op vakantie zou willen. Kapstok is ontstaan vanuit de lokale bevolking en draait 7x24 uur volledig op vrijwilligers. Daar waar professionele (medische) handelingen nodig zijn, worden die verricht door professionals van reguliere zorgaanbieders.

### 5.3 Totstandkoming innovatieve vormen van dienstverlening

In dit onderzoek worden de onderzoeksresultaten ingedeeld naar de kenmerken van innovatieve dienstverlening uit de theorie. Via interviews en documenten (statuten, beleidsnotities, businessplannen) wordt onderzocht of de tien geselecteerde projecten innovatieve dienstverlening bieden. In paragraaf 5.3 wordt de totstandkoming van de projecten geanalyseerd, in 5.4 de organisatie. Paragraaf 5.3 start met de beschrijving van de werkwijze (5.3.1) gevolgd door het ontstaan onder invloed van veranderingen in de omgeving (5.3.2) gevolgd door het ontstaan vanuit idealisme (5.3.3). Maatschappelijke drijfveren worden beschreven in 5.3.4 en de aanwezigheid van ondernemerschap in 5.3.5. Relevante citaten van respondenten illustreren de analyse in deze paragraaf.

#### 5.3.1 Werkwijze

In subparagraaf 3.5.4 is beschreven dat interviews werden afgenomen, dat deze worden getranscribeerd en vervolgens worden gecodeerd. De waardering van de codes werd vooraf vastgesteld in de operationalisering. Codering op basis van kenmerken geschiedde aan de hand van het onderbrengen van tekstfragmenten (zie figuur 7).

Transcriptfragment	Codering
<p>I: ... wat is in verband met idealisme nog meer aan de orde volgens u? Waar denkt u dan aan?</p> <p>B: Ja... eh... wij werken hier op basis van een missie... eh... bevolgenheid is noodzakelijk. En verantwoordelijkheid, onbaatzuchtigheid en dienstbaarheid.</p>	<p>Code: Ontstaan uit idealisme Synoniem voor 'meerwaarde' Synoniem voor 'betrokkenheid' Synoniem voor 'iets doen voor anderen' Synoniem voor 'iets doen voor anderen'</p>
<p>I: ... als we het dan hebben over ondernemerschap, hoe wordt regelgeving ervaren?</p> <p>O: .. tja... de overheid en regels... nou dat valt tegen, maar ook daarin is Austerlitz Zorgt behoorlijk eigenwijs! Wij hebben gewoon gezegd 'dat doen we niet. Als je wilt of het wel of niet goed gaat, dan moet je naar de klant.'</p>	<p>Code: Dienstverlening is ondernemend Kenmerk: regelarm</p>
<p>I: Wat biedt Huiskamer van de Buurt aan voor dienstverlening? Hoe ziet een programma eruit?</p> <p>S: ...eh... tja... er komen hier twee Turkse mannen als deelnemer dan hè... één van hen was vroeger meubelmaker. Die heeft hier alle stoelen dus gerepareerd... en eh... een deelnemer kan heel goed ansichtkaarten maken. Zij heeft toen met de hele groep kaarten gemaakt</p>	<p>Code: De dienstverlening is origineel Kenmerk: vormgeving anders dan regulier Kenmerk: SROI</p>

Figuur 7. Voorbeelden van transcriptfragmenten en codering

De gevonden codes en kenmerken zijn vervolgens overgenomen in een matrix, waarin gescoord werd (zie bijlage 6). Bij elke code die in deze paragraaf wordt beschreven is het gedeelte uit de coderingsmatrix overgenomen dat hierop betrekking heeft.

### 5.3.2 De dienstverlening is ontstaan onder invloed van veranderingen in de omgeving

Uit het literatuuronderzoek bleek dat veranderingen in de omgeving aanleiding kunnen vormen voor innovaties. In deze subparagraaf wordt nagegaan tot in hoeverre de innovatieve vormen van dienstverlening zijn ontstaan onder invloed van veranderingen in hun omgeving.

In de scorematrix (zie bijlage 6) staat weergegeven hoe de geïncludeerde projecten, volgens de respondenten scoren op de diverse thematische codes. Zoals in de tabel (zie figuur 8) te zien is scoren vier van de geïncludeerde projecten maximaal op deze kenmerken. Dit betekent dat zowel wijzigingen in wet- en regelgeving, geen of vervallen indicaties en ontbreken of wegvallen van reguliere dienstverlening door de respondenten zijn aangegeven als aanleiding voor de totstandkoming. Dit wordt onderstreept door relevante stukken (statuten, etc.) 't Zorghuus Ysselsteyn scoort op deze thematische code lager.

Thematische code	Zorghuis Kedichem	Samen Leven	Inn4Care	't Zorghuus Ysselsteyn	Huiskamer van de Buurt	WeHelpen	Frittella	Fort Smakelijk	Austerlitz Zorgt	Kapstok
<u>Ontstaan door veranderingen in de omgeving</u>										
• Wet- en regelgeving (2)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
• Vervallen indicatie (2)	2	2	2	0	2	2	0	2	0	2
• Geen indicatie/beschikking (2)	2	2	2	0	2	2	0	2	2	2
• Wegvallen regulier aanbod (1)	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
• Ontbreken regulier aanbod (2)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
• Anders...										
○ Nav behoefte	+			+					+	+
○ Bezuinigingen		+							+	
○ Mantelzorg raakt overbelast	+	+								+
Ondersteund vanuit stukken (2)	2	2	2	0	2	0	2	0	2	2
<b>Score Veranderingen in de omgeving (max 11)</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>11</b>

Figuur 8. Tabel Ontstaan door veranderingen in de omgeving

Veranderingen in de omgeving werden door vrijwel alle respondenten genoemd als aanleiding voor de start van de betreffende innovatieve dienstverleningsvorm. Veranderingen betroffen veelal wijzigingen in wet- en regelgeving. Vaak ook niet (meer) beschikbare dienstverlening in eigen dorp/omgeving (Zorghuis Kedichem, 't Zorghuus Ysselsteyn) of dienstverlening die wegviel omdat zorgvrager een indicatie niet verlengd kregen en vervolgens ook geen beschikking kregen bij de gemeente. Een andere genoemde verandering was de (dreigende) overbelasting van mantelzorgers.

Ten aanzien van veranderingen in de omgeving werden ook wijzigingen ten gevolge van de Participatiewet en de Wmo aangehaald: “Jongeren gaan van school, zijn 18 jaar, krijgen geen uitkering meer en ook geen dagbesteding. De meesten wonen nog thuis, dus bijstand krijgen ze niet. Als je ze dan niet weet vast te houden na een stage, dan zijn ze snel uit beeld” (Frittella/Combigooods).

Afnemende budgetten werden door de respondenten meermalen genoemd en scoorden daarom op het kenmerk ‘bezuinigingen’.

Uit deze beschrijving blijkt dat één of meerdere van de veranderingen in wet- en regelgeving, financiering, opheffen van reguliere vormen van dienstverlening werden genoemd door alle respondenten als aanleiding voor de start van de verschillende projecten.

### 5.3.3 De dienstverlening is ontstaan vanuit idealisme

In de theorie werd idealisme beschreven als maatschappelijke betrokkenheid, bereidheid iets te doen voor anderen, liefdadigheid en loyaliteit. Idealisme en liefdadigheid zijn kenmerken die passen bij vormen van sociaal ondernemerschap. Bij deze vorm van idealisme hoort ook een beweging van ondernemende burgers die tegen de stroom in goede praktijken in de samenleving proberen te continueren. Werken voor een goede zaak, sociale waarde creëren en sociale activiteiten organiseren, zijn begrippen uit de literatuur. In deze subparagraaf wordt bekeken of er sprake is van idealisme bij het ontstaan van de projecten.

Bijna alle kenmerken of synoniemen daarvan, die onder thematische code ontstaan uit idealisme vallen, werden door de respondenten genoemd (zie figuur 9). Deze kenmerken werden tevens aangetroffen in de beschikbaar gestelde stukken.

Thematische code	Zorghuis Kedichem	Samen Leven	Inn4Care	't Zorghuus Ysselsteyn	Huiskamer van de Buurt	WeHelpen	Frittella	Fort Smakelijk	Austerlitz Zorgt	Kapstok
<b>Ontstaan uit idealisme</b>										
• Meerwaarde (1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
• Liefdadigheid (1)	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1
• Betrokkenheid (1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
• Iets doen voor anderen (1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
• Loyaliteit (1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
• Solidariteit (1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
• Wederkerigheid (1)	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0
• Mensgericht (1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
• Anders...										
Ondersteund vanuit stukken (2)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Score Idealisme (maximale score 10)	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>9</b>

Figuur 9. Tabel Ontstaan uit idealisme

Uit alle interviews en stukken blijkt dat een ideaal ten grondslag lag aan bij de totstandkoming van de innovatieve dienstverlening. De bewoners van het dorp Kedichem wilden graag dat ouderen binnen het dorp kunnen blijven en bij overlijden niet op het laatste moment naar een hospice buiten het dorp hoeven. Een ander uitgangspunt was het ontlasten van de mantelzorgers, waardoor zij langer in staat zijn de zorg te blijven leveren voor hun familielid. Zorghuis Kedichem is ontstaan in samenspraak met de lokale omgeving en met burgers in directe omgeving. Vrijwel onmiddellijk na het lanceren van het idee ontstond een spontane aanmelding van tientallen vrijwilligers. Ook bij 't Zorghuus Ysselsteyn meldden zich veel mensen uit het dorp, die op één of andere manier betrokken wilden zijn bij dit project. De kenmerken solidariteit, bereidheid, loyaliteit werden door de respondenten in dit verband veelvuldig genoemd.

Soortgelijke vertrekpunten waren er ook bij 't Zorghuus Ysselsteyn en Austerlitz Zorgt. Voor mensen met een handicap en ouderen was er weinig zorgaanbod in de dorpen zelf. Zodra ouderen totaal zorgafhankelijk werden moesten ze naar een zorgorganisatie buiten het dorp. Dit vormde de meest directe aanleiding om 't Zorghuus in Ysselsteyn en Austerlitz Zorgt te starten.

Op momenten dat er tegenslag was in financiering of met het voldoen aan regels bleven initiatiefnemers zoeken naar oplossingen. Toen de voorbereiding van 't Zorghuus Ysselsteyn meer tijd vroeg, waren allerlei regelingen, vergunningen en wetten alweer veranderd. Dat werkte voor de initiatiefnemers ontmoedigend, maar zij gaven niet op: "We blijven als dorp verantwoordelijk voor mensen die zorg nodig hebben."

Op gebied van dagbesteding of werk werden initiatiefnemers gedreven vanuit een vorm van idealisme. Frittella biedt extra begeleiding of coaching, bijvoorbeeld wanneer medewerkers thuis problemen of schulden hebben. Naar betrokkenheid, loyaliteit, liefdadigheid, solidariteit, wederkerigheid en de collectieve wil iets voor medeburgers te doen werd door alle respondenten veelvuldig verwezen.

Uit de analyse bleek dat idealistische ideeën door alle respondenten werden genoemd. Idealistische ideeën hebben betrekking op de aard en vormgeving van de dienstverlening, maar ook op de omgeving van de gebruikers.

#### **5.3.4 De dienstverlening heeft een maatschappelijk doel**

Onder een maatschappelijk doel wordt in dit onderzoek de transformatie onder invloed van de hervormingen in het zorgstelsel naar nieuwe of andere vormen van dienstverlening verstaan.

De vraag naar het maatschappelijke doel van het project bleek door respondenten vaker uitgelegd te worden, ondanks doorvragen, naar algemene maatschappelijke doelen dan naar een reactie op de transformatie. In deze subparagraaf wordt onderzocht of er sprake is van beide invalshoeken.

In de scorematrix (zie bijlage 6) is te zien dat alle respondenten hebben aangegeven dat de transformatie onder invloed van de hervormingen een rol heeft gespeeld bij de totstandkoming van het project (zie figuur 10). Dit is niet in alle relevante stukken terug gevonden.

Thematische code	Zorghuis Kedichem	Samen Leven	Inn4Care	't Zorghuus Ysselsteyn	Huiskamer van de Buurt	WeHelpen	Frittella	Fort Smakelijk	Austerlitz Zorgt	Kapstok
<u>Maatschappelijk doel</u>										
• Transformatie o.i.v. de hervormingen (1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ondersteund vanuit stukken (2)	2	2	2	2	0	0	2	0	2	2
Score maatschappelijk doel (maximaal 3)	3	3	3	3	1	1	3	1	3	3

Figuur 10. Tabel Maatschappelijk doel

Fort Smakelijk werkt met randgroepjongeren, mensen met een beperking, jonge ‘draaideur-criminelen’, etc. en kookt tweemaal per week voor burgers met een uitzonderlijk kleine beurs. Fort smakelijk kwam tot stand uit betrokkenheid op degenen die het minder goed getroffen hebben in de samenleving. Voorkomen van eenzaamheid of sociaal isolement was bij meerdere projecten een drijfveer: “Vroeger kon je met een lage indicatie naar een zorgorganisatie. Dat kan niet meer. Dus veel mensen dreigen te vereenzamen. Daar zijn nu de Huiskamers van de Buurt voor bedoeld.”

Bij WeHelpen merkt men, in het kader van eenzaamheid en sociaal isolement, dat er veel vrijwilligers zijn die diensten aanbieden in het kader van gezelschap. Dat mes blijkt vaak langs twee kanten te snijden: aanbieders en vragers hebben er tegelijkertijd voordeel van: *Social Return On Investment*.

Bij Samen Leven wordt ‘oplossingsgericht’ gezocht naar wat wél mogelijk is. Samen Leven biedt projectmatige dienstverlening aan kwetsbare burgers, die aanspraken op ondersteuning zijn verloren, of soms die aanspraak nog wel hebben maar zorgorganisaties kunnen de zorg niet meer kunnen leveren. De achterliggende gedachte bij dit aanbod is ook een vinger aan de pols te houden om eenzaamheid en tussen ‘wal en schip’ te voorkomen. Samen Leven gaf aan dat zij is opgericht om in te spelen op alle ontwikkelingen gerelateerd aan de hervormingen in het zorgstelsel. Dit bleek ook uit de statuten.

Uit onderzoek in een eerder stadium ontdekte de initiatiefnemer van Inn4Care dat de behoefte aan mobiliteit groot is, met name sinds de bezuinigingen op vervoer. Inn4Care ontwikkelt en implementeert *app's* en andere digitale middelen om zelfstandig te kunnen reizen met het openbaar vervoer, GoOV en Buzz Buddy. Dit zijn *app's* die geïnstalleerd kunnen worden op een smartphone of een *ipad* en die de gebruiker begeleiden in het openbaar vervoer. Dit biedt kwetsbare burgers een bepaalde onafhankelijkheid. Inn4Care benoemde de hervormingen in de zorg als extra vliegwiel op deze technologische ontwikkelingen. De statuten en het businessplan onderschrijven dit.

Austerlitz Zorgt ontstond nadat de behoefte aan zorg voor ouderen of mensen met een beperking in het eigen dorp werd gesignaleerd. Naar aanleiding van het leefbaarheidsonderzoek werd geconstateerd dat er geen zorg (meer) was in het dorp. Austerlitz Zorgt vindt dat het initiatief bijdraagt aan de beleidsdoelstellingen van de gewenste transformatie zoals die door de overheid wordt gewenst. Door de respondent werd dit nog extra benadrukt met: "We zeggen 'ja' op alles!"

Combigoods, waaronder Frittella ressorteert, vond een maatschappelijk doel in (re)integratie in betaalde arbeid. De opzet van een websitewinkel leidde tot een inpakcentrum waar mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt of mensen met een beperking zonder dagbesteding, werk vonden. De gemeente vroeg aan de initiators van Combigoods of ze meer konden doen, bijvoorbeeld iets in de horeca. Vervolgens is een plan gemaakt voor een pannenkoekenhuis, dat Frittella is genoemd.

WeHelpen ontstond vanuit eigen ervaringen dat er steeds een beroep gedaan moest worden op dezelfde mensen uit het sociale netwerk en ook omdat om hulp vragen voor veel mensen moeilijk of lastig is. Het voelt afhankelijk, men voelt zich schuldig, men kan niets terug doen.

Kapstok richt zich op mantelzorg en om mantelzorgers te ontlasten vangt Kapstok de zorgvrager voor wie de mantelzorger zorgt, op. De bedoeling was aanvankelijk alleen mensen op de te vangen die de eigen verzorging nog zelf konden doen (wassen, aankleden, toiletbezoek, etc.), maar dat verschoof naar mensen die in mindere of meerdere mate (medische) zorg nodig hebben. Op het moment dat mantelzorgers om hulp vragen is dat meestal pas als het hen ook te zwaar wordt, als ze tegen het plafond van hun kunnen aanzitten. Dan is er al een grotere zorgafhankelijkheid van degene aan wie mantelzorg geboden wordt, aldus Kapstok.

Uit bovenstaande blijkt dat alle respondenten één of meer maatschappelijke doelen voor ogen hadden bij de aanzet of oprichting van de dienstverlening. Tevens zag meer dan de helft van de respondenten voor zichzelf een maatschappelijke opdracht weggelegd: zorgen dat er vorm gegeven wordt aan de nieuwe werkelijkheid waarbij niet alles vanzelfsprekend meer door de overheid wordt geregeld c.q. vergoed. Tegelijkertijd werd gesignaleerd dat niet overal dezelfde mogelijkheden bestaan. Enerzijds niet vanuit de samenleving (verschil tussen dorp/platteland en stad), anderzijds niet vanuit de samenwerking met lokale overheden.

### 5.3.5 De dienstverlening is opgezet door ondernemende initiatiefnemers

Ondernemerschap wordt volgens de theorie in verband gebracht met het exploiteren van kansen, het hebben van bestaansrecht en succesvol zijn. Begrippen als regelarm en alternatieve financieringsstromen werden in dit verband genoemd. In deze subparagraaf wordt geanalyseerd tot in hoeverre sprake is van ondernemende initiatiefnemers.

Volgens de respondenten voldoen hun projecten vrijwel aan alle kenmerken die genoemd werden bij de dienstverlening is ondernemend (zie figuur 11). Grotendeels werd dit onderstreept in de beschikbaar gestelde stukken.

Thematische code	Zorghuis Kedichem	Samen Leven	Inn4Care	't Zorghuus Ysselsteyn	Huiskamer van de Buurt	WeHelpen	Frittella	Fort Smakelijk	Austerlitz Zorgt	Kapstok
<u>Dienstverlening is ondernemend</u>										
• Gericht op kansen (1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
• Hebben van bestaansrecht (1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
• Succesvol zijn (1)	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0
• Regelarm (2)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
• Risico's durven nemen (1)	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
• Anders...										
○ Vorm geven naar eigen inzicht							+	+	+	+
○ Lef tonen		+					+	+	+	+
○ Actiebereidheid										
○ Oplossingsgericht					+		+	+	+	+
○ Onafhankelijk						+	+	+	+	+
○ Zelfsturend						+		+		+
○ Ontstaan vanuit de omgeving				+			+		+	+
○ Burgers zijn betrokken		+		+	+				+	+
○ Maatschappelijk 'volhoudbaar'							+	+		
○ Gaat uit van eigen kracht van burgers					+	+	+	+		+
○ Voegt iets toe	+	+	+	+		+		+	+	+
○ Menselijke maat		+	+	+	+				+	+
Ondersteund vanuit stukken (2)	0	2	2	0	0	2	2	2	2	2
Score Dienstverlening is ondernemend (max. 8)	5	8	8	6	5	6	6	7	8	7

Figuur 11. Tabel bij Dienstverlening is ondernemend



De meeste respondenten noemden bij een interviewvraag naar 'succesvol zijn', het begrip ondernemerschap. Dit ondernemerschap werd geïllustreerd met uitspraken als "Alles is onzeker. Regelgeving, financiering, aantal gebruikers. Morgen kan alles weer anders zijn. Dat zijn risico's en vragen ondernemerschap" (Kapstok). Kapstok redeneert met de huidige gebruikersbezetting van 20% dat een bedrijf er vijf jaar over doet om budgettair neutraal of winstgevend te worden. Kapstok zegt dat durf en ondernemerschap nodig zijn en onderzoekt het idee om te werken met *vouchers* of cadeaubonnen: 10% van de medewerkers van reguliere organisaties of bedrijven verleent mantelzorg. Vroeger of later raken die overbelast met als gevolg verzuim op het werk. De werkgever kan als secundaire arbeidsvoorwaarde dan vouchers geven aan die medewerkers die verzilverd kunnen worden bij Kapstok: "Een win-win situatie."

Volgens Inn4Care vraagt vernieuwing om een ondernemersgeest. Een aanpak waarin niet direct naar een oplossing wordt gezocht, maar vraag gestuurd gekeken moet worden. Inn4Care ontwikkelt innovatieve producten op basis van een sluitende businesscase.

Er wordt door diverse vormen van dienstverlening op ondernemende wijze omgegaan met de organisatie van de dienstverlening. Enkele vormen van dienstverlening (WeHelpen, Samen Leven) werken uitsluitend met alternatieve geldstromen (geen overheids gelden).

Bij WeHelpen kunnen zorgvragers en -aanbieders gratis gebruik maken van de website, dankzij de financiële bijdrage van de coöperatieleden. WeHelpen heeft een stakeholdersanalyse gedaan, waarna partners zijn gezocht en een businessmodel is ontwikkeld. De website van WeHelpen draait mee op de securitycheck van een grote bank, waardoor die vrijwel *hack-proof* is.

Fort Smakelijk bracht privaat startkapitaal in en wordt vervolgens voor een groot gedeelte gefinancierd door het commerciële, parallelle project Fort Culinair. Met de inkomsten van Fort Culinair wordt een groot gedeelte van de kosten gedekt van Fort Smakelijk: "Ik kan niet sociaal zijn zonder ondernemerschap."

Frittella ziet dat het verschil kan worden gemaakt door commercieel te denken. Frittella vindt zichzelf hierin onderscheidend ten opzichte van reguliere overheidsinstellingen, waar risico's op deadlines zich vaak vertalen in het laten schieten van opdrachten. Volgens de respondent van Frittella is risico's durven nemen de kern van ondernemen. De respondent benadrukte de noodzaak van het flexibeler omgaan met regelgeving bij het voeren van een sociale onderneming.

't Zorghuus in Ysselsteyn heeft alles wat nodig is voor de totstandkoming en instandhouding van 't Zorghuus in eigen dorp gezocht en gevonden, veelal met gesloten beurs. Het gaat om deskundigheid op financieel, juridisch en organisatorisch vlak, maar vooral ook om inhoudelijke kennis (verzorging, medische begeleiding, etc.)

Enkele vormen van dienstverlening hebben gekozen voor een andere vormgeving dan een stichting, die voor de meeste reguliere vormen van dienstverlening gangbaar is. Een aantal vormen van dienstverlening koos als rechtspersoon een coöperatie, een vereniging of een B.V. Organisatievormen waarin deelnemers veel zeggenschap en inspraak hebben, maar ook organisatievormen waarbij rekening is gehouden met inkomsten uit winst of lidmaatschaps-gelden (alternatieve geldstroom).

Uit de beschrijving blijkt dat ondernemerschap verschillend gezien wordt. Vrijwel alle respondenten noemden zelf 'ondernemerschap' als een noodzakelijke voorwaarde voor bestaansrecht. Bij niet alle vormen van dienstverlening werd dit even sterk terug gezien. Zaken die minder makkelijk te regelen lijken, minder vanzelfsprekend zijn of tegenvallers werden eerder beschouwd als uitdaging of kans dan als een probleem. De kenmerken regelarm en alternatieve geldstromen worden in paragraaf 5.3 bij 'vernieuwend' en 'financiering' nader beschreven.

#### **5.4 Organisatie innovatieve vormen van dienstverlening**

---

In dit onderzoek worden de onderzoeksresultaten ingedeeld naar de kenmerken van innovatieve dienstverlening uit de theorie. In vervolg op paragraaf 5.3 wordt in deze paragraaf de organisatie van de tien geselecteerde vormen van dienstverlening beschreven.

In subparagraaf 5.4.1 wordt beschreven wat de respondenten verstaan onder originaliteit, wat verstaan wordt onder een andere manier van denken en doen (5.4.2), welke omschrijvingen passen bij vernieuwend (5.4.3), en wat bij menselijke maat (5.4.4). Vervolgens of er sprake is van meerwaarde (5.4.5) en het maken van het verschil (5.4.6). De analyses uit paragraaf 5.3 en 5.4 geven aanknopingspunten om vast stellen of er sprake is van innovatieve vormen van dienstverlening.

##### **5.4.1 De dienstverlening is origineel**

Uit literatuuronderzoek is gebleken dat dienstverlening als origineel kan worden beschouwd wanneer deze op een andere wijze is georganiseerd dan bestaande zorgorganisaties, bijvoorbeeld door samenwerking met het bedrijfsleven, het combineren van verschillende beleidssectoren of volgens het principe van Social Return On Investment [SROI].

In deze subparagraaf wordt nagegaan tot in hoeverre de geselecteerde projecten hieraan voldoen.

Respondenten benoemden vrijwel alle kenmerken die vallen onder de thematische code de dienstverlening is origineel (zie figuur 12). Relevante stukken onderstrepen dit op één na, allemaal.

Thematische code	Zorghuis Kedichem	Samen Leven	Inn4Care	't Zorghuis Ysselsteyn	Huiskamer van de Buurt	WeHelpen	Frittella	Fort Smakelijk	Austerlitz Zorgt	Kapstok
<u>De dienstverlening is origineel</u>										
• Vormgeving anders dan regulier (2)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
• Samenwerking bedrijfsleven (2)	0	2	2	2	0	2	2	2	0	0
• Samenwerking andere sectoren (2)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
• SROI (2)	2	2	0	2	2	0	2	2	0	0
Ondersteund vanuit de stukken (2)	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2
Score dienstverlening is origineel (maximaal 10)	7	9	7	9	5	7	9	9	5	5

Figuur 12. Tabel Dienstverlening is origineel

De statutair vastgelegde samenwerking tussen een zorgorganisatie (stichting) en de vereniging Samen Leven is origineel, omdat een initiatief in deze vorm niet bekend is binnen het Nederlands notariaat. Het originele is verder gelegen in, onder andere, financiering en zeggenschap bij de ledenraad die, naast een afvaardiging uit de ledengroepen 'bedrijven', 'vrijwilligers' en 'maatschappelijke organisaties', voor het grootste gedeelte uit kwetsbare burgers bestaat.

Samen Leven werkt zeer nauw samen met het bedrijfsleven. In deze vereniging zijn ondernemers lid en leveren diensten en financiële bijdragen. De vereniging is opgericht om kwetsbare burgers te ondersteunen, maar veel van deze kwetsbare burgers zijn zelf ook weer bereid iets terug te doen. Het voor-wat-hoort-wat-principe (SROI) zit er hier als vanzelfsprekend in. Zowel bij Samen Leven als bij Austerlitz Zorgt zijn medewerkers niet in loondienst. Zij worden ingehuurd of bieden als ZZP'er diensten aan.

Zorghuis Kedichem geeft aan dat 'dagopvang' ook 's avonds en in het weekend plaats kan vinden en dat dit uniek is. Volgens Zorghuis Kedichem wordt dagopvang in reguliere zorgorganisaties tijdens kantoortijden geboden.

Huiskamer van de Buurt is, in tegenstelling tot reguliere dagbesteding, alle dagen open, ook op zondag. Er kan worden geluncht en een avondmaaltijd worden gebruikt. Daarnaast is er een 24-uurs buurtlijn opgericht, een telefoonnummer waar ouderen en mensen met een beperking naar toe kunnen bellen als ze bijvoorbeeld ziek worden en geen sociaal netwerk hebben.

Vervoer naar dagbesteding wordt vaak niet meer of maar beperkt vergoed. Voorheen kwamen deelnemers naar de Huiskamer van de Buurt met een taxi of een busje. Deelnemers konden soms nog wel met 'Connexion' komen, maar dat is niet voor iedereen weggelegd en de tijden komen niet overeen.

Veel mensen die niet meer met de rollator kunnen wandelen of die blind zijn, worden in een rolstoel opgehaald door stagiaires en van en naar de Huiskamer van de Buurt gebracht. Inn4Care speelt op dezelfde problematiek in door de ontwikkeling van GoOV en Buzzbudy.

Bij Kapstok kan langere tijd worden gelogeed om de mantelzorger te ontlasten of de ruimte te geven voor een vakantie of familiebezoek dat langere tijd vraagt (bijvoorbeeld bij familie in het buitenland). Drie tot vijf weken zijn geen uitzondering.

Uit voorgaande wordt duidelijk dat voor alle vormen van dienstverlening geldt dat de behoefte en zorgvraag sterk leidend zijn voor het aanbod. Er wordt niet onmiddellijk naar een oplossing toe geredeneerd, maar sterk vanuit de vraag van de kwetsbare burger gekeken wat er echt nodig is. Originaliteit wordt bij de meeste vormen van dienstverlening gevonden in de wijze van organiseren, de samenwerking met het bedrijfsleven, de wederkerigheid en de afwijkende openingstijden ten opzichte van reguliere zorgorganisaties.

#### **5.4.2 De dienstverlening kent een andere manier van denken en doen**

Bij een andere manier van denken en doen ligt volgens de theorie de focus op kansen en mogelijkheden in plaats van op de belemmeringen en problemen, en op het bedenken van creatieve en inventieve oplossingen. In deze subparagraaf wordt onderzocht of er sprake is van een andere wijze van denken en doen.

Alle respondenten benoemden dat hun projecten gericht zijn op kansen en mogelijkheden. Ook gaven zij allemaal aan naar creatieve oplossingen te zoeken als zich een vraagstuk voordoet (zie figuur 13). Dit werd onderstreept door alle relevante stukken.

Thematische code	Zorghuis Kedichem	Samen Leven	Inn4Care	't Zorghuus Ysselsteyn	Huiskamer van de Buurt	WeHelpen	Frittella	Fort Smakelijk	Austerlitz Zorgt	Kapstok
<u>Heeft een andere manier van denken en doen</u>										
• Gericht op kansen mogelijkheden (1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
• Creatieve oplossingen (1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
• Inventieve oplossingen (2)	2	2	1	2	2	0	2	2	2	0
• Anders...										
o Gericht op mogelijkheden zorgvragers				+						+
o Papierarm	+				+		+	+		
o Samenredzaam	+				+					
o 'Bottom up'		+		+	+		+	+	+	
o Zelfsturend		+							+	+
Ondersteund vanuit stukken (2)					+					
Score andere manier van doen en denken (max. 6)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>4</b>

Figuur 13. Dienstverlening kent andere manier van denken en doen

Huiskamer van de Buurt maakt een vergelijking met de reguliere dagbesteding, waar vaak twee betaalde beroepskrachten de volledige bezetting voor hun rekening nemen tegenover een maximale beschikbaarheid van één beroepskracht voor twee uur per dagdeel bij de Huiskamer van de Buurt. De overige bezetting wordt geboden door vrijwilligers en stagiaires. Vrijwilligers die soms weer geworven worden vanuit de deelnemers zelf.

Ook participeren deelnemers op het programma-aanbod of nemen zelf een programma-onderdeel voor hun rekening. In reguliere zorgorganisaties wordt er meer voor de deelnemers geregeld, hier hebben zij echt zeggenschap, aldus Huiskamer van de Buurt.

Inn4Care gaat uit van de zelfsturing van de individuele burger en is ervan overtuigd dat deze vergroot kan worden met behulp van digitale middelen. Inn4Care signaleerde dat kwetsbare burgers letterlijk worden geleefd door het ritme van de taxi om hen van en naar dagbesteding of werk te brengen. Digitale ontwikkeling hoort bij de trends die inmiddels ingeburgerd zijn geraakt in de samenleving, maar waarbij kwetsbare burgers meer gebruik van zouden kunnen maken dan nu het geval is. Met GoOV of met beeldbellen hoeven kwetsbare burgers niet te wachten op een taxi of zijn niet afhankelijk van iemand die bij hen langskomt om te helpen. "Zelfsturing maakt hen zelfstandiger en heeft sociale impact", aldus Inn4Care.

Eigen regie staat ook bij WeHelpen hoog genoteerd. Hier bepalen de hulpvragers zelf wie er bij hen over de vloer komt.

Op vlak van organiseren worden bij de vormen van dienstverlening andere keuzes gemaakt dan in de reguliere gehandicaptenzorg. De respondent namens Kapstok: "Vroeger kwam

iemand binnen in een zorgorganisatie en dan zei men ‘wij gaan het voor u regelen.’ Wij doen alles in overleg met de zorgvrager.” Zorghuis Kedichem is een burgerinitiatief met draagvlak vanuit het hele dorp. De vrijwilligers komen hier allemaal vandaan. Zij regelen alles zelf en met elkaar. Dit geldt ook voor de Huiskamer van de Buurt en ‘t Zorghuus Ysselsteyn, waar het belang van de groep prevaleert boven de (financiële) bezetting.

Bij ‘t Zorghuus Ysselsteyn voeren vrijwilligers de financiële administratie en het ‘personeels-beheer’. Medisch voorbehouden handelingen, die vallen onder de wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg [BIG], zijn hier op een alternatieve wijze georganiseerd. Dit is kwalitatief geborgd door het zorgechtpaar en een waarnemer uit het dorp: zij zijn allen geregistreerd in het BIG-register en dus bevoegd: “Wij hebben zelf een professioneel statuut opgesteld, waarin een kader staat van professionele verantwoordelijkheid en autonomie en hoe we met elkaar omgaan.”

Er ligt een sterke focus op kansen zien en pakken. Er wordt sterk vraag gestuurd gewerkt: de deelnemers/bewoners/medewerkers zijn de klant.

Wetgeving kan belemmerend werken m.b.t. de financiële kant en medisch voorbehouden handelingen geregeld in de Wet BIG. Deze handelingen mogen wel door mantelzorgers en daartoe bevoegde professionals worden verricht, maar niet door vrijwilligers. Vrijwilligers zouden hiervoor extra moeten worden geschoold of professionals moeten worden ‘ingehuurd’. Dit brengt extra kosten en organisatie met zich mee. Mantelzorgers die hun familielid aanmelden voor respijtzorg zijn zich niet altijd bewust van deze voorwaarden. Een aantal projecten heeft hiervoor een risicodekkende en wettelijk verantwoorde oplossing gevonden.

Uit voorgaande blijkt dat bij de meeste onderzochte vormen van dienstverlening wordt uitgegaan van mogelijkheden. Oplossingen die worden ingezet door de respondenten kunnen worden beschouwd als ‘anders’ dan in de reguliere zorg en dienstverlening.

#### **5.4.3 De dienstverlening is vernieuwend**

Vanuit de theorie wordt onder vernieuwende dienstverlening zowel technologische ondersteuning als niet-technologische dienstverlening verstaan. Vernieuwende dienstverlening is gericht op heden en toekomst, met de nadruk op regelarm organiseren. In deze subparagraaf wordt onderzocht of en op welke wijze initiatiefnemers hun dienstverlening vernieuwend vinden.

De diverse kenmerken die onder de thematische code het project is vernieuwend zijn te scoren, werden vrijwel allemaal door de respondenten genoemd (zie figuur 14). De beschikbare stukken onderschrijven dit vrijwel allemaal.

Thematische code	Zorghuis Kedichem	Samen Leven	Inn4Care	't Zorghuus Ysselsteyn	Huiskamer van de Buurt	WeHelpen	Frittella	Fort Smakelijk	Austerlitz Zorgt	Kapstok
<u>Is vernieuwend</u>										
• Inventief (1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
• Technologisch/digitaal ondersteund (1)	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0
• Gericht op heden en toekomst (2)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
• Regelarm (2)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Ondersteund vanuit de stukken (2)	2	0	2	2	2	2	2	2	0	0
Score vernieuwend (maximaal 8)	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>4</b>

Figuur 14. Tabel Vernieuwend

Inn4Care werkt met digitale ondersteuningsmiddelen, *app's* voor de *smartphone* of de *ipad*. WeHelpen brengt zorgvrager en zorgaanbieder in contact via het internet en dus zonder tussenkomst van daadwerkelijke bemiddeling. Beide initiatieven werken op of ontwikkelen technologische ondersteuning.

Volgens een aantal respondenten vinden gemeenten het moeilijk om de nieuwe wet- en regelgeving toe te passen, zowel op inhoud, praktisch, als beleidsmatig. De ervaring van enkele projecten is dat er met betrekking tot risico en veiligheid een bepaalde verkramping optreedt. Respondenten verluchtigden dit met diverse voorbeelden.

Medische aangelegenheden worden door alle projecten waar dit van toepassing is, zo regelarm mogelijk georganiseerd. De lijn met de huisarts wordt kort gehouden, waardoor er snel geschakeld kan worden in bijvoorbeeld het wijzigen van medicijnen. (Afteken)lijsten ed. werken vertragend en geven geen garantie op kwalitatief verantwoorde zorg, aldus 't Zorghuus. Verklaringen omtrent gedrag [VOG] worden door 't Zorghuus Ysselsteyn aangevraagd voor medewerkers/vrijwilligers die rechtstreeks met de bewoners werken. Bij vrijwilligers in de tuin, ed. wordt dat achterwege gelaten.

Bij Huiskamer van de Buurt wordt niet gewerkt met behandelplannen, omdat dat niet zou passen bij de uitgangspunten van vrijwillige deelname.

Sommige gemeenten vragen registratiegegevens met betrekking tot aantallen gebruikers, aantallen dagdelen of overnachtingen, bezetting, etc. Austerlitz Zorgt vroeg zich af wat de gemeente zou willen doen met deze gegevens. Het bijhouden van deze gegevens zou veel tijd kosten, een duur registratiesysteem vragen en ten koste gaan van de directe dienstverlening. 't Zorghuus Ysselsteyn onderhandelde met de omgeving of met de lokale overheid over regels, voorschriften en protocollen: "Dat is nog wel zoeken naar een balans. Soms konden regels breder worden geïnterpreteerd, waardoor initiatieven mogelijk bleken."

De manier waarop een nieuw initiatief werd vormgegeven paste niet altijd bij de opvattingen van de betreffende gemeente.

De meeste respondenten hebben voorbeelden waaruit blijkt dat de lokale overheden met wie zij in onderhandeling zijn, nog moeten wennen aan hun nieuwe status als zorgpartner. Een bepaalde mate van lef of zelfs eigenwijsheid van de initiatiefnemers bleek uit de meeste interviews. Kapstok zegt hierover “ze doen het erbij, hebben er geen of te weinig kennis van. En zij moeten nu het hele zorgspectrum, met minder financiële middelen bedienen. En ook met minder expertise.” Kapstok is benieuwd hoe de overheid, de lokale overheden en zorgverzekeraars omgaan met deze nieuwe opdracht en al deze hulpvragen. De respondent geeft aan dat er door de overheid iets is geregeld voor de langdurige en de kortdurende zorg, maar vrijwel niets voor de preventieve zorg. Niet iets om de mantelzorgers te ontlasten, zodat zorgvragers uiteindelijk geen gebruik hoeven te maken van de echt dure zorg.

Alle bevroegde respondenten willen kwaliteit leveren. Kwaliteit wordt door de projecten met 24-uurs opvang in relatie gebracht met ‘zoals thuis’ of ‘zoals in de reguliere horeca’. Dat maakt het omgaan met kwaliteitsstandaarden soms lastig. Diverse respondenten verwezen naar grote kwaliteitssystemen (ISO, HKZ) die door de geringe omvang van hun projecten niet haalbaar zijn.

Op basis van voorgaande blijkt dat alle respondenten werken met vernieuwende wijzen van organiseren of op basis van technologische middelen. Regelarm werd overal gewerkt. Nergens is sprake van behandelplannen of uitgebreide registratiesystemen. Over het algemeen geven respondenten aan dat gemeenten, waar de projecten mee in gesprek waren, moeten wennen aan hun nieuwe taken en verantwoordelijkheden en dat kennis soms ontbreekt. Gesuggereerd werd dat gemeenten zich vaker flexibeler zouden kunnen opstellen ten aanzien van regelgeving en meer zouden kunnen openstaan voor vernieuwing. In dat opzicht werd door sommige gemeenten teruggevallen op houvast: registratiesystemen, monitoren en controleren. De eerste twee geven geen gerichtheid op heden en toekomst en bij regelarm organiseren past het evenmin.

Een aantal respondenten gaf aan dat hun initiatieven niet altijd even positief ontvangen werden bij gemeenten. Vernieuwing van het aanbod kent diverse facetten die bij de conclusies nader worden uitgewerkt.

#### **5.4.4 De dienstverlening heeft een menselijke maat**

Onder menselijke maat wordt in de theorie geen grootschalige organisatie, maar kleinschaligheid middenin de samenleving bedoeld. In deze subparagraaf wordt onderzocht of er volgens de respondenten sprake is van een menselijk maat.



Thematische code	Zorghuis Kedichem	Samen Leven	Inn4Care	't Zorghuus Ysselsteyn	Huiskamer van de Buurt	WeHelpen	Frittella	Fort Smakelijk	Austerlitz Zorgt	Kapstok
<u>Heeft een menselijke maat</u>										
• Kleinschalig georganiseerd (1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
• Middenin de samenleving (1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ondersteund vanuit de stukken (2)	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2
Score menselijke maat (maximaal 4)	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4

Figuur 15. Tabel Menselijke maat

Kleinschalig georganiseerd en middenin de samenleving werden door alle respondenten genoemd in de interviews (zie figuur 15).

Relevante stukken ondersteunen dit in negen van de tien projecten. Dit kon tevens concreet gemaakt worden door de kleinschalige omvang van de diverse projecten. Geen van de onderzochte vormen van dienstverlening vormde een uitzondering: allen richten zich op kleinschaligheid, zelfs op 'microniveau' en wordt afgestemd op de individuele zorgvragers. Austerlitz Zorgt, Zorghuis Kedichem en 't Zorghuus stemmen de begeleiding en situatie zodanig samen dat dit lijkt op wat men thuis gewend was. Frittella en Fort Smakelijk stemmen de dienstverlening en begeleiding van de deelnemers af op de behoeften en bieden hier, indien nodig, extra begeleiding op.

WeHelpen heeft haar netwerk dekkend gemaakt over vrijwel heel Nederland, maar de uitvoering van de dienstverlening vindt lokaal en op microniveau plaats. Inn4Care ontwikkelt in samenspraak met de gebruikers digitale hulpmiddelen, afgestemd op de behoefte van de individuele gebruikers.

In Amsterdam zijn er negen Huiskamers van de Buurt. Deze worden per wijk georganiseerd, waardoor er sprake is van kleinschaligheid en individuele aandacht voor de gebruikers.

Uit voorgaande blijkt dat alle onderzochte projecten kleinschalig zijn vormgegeven in aantallen zorgvragers en zijn sterk individueel gericht. Projecten bevinden zich in de lokale samenleving en zijn hier waar te nemen. Nergens is sprake van enige vorm van grootschaligheid. De wens naar groei of uitbreiding is waargenomen bij twee van de tien projecten, te weten WeHelpen en Inn4Care. Bij de overige onderzochte projecten was dit geen doel op zich.

### 5.4.5 De dienstverlening heeft meerwaarde

Meerwaarde werd vanuit de theorie gedefinieerd ten opzichte van de reguliere dienstverlening: er is draagkracht vanuit de samenleving/omgeving en voegt iets toe aan nieuwe, maar reeds geïdentificeerde behoeften van kwetsbare burgers. In deze subparagraaf wordt onderzocht of de dienstverlening volgens de respondenten meerwaarde heeft.

De kenmerken die zijn gevonden bij de thematische code dat een project meerwaarde heeft, zij door alle projecten genoemd (zie figuur 16). Bij alle tien onderzochte projecten wordt dit middels relevante stukken ondersteund. Een voorbeeld van nieuwe, reeds eerder geïdentificeerde behoeften is de eigen regie, het behoud van een woon- of werkplek of de ondersteuning van mantelzorgers.

Thematische code	Zorghuis Kedichem	Samen Leven	Inn4Care	't Zorghuus Ysselsteyn	Huiskamer van de Buurt	WeHelpen	Frittella	Fort Smakelijk	Austerlitz Zorgt	Kapstok
<u>Heeft meerwaarde</u>										
• Draagkracht vanuit de samenleving (2)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
• Voegt toe aan nieuwe, reeds geïdentificeerde behoeften (2)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
• Anders:										
- Onmisbaar	+			+	+		+		+	+
- Relevant		+	+		+	+		+		
- Toegevoegde waarde	+	+	+	+	+	+	+		+	+
- Vrijblijvendheid	+			+		+	+	+	+	+
Ondersteund vanuit de stukken (2)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Score meerwaarde (maximaal6)	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6

Figuur 16. Tabel Meerwaarde

Van de burgers uit Venray vindt 95% Kapstok onmisbaar voor de samenleving, zo bleek uit een enquête. Kapstok, Zorghuis Kedichem en WeHelpen signaleren de behoefte van mantelzorg om even ontlast te worden van de zorg, in jargon 'respijtzorg' genoemd, en zien daarvoor de toegevoegde waarde van hun initiatieven.

Mantelzorgers zouden door de zorgverzekeraar wel 'achter de eigen voordeur' worden ondersteund, bijvoorbeeld door af en toe hulp aan te bieden door preferente *suppliers*, maar volgens Kapstok is het effectiever als degene voor wie gezorgd moet worden even buitenshuis kan zijn, zodat de mantelzorger echt even ontlast worden. Mogelijk wordt daarmee dure 24-uurs opvang van de zorgvrager in een zorgorganisatie voorkomen.

De ervaring van Austerlitz Zorgt is dat de gemeente laconiek op de plannen van Austerlitz Zorgt reageerde, omdat in Zeist alle benodigde zorg beschikbaar was. Na een onderzoek onder de leden van de coöperatie raakte de gemeente meer enthousiast.

Volgens de respondent is het initiatief tot Austerlitz Zorgt maatschappelijk relevant. Austerlitz Zorgt richt zich op alle inwoners waarvan Austerlitz Zorgt vindt dat zij in het dorp zelf terecht moeten kunnen voor zorg- en welzijnsvoorzieningen. Daardoor kan iedereen zich heel lang redden en in het dorp blijven wonen.

WeHelpen is zich bewust van de 'nood' die hulpvragers ervaren bij het vragen om hulp. Door hulpvraag en aanbod bij elkaar te brengen ziet de hulpvragers dat anderen bereid zijn zich in te zetten.

Huiskamer van de Buurt speelt in op de behoefte aan zingevende bezigheden, contacten, maar zodanig dat er een bepaalde mate van vrijblijvendheid is. Huiskamer van de Buurt ziet dit als meerwaarde omdat het goed bij de behoeften van de doelgroepen aansluit.

Uit voorgaande blijkt dat respondenten de reeds geïdentificeerde behoeften van kwetsbare burgers benoemden. Behoeften en ondersteuningsvragen van kwetsbare burgers zijn dus niet nieuw. De wijze waarop er een aanbod wordt ontwikkeld is wel nieuw: veelal betreffen de projecten burgerinitiatieven, is er veel draagkracht vanuit de lokale bevolking en wordt beter ingespeeld op ondersteuningsvragen en behoeften.

#### **5.4.6 De dienstverlening maakt het verschil**

Vanuit de theorie werden de aspecten bij 'andere wijzen van financiering' en 'organisatie' (ten opzichte van regulier/klassiek gefinancierde en georganiseerde dienstverlening) gevonden die beschreven werden als 'het verschil maken'. In deze subparagraaf wordt onderzocht hoe innovatieve vormen van dienstverlening, volgens de respondenten, het verschil kunnen maken.

Vrijwel alle respondenten noemden een andere wijze van financieren en een andere wijze van organiseren (zie figuur 17). Door informatie uit relevante stukken wordt dit bij alle onderzochte projecten ondersteund.

Thematische code	Zorghuis Kedichem	Samen Leven	Inn4Care	't Zorghuus Ysselsteyn	Huiskamer van de Buurt	WeHelpen	Frittella	Fort Smakelijk	Austerlitz Zorgt	Kapstok
<u>Maakt het verschil</u>										
• Andere wijze van financieren (2)	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2
• Andere wijze van organiseren (2)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Ondersteund vanuit de stukken (2)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Score maakt het verschil (maximaal 6)	6	6	6	4	4	6	6	6	6	6

Figuur 17. Tabel Maakt het verschil

Zorghuis Kedichem draait deels op Wmo-gelden vanuit de gemeente. Hier wordt reguliere zorg (wijkverpleging, thuiszorg, ambulante ondersteuning) aan toegevoegd waar dat nodig is. De zorg wordt geleverd door vrijwilligers. Vanwege het hoge vrijwilligersaanbod kan met de helft van het budget dat vergelijkbare, regulier gefinancierde vormen van dienstverlening nodig hebben, worden volstaan. Particuliere deelname is daarnaast ook mogelijk. Een indicatie, afgegeven door het CIZ, of een beschikking, afgegeven door de gemeente, zijn daarom geen noodzakelijke voorwaarde om in aanmerking te komen voor zorg bij Zorghuis Kedichem.

Er is een beroep gedaan op een subsidieregeling van VWS in het kader van vrijwilligersinzet ten behoeve van terminale zorg thuis en voor een hospice. Tevens wordt een beroep gedaan op diverse fondsen en op eigen bijdragen van 'zorgnemers'.

Inn4Care pleit voor *partnership* met gemeenten, zorginstellingen, vervoersbedrijven, technologiebedrijven en trainers. Innoverende organisaties, maar ook een innovatieteam binnen een zorgorganisatie, kunnen daardoor zelf klein blijven, waardoor de kosten laag gehouden kunnen worden. Inn4Care beschouwt het vinden van alternatieve geldstromen als cruciaal om te kunnen innoveren. Inn4Care stelt altijd de vragen 'wat heb je nodig?' en 'wat ben je bereid ervoor te betalen?' Op basis hiervan kan worden geschat wat iemand er zelf voor over heeft.

Samen Leven brengt in dat burgers niet zijn opgegroeid met de gedachte dat ze zelf iets moeten betalen, "terwijl er ook sprake is van wel of niet bekostigd onderwijs dat hetzelfde diploma oplevert. Daar zijn we eraan gewend." Samen Leven is volledig onafhankelijk van overheidsmiddelen.

WeHelpen is gericht geweest op het vinden van partners om dit initiatief financieel mogelijk te maken. Om deze reden is gekozen voor een coöperatie, waarbij grote organisaties als zorgverzekeraars, zorgorganisaties, banken en gemeenten zijn aangesloten als betalend lid.

Deze partijen zagen, volgens WeHelpen, dat de zorg steeds complexer en duurder werd en betaalden mee bij de start van dit project. Het hulpaanbod wordt rechtstreeks vanuit de samenleving georganiseerd. Op het hele landelijke netwerk werken slechts enkele betaalde krachten. De leden van de coöperatie, inmiddels meer dan honderd organisaties, brengen het geld bijeen. De grote deelnemers betalen veel, de kleinere weinig. Dit is het verdienmodel van WeHelpen. Vanwege de groei in leden kan de bijdrage per lid worden verminderd. De hulpvragers en -aanbieders kunnen daardoor gratis gebruik maken van de bemiddelings-site.

In Ysselsteyn bracht de dorpsgemeenschap, ten behoeve van 't Zorghuus, in vier maanden tijd viereneenhalve ton bijeen via tientallen acties.

De Huiskamer van de Buurt wordt betaald vanuit de Wmo, "maar het is voor de gemeente een prettig laag tarief afgezet tegen wat ervoor geboden wordt."

Austerlitz Zorgt, een coöperatie, draait op een kleine subsidie van de gemeente en contributie van de leden. Austerlitz Zorgt reserveert geld uit de contributies dat overblijft, nadat de kosten zijn verrekend. Investerings zijn daardoor mogelijk.

Frittella ontvangt reguliere bijdragen vanuit de overheid voor het plaatsen van mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt, maar niets extra: "wij hebben geen subsidies die anderen ook niet zouden kunnen krijgen. Wij laten zien dat we met deze werknemers met een beperking ook een bedrijf kunnen runnen. Diegenen die het aankunnen nemen wij zelf in dienst, waardoor de afhankelijkheid van subsidies vervalst."

De initiatiefnemer van Fort Smakelijk heeft veel eigen kapitaal en arbeid in het project gestoken. De gemeente heeft gezorgd voor een aantal jaren huurvrij gebruik van enkele klaslokalen van een leegstaande school, betegeling en schilderwerk.

Kapstok heeft startkapitaal voor de vereiste investeringen verworven via een bijdrage van de gemeente en de provincie. Dit bedrag werd met anderhalve ton aangevuld via fondsenwerving. De exploitatiekosten waren voor eigen rekening.

Risico's worden door meerdere initiatieven genoemd. Bij Kapstok treedt een verschuiving op van particulier betalende hulpvragers tot hulpvragers die een budget vanuit de gemeentelijke Wmo meebrengen. Hierdoor ontstaat er afhankelijkheid bij een burger van de gemeente en daarmee risico voor Kapstok. Het voor drie jaar, voor een lager tarief, gehuurde pand van de woningcorporatie vormt een ander risico: na deze drie jaar moet het gehele huurbedrag worden betaald.

Samen Leven, dat volledig onafhankelijk is van overheidsgeld, benoemt het risico dat de overheid ervan uit zal gaan dat dienstverlening op private middelen kan worden geboden.

Inn4Care vindt dat er een afweging tussen kosten en baten gemaakt moet worden. Het levert de samenleving veel kostenbesparingen op als medeburgers zelfstandiger zouden zijn. Bovendien brengen de alternatieven participatie en zelfredzaamheid van kwetsbare burgers op gang, aldus Inn4Care. De initiatieven die opvang bieden ter ontlasting van de mantelzorgers zijn dezelfde mening toegedaan: “wij voorkomen hiermee dat de mantelzorger overbelast raakt en de zorgvrager moet worden opgenomen in een intramurale voorziening. Dat is veel duurder voor de samenleving” (Kapstok).

Uit voorgaande blijkt enerzijds dat ondernemerschap en de bijbehorende risico's door de respondenten als een voorwaarde worden gezien voor het draaien van een organisatie. Anderzijds wordt alternatieve financiering, anders dan door de overheid, gezien als een risico dat de overheid nog meer zal bezuinigen. Tegelijkertijd wordt gesignaleerd dat de financiering vanuit de overheid ook geen stabiele factor meer is.

Veel vormen van dienstverlening worden deels gefinancierd door gemeenten en provincies (Kedichem, Austerlitz Zorgt, Kapstok), maar vanwege innovatieve vormen van organiseren tegen veel lagere tarieven dan de reguliere gehandicaptenzorg. Veel vormen van dienstverlening maken gebruik van alternatieve financieringsstromen: sponsoring, lidmaatschapsgelden, fondsen en bijdragen uit bedrijven die vanuit Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen betrokken zijn.

De onderzochte projecten realiseren zich dat het een onzekere tijd is en dat de tijd van de vanzelfsprekendheid van financiering vanuit de overheid, definitief verleden tijd is.

## **5.5 Analyse totstandkoming en organisatie innovatieve vormen van dienstverlening**

---

In subparagraaf 5.1 werden tien vormen van dienstverlening geïntroduceerd. In deze paragraaf worden de gevonden kenmerken bij het theoretische concept ‘innovatieve vormen van dienstverlening’ onderzocht en schematisch weergegeven.

Selectie van vormen van dienstverlening via internet heeft plaats gevonden aan de hand van de zoektermen innovatie, maatschappelijk, ondernemend, nieuw, verandering, etc. De homogeniteit van de onderzoeksgroep was gelegen in de innovatieve kenmerken op basis van de theorie en de dienstverlening aan kwetsbare burgers, meer bepaald mensen met een handicap.

De volgende typen innovatieve dienstverlening werden aangeboden aan kwetsbare burgers met een handicap: wonen, logeeropvang, ambulante begeleiding, vervoer, dagbesteding en werk. De vormgeving van alle projecten verschilde sterk. Veel projecten draaiden met vrijwilligers, al dan niet in combinatie met professionals. Enkele vormen van dienstverlening waren volledig financieel *selfsupporting*, andere nog min of meer afhankelijk van subsidies en financiën voortvloeiend uit wetgeving (Wlz, Wmo, Participatiewet).

Topic / Thematische code	Zorghuis Kedichem	Samen Leven	Inn4Care	't Zorghuus Ysselsteyn	Huiskamer van de Buurt	WeHelpen	Frittella	Fort Smakelijk	Austerlitz Zorgt	Kapstok
Totstandkoming project; aanleiding/ hoe)										
<b>TOTAAL TOTSTANDKOMING (maximaal 32)</b>	27	29	30	23	27	25	25	28	30	30
<b>In percentages</b>	84,38	90,6	93,75	75	84,38	78,13	78,13	87,5	93,75	93,75
Organisatie project										
<b>TOTAAL ORGANISATIE (maximaal 40)</b>	37	34	36	37	32	35	38	38	32	29
<b>In percentages</b>	92,5	85	90	92,5	80	87,5	95	95	80	72,5

Figuur 18. Tabel Scores totstandkoming en organisatie

In figuur 18 zijn de scores per project weergegeven bij de thematische codes totstandkoming en organisatie. In bijlage 6 is de specificatie te vinden hoe de verschillende vormen van dienstverlening scoorden op alle, in de theorie gevonden, kenmerken van innovatieve dienstverlening.

De onderzochte vormen van dienstverlening voldeden niet allemaal aan elk kenmerk even sterk. Meestal wel qua organisatie, maar niet qua financiering. Met name Zorghuis Kedichem, 't Zorghuus, Huiskamer van de Buurt en Frittella maken ook gebruik van geldstromen vanuit de overheid, maar scoorden wel alle vier hoog op de wijze van organiseren bij kenmerk 'maakt het verschil'. Dit zorgde voor een directe koppeling met 'ondernemerschap'.

Op basis van de voorgaande beschrijvingen wordt vastgesteld dat alle onderzochte vormen van innovatieve dienstverlening die werden gevonden via internet, voldoen aan de kenmerken van innovatieve vormen van dienstverlening. De analyse uit het eerste deel van de interviews bevestigt dit.

## 5.6 Continuïteit van dienstverlening door innovatieve dienstverlening

Analyse van de tweede gedeelten van de interviews vond plaats aan de hand van de diverse kenmerken vanuit het theoretisch kader met betrekking tot continuïteit van dienstverlening. De bevindingen in deze paragraaf worden geïllustreerd met citaten van respondenten.

In subparagraaf 5.6.1 wordt een analyse gegeven van afstemming en informatie-uitwisseling, in 5.6.2 samenhang, aansluiting en samenwerking, in 5.6.3 het bieden van begeleiding en structuur, in 5.6.4 continu karakter en in 5.6.5 veilige omgeving.

### 5.6.1 Afstemming en informatie-uitwisseling

Afstemming heeft betrekking op de wijze waarop een vloeiende overgang mogelijk wordt gemaakt tussen de vorige, reguliere dienstverlening en de innovatieve dienstverlening. Informatie-uitwisseling heeft volgens de literatuur betrekking op de overdracht tussen verschillende betrokken zorgorganisaties/dienstverleners of bij wisseling van zorgorganisaties/dienstverleners.

De kenmerken vloeiende overgang met vorige dienstverlening en informatieoverdracht tussen betrokken organisaties/dienstverlening werden door alle respondenten, met uitzondering van de geïnterviewden namens Inn4Care en WeHelpen, genoemd (zie figuur 19). Bij deze twee projecten was dit niet relevant omdat er door de aard van het project geen sprake is van deze kenmerken. Van de projecten die hoog scoorden werd dit bij vijf ondersteund door relevante stukken.

Thematische codes	Zorghuis Kedichem	Samen Leven	Inn4Care	't Zorghuus Ysselsteyn	Huiskamer van de Buurt	WeHelpen	Frittella	Fort Smakelijk	Austerlitz Zorgt	Kapstok
<u>Afstemming en informatie-uitwisseling</u>										
• Vloeiende overgang met 'vorige' dienstverl. (1)	1	1	Nvt	1	1	Nvt	1	1	1	1
• Informatieoverdracht tussen betrokken organisaties/dienstverleners (1)	1	1	Nvt	1	1	Nvt	1	1	1	1
• Informatieoverdracht bij overstap naar andere organisatie/dienstverlening (1)	1	0	Nvt	1	1	Nvt	1	1	1	1
• Anders...										
Ondersteund vanuit de stukken (2)	2	0	0	2	2	0	0	2	2	0
Score afstemming en informatie-uitwisseling (maxi 5)	5	2	0	5	5	0	3	5	5	5

Figuur 19. Tabel Afstemming en informatie-uitwisseling

De meeste respondenten gaven aan nog nieuw te zijn, zodat er vaak niet tot nauwelijks sprake is van vervolg op bestaande dienstverlening. In sommige situaties is de innovatieve dienstverlening aanvullend op bestaande vormen van dienstverlening.



WeHelpen werkt veel samen met transferdeskundigen bij opname in of ontslag uit een ziekenhuis, waardoor een netwerk rondom de patiënt vooraf of achteraf een ziekenhuisopname beter kan worden ingezet.

Austerlitz Zorgt werkt nauw samen met een verpleeghuis uit Zeist. Hier wonen nu inwoners uit Austerlitz bij elkaar die niet meer in eigen dorp opgevangen konden worden. Met de plannen die Austerlitz Zorgt momenteel verder ontwikkelt (25 woningen waarin verzorging en verpleging plaats kan vinden) kan mogelijk een deel van deze bewoners terug naar het eigen dorp.

Huiskamer van de Buurt werkt samen met onder andere de GGZ en stemt af wat eventueel van belang is voor een bepaalde deelnemer.

Samen Leven organiseert in de herfst een vakantieweek voor kinderen met een handicap. Deze kinderen vragen soms intensieve medische zorg of begeleiding. Goede instructie, overdracht van informatie (vanuit de zorgorganisatie) en medische begeleiding zijn noodzakelijk. Samen Leven garandeert deze medische begeleiding professioneel uit te voeren en heeft dit statutair vastgelegd.

De respondent van Zorghuis Kedichem benoemt 'warme' overdracht en het vastleggen van afspraken als belangrijke voorwaarden om te zorgen voor een goede overdracht tussen de thuissituatie en de (tijdelijke) opvang in het Zorghuis. Soortgelijke voorbeelden werden ook genoemd door de respondenten van Austerlitz Zorgt, Kapstok en Frittella.

Huiskamer van de Buurt heeft veel contacten met familie van de deelnemers of bezoekers. Deze contacten vinden vice versa plaats. Zo belt Huiskamer van de Buurt op verzoek van de dochter van een dementerende deelneemster twee keer per dag op. Dat is voor de familie heel belangrijk en er kan meteen uitwisseling van informatie plaats vinden.

Uit voorgaande blijkt dat de wil tot afstemming, de vloeiende lijn tussen vorige en huidige dienstverlening, in de projecten aanwezig is. Er is echter nog weinig sprake van deze kenmerken omdat de meeste vormen van dienstverlening geen zorgvragers hebben 'overgenomen' van vorige aanbieders. Om beter te bepalen of er sprake is van afstemming met vorige zorgaanbieders, is in een later stadium vervolgonderzoek nodig.

Uit voorgaande blijkt tevens dat informatie-uitwisseling door respondenten wordt gezien als een voorwaarde om de dienstverlening aan de zorgvragers optimaal te kunnen voortzetten. Alle respondenten wisselen informatie uit met betrokken partijen rondom de zorgvragers.

### 5.6.2 Samenhang, aansluiting en samenwerking

In deze subparagraaf worden de drie kenmerken samenhang, aansluiting en samenwerking behandeld. Bij de analyses bleek dat deze drie kenmerken dicht bij elkaar liggen en mogelijk teveel op detail zouden inzoomen, zo ze afzonderlijk zouden worden beschreven.

Vanuit de literatuur wordt samenhang gezien als de schakel tussen omgeving en de dienstverlening, waarbij ook veranderende zorgbehoefte moet worden gesignaleerd. Aansluiting wordt gezien als de mate waarin begeleiding en dienstverlening aansluit bij de behoefte. Samenwerking wordt gezien tussen de dienstverlening en reguliere zorgaanbieders als huisarts, wijkverpleging, thuiszorg, fysiotherapeut, zorgorganisatie.

Thematische codes	Zorghuis Kedichem	Samen Leven	Inn4Care	't Zorghuus Ysselsteyn	Huiskamer van de Buurt	WeHelpen	Frittella	Fort Smakelijk	Austerlitz Zorgt	Kapstok
<u>Samenhang, aansluiting en samenwerking</u>										
• Schakel tussen omgeving en dienstverlening (1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
• Signaleren veranderde zorgbehoefte (1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
• Afstemming begeleiding op behoefte (1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
• Samenwerking met reguliere zorg (huisarts, fysio, thuiszorg, wijkverpleging, ed.)(1)	1	1	Nvt	1	1	1	1	0	1	1
• Anders...										
Ondersteund vanuit de stukken (2)	2	0	2	2	2	0	0	2	2	2
Score samenhang, aansluiting en samenwerking (maximaal 6)	6	4	5	6	6	4	4	5	6	6

Figuur 20. Tabel Samenhang, aansluiting en samenwerking

Op Inn4Care en Fort Smakelijk na, benoemde alle respondenten de kenmerken die vallen onder de thematische codes samenhang, aansluiting en samenwerking (zie figuur 20). Uit relevante stukken wordt dit bij driekwart van de onderzochte projecten ondersteund.

Huiskamer van de Buurt heeft contacten met thuiszorg en wijkverpleging in het kader van samenhang. De thuiszorg en wijkverpleegkundige komen bij de mensen thuis die dat niet meer goed kunnen, maar wel behoefte hebben aan contact en bezigheden. Uit de interviews is gebleken dat er frequent is contact met familie en andere contacten uit het sociale netwerk van de deelnemers aan de verschillende projecten. Op basis van de interviews blijkt dat er veel belang aan wordt gehecht om een vinger aan de pols te kunnen houden.

Om samenhang te bevorderen zet Austerlitz Zorgt een dorpsondersteuner in. Deze is het centrale aanspreekpunt voor alle leden en voor alle niet-leden met Wmo-gerelateerde vragen. De dorpsondersteuner bezoekt tevens alle 70-plussers in het dorp.

Frittella werkt zeer nauw samen met het netwerk van de medewerkers of met de zorgorganisatie waar de medewerker woont. Dit wordt door de respondent als zeer belangrijk gezien, zelfs als voorwaarde, om medewerkers succesvol te laten zijn. De respondent van Frittella geeft aan dat de werkomgeving soms lijkt op een opvoedcentrum waar medewerkers basale vaardigheden leren. Vaardigheden waarop ze nog nooit eerder zijn aangesproken, bijvoorbeeld 'op tijd komen'. In het bedrijfsleven is op tijd komen belangrijk, dus is het heel belangrijk dat ze op tijd opstaan. Frittella onderhoudt hierover nauwe contacten met de omgeving van de medewerkers. Frittella werkt daarnaast veel samen met de Regionale Opleidingscentra [ROC]. Hier wordt de opleiding geregeld, Frittella biedt ruimte en mogelijkheden voor stageplaatsen. Op deze wijze ontstaat aansluiting tussen praktijk en theorie.

Fort Smakelijk onderstreept het belang van samenwerking met een justitiële organisatie. Bij Fort Smakelijk werken onder anderen jonge delinquenten, die zich moeten melden als ze komen en ook als ze weer weggaan. Dat zijn de regels van de organisatie waar ze verblijven. Fort Smakelijk ziet hier op toe, hetgeen doorlopend aandacht en alertheid vraagt. Fort smakelijk onderschrijft de toegevoegde waarde van samenhang en samenwerking. De respondent signaleert risico's bij zijn deelnemers, waarvan hij aangeeft die niet alleen te kunnen ondervangen. Hij streeft naar intensieve samenwerking, omdat er aan dezelfde doelstellingen wordt gewerkt: jongeren rehabiliteren en opnemen in de samenleving (ketenzorg).

Huiskamer van de Buurt geeft aan niet in een zorgketen te zijn opgenomen, maar ziet de dienstverlening als een extra toevoeging aan de keten.

De ervaring van enkele respondenten is dat 'nieuwkomers' met een bepaalde mate van argwaan worden bekeken. Samen Leven vertaalde dit vanuit reguliere zorgorganisaties als "uit handen geven is ook eng, dus zijn zorgorganisaties geneigd de zorg bij zich te houden, terwijl Samen Leven slechts complementair wil zijn en dus geen concurrentiepositie inneemt." WeHelpen denkt in dit verband dat het voor de professionele zorgorganisatie fijn moet zijn om te merken dat de planten en de bloemen zijn verzorgd, dat precies dat stukje lekkere kaas op de markt is gekocht die meneer altijd zo lekker vindt. Dit wordt echter niet altijd zo beleefd, aldus WeHelpen.

Zorghuis Kedichem zet in op de continuïteit van alle eigen professionals (thuiszorg, wijkverpleging, zorgbegeleiders, logopedist, fysiotherapeut) gedurende het verblijf in het Zorghuis. Wanneer de zorgvrager gebruik maakt van Zorghuis Kedichem dan houdt diegene de eigen huisarts en andere professionals. De opvang en verzorging wordt door vrijwilligers uitgevoerd. Samenwerking richt zich met name op het medische vlak. De wijkverpleegkundige die normaliter aan huis komt, komt dan tijdelijk naar Zorghuis Kedichem. Ditzelfde vindt plaats bij Kapstok, WeHelpen, Austerlitz Zorgt en Huiskamer van de Buurt.

Bij deze laatste wordt ook veelvuldig samen gewerkt met de Geestelijke Gezondheidszorg [GGZ]. De samenwerking richt zich bij allen op afspraken die met de zorgvragers zijn gemaakt.

Huiskamer van de Buurt merkt dat concurrentie de samenwerking soms in de weg kan staan. Vanwege de bezuinigingen proberen andere zorgorganisaties contracten met bijbehorende budgetten te behouden met een direct effect op samenwerking. In de periode van het uitbrengen van de jaarlijkse offerte merkt Huiskamer van de Buurt elk jaar terughoudendheid op samenwerking, totdat de subsidies verdeeld zijn en iedereen weer voor een jaar bestaansrecht heeft. Vervolgens komt de samenwerking weer op gang.

WeHelpen heeft ervaring met concurrentie op ander vlak. WeHelpen werkt uitsluitend met vrijwilligers. Zorgorganisaties moeten volgens WeHelpen nog wennen aan de nieuwe werkelijkheid. Zorgorganisaties zien wat er moet gebeuren, maar hebben niet altijd meer de (financiële) mogelijkheid of het vermogen een idee om te zetten in handelen en om dat te organiseren. Via WeHelpen kan deze lacune worden gevuld.

Uit voorgaande blijkt dat van samenhang, aansluiting en samenwerking volop sprake is. De meeste vormen van dienstverlening hebben hier positieve ervaringen mee. Deze begrippen worden door de innovatieve projecten verschillend ingevuld.

Het idee dat vrijwilligers delen van het werk over lijken te nemen van professionals, kan belemmerend werken. Het belang van samenhang, aansluiting en samenwerking wordt door alle respondenten onderschreven.

### **5.6.3 Begeleiding en structuur bieden**

Begeleiding en structuur bieden heeft volgens de literatuur direct betrekking op de zorgvrager. Structuur kan de basis vormen om te kunnen leren of om rust en regelmaat te ervaren.

De respondenten benoemden vrijwel zonder uitzondering rust en regelmaat bij het bieden van begeleiding en structuur (zie figuur 21). In de informatie uit relevante stukken wordt dit bij vrijwel alle projecten onderstreept.

Huiskamer van de Buurt is dagelijks op dezelfde tijdstippen geopend. Bij Huiskamer van de Buurt is in het programma, dat wisselt van inhoud, een aantal vaste onderdelen opgenomen. Dit biedt houvast en overzicht voor de deelnemers.

Thematische code	Zorghuis Kedichem	Samen Leven	Inn4Care	't Zorghuus Ysselsteyn	Huiskamer van de Buurt	WeHelpen	Frittella	Fort Smakelijk	Austerlitz Zorgt	Kapstok
<u>Bieden van begeleiding en structuur</u>										
• Rust (1)	1	0	1 <sup>5</sup>	1	1	0	1	1	1	1
• Regelmaat (1)	1	1	1 <sup>6</sup>	1	1	1	1	1	1	1
• Anders...										
Ondersteund vanuit de stukken (2)	2	0	2	2	2	0	2	2	2	2
Score bieden begeleiding en structuur (max 4)	4	1	4	4	4	1	4	4	4	4

Figuur 21. Tabel Bieden van begeleiding en structuur

Structuur en regelmaat worden ook bij Kapstok, Zorghuis Kedichem en 't Zorghuus geboden. Dit blijkt uit de structuur in een dagprogramma, de begeleiding die volgens een bepaalde methode wordt geboden of in de regelmaat van het dagprogramma of werkdagen.

Respondenten benadrukten het belang van structuur: "Het zorgt voor duidelijkheid, overzicht en rust" (Zorghuis Kedichem).

Bij Frittella wordt strak op structuur begeleid. Regelmaat en ritme zijn, volgens de respondent van Frittella, voor de vormgeving van de dag heel belangrijk: "-ik ga werken, ik sta dus om zo laat op, ik ben dan op mijn werk en ik ga om zo laat naar huis.- Sommige medewerkers hebben nog nooit gewerkt, dus zij moeten hier aan wennen."

Frittella ervaart dat deze structuur voor sommige medewerkers zorgt voor een breder effect dan alleen op het werk. Frittella heeft enkele jonge, alleenstaande moeders in dienst. Er wordt structuur en daarnaast extra begeleiding aangeboden als dat nodig is. Daardoor komen deze vrouwen soms weer in een ritme, krijgen het thuis een beetje op orde en gaan na verloop van tijd in het reguliere bedrijfsleven werken, aldus de respondent van Frittella.

Fort Smakelijk hecht aan afspraken in de begeleiding, die zorgen voor duidelijkheid en structuur op vlak van werktijden, op tijd komen, telefoongebruik tijdens het werk, werkkleding en manieren.

Uit voorgaande blijkt dat respondenten begeleiding en structuur bieden via de dienstverlening en benadrukken het belang ervan.

<sup>5,6</sup> Indirect

### 5.6.4 Continu karakter van dienstverlening

Onder continu karakter van de dienstverlening wordt vanuit de theorie verstaan: dienstverlening zolang als nodig is, bij voorkeur in een langdurige relatie tussen zorgvrager en dienstverlener. Om een langdurige relatie tussen zorgvrager en dienstverlener mogelijk te maken is toekomstbestendigheid van de dienstverlening noodzakelijk. In deze subparagraaf wordt geanalyseerd waar volgens de respondenten het continue karakter van de dienstverlening uit bestaat.

De respondenten van alle projecten, met uitzondering van Samen Leven, benoemden in de interviews vrijwel zonder uitzondering alle kenmerken die vallen onder de thematische code continu karakter van dienstverlening (zie figuur 22). Uit relevante stukken worden door acht van de tien projecten kenmerken van continu karakter van dienstverlening beschreven.

Thematische code	Zorghuis Kedichem	Samen Leven	Inn4Care	't Zorghuus Ysselsteyn	Huiskamer van de Buurt	WeHelpen	Frittella	Fort Smakelijk	Austerlitz Zorgt	Kapstok
<u>Continu karakter van dienstverlening</u>										
• Dienstverlening bieden zolang als nodig is (2)	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
• Langdurige relatie met zorgverlener (1)	1	0	1 <sup>6</sup>	1	1	1	1	1	1	1
• Toekomstbestendigheid dienstverlening (1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
• Anders...										
Ondersteund vanuit de stukken (2)	2	0	2	2	2	2	2	0	2	2
Score continu karakter van dienstverlening (max 6)	5	1	5	5	5	5	5	3	5	4

Figuur 22. Tabel Continu karakter van dienstverlening

Samen Leven gaf als enige project aan dat er geen sprake is van bieden van dienstverlening zoals als nodig en een langdurige relatie met de zorgverlener. Dit is gelegen in de aard van dit project: er wordt uitsluitend projectmatig gewerkt.

Samen Leven ziet wel mogelijkheden in de aanzet tot een langdurige relatie of continuïteit van dienstverlening wanneer een project (met een langdurig karakter) kan worden ondergebracht bij een reguliere of andere partij. Samen Leven is in zo'n situatie uitsluitend bij de 'start up' betrokken en draagt daarna over. Samen Leven kan met betrekking tot continuïteit een rol spelen door netwerken te vormen rondom zorgvragers: "als er geen netwerken zijn rondom kwetsbare burgers, vallen er gaten." Hierbij mag nooit gefocust worden op één persoon, aldus Samen Leven.

<sup>6</sup> Indirect

Samen Leven begeleidt om deze reden het ouders-project 'Wie neemt later de zorg over voor mijn gehandicapte kind?' Hier ligt de focus sterk op netwerkontwikkeling en de koppeling tussen oudere en jongere ouders, omwille van continuïteit.

Continuïteit staat ook bij Inn4Care centraal, zij het in een getrapte vorm. Gebruikers van de GoOV-app zijn daardoor niet afhankelijk van vervoer dat gefinancierd wordt door de overheid. De gebruikers van digitale ondersteuning moeten er voor een lange(re) termijn iets aan hebben, waardoor het kan bijdragen aan continuïteit: "Kwetsbare burgers kunnen daarmee naar de dagbesteding waar zij al heel lang gebruik van maakten of kunnen mensen in hun sociale netwerk bezoeken."

In het continue karakter van dienstverlening geeft WeHelpen aan dat vrijwilligers vaak een langere tijd bij hulpvragers blijven. WeHelpen benadrukt dat vrijwilligers vooral iets moeten kiezen waar ze zich goed bij voelen. Via WeHelpen wordt geprobeerd zoveel mogelijk via de netwerken rondom de zorgvrager te werken. Dat biedt continuïteit als de mantelzorger of één van de vrijwilligers verhinderd is of wegvalt.

WeHelpen merkt daardoor dat er steeds meer hulpbieders een langere tijd, soms wel jaren, bij de hulpvragers blijven. WeHelpen merkt steeds vaker dat via hun aanbod hiaten opgevuld worden die her en der in zorg of ondersteuning vanuit de reguliere zorgverlening vallen. Soms zelfs is de totale zorg weggevallen.

Huiskamer van de Buurt werkt, behalve met een minimum aan beroepskrachten, met veel vrijwilligers en stagiaires. Stagiaires werken er een jaar. Sommige blijven daarna nog als vrijwilliger. Vrijwilligers blijven er meestal lang en bouwen zodoende een langdurige relatie op met de deelnemers.

Austerlitz Zorgt vindt dat echt luisteren naar de dorpsbewoners belangrijk is om maatwerk te kunnen bieden, maar ook om een goede match tot stand te brengen waardoor continuïteit beter gewaarborgd wordt. Openstaan voor innovaties en het vergroten van het aanpassingsvermogen, beschouwt Austerlitz Zorgt als voorwaarden in haar bestaansrecht. De kans op langdurige dienstverlening door dezelfde dienstverleners wordt daardoor verhoogd.

De vertrouwde gezichten bij Kapstok zorgen er volgens de respondenten voor dat sommige zorgvragers met grote regelmaat terug gezien worden. Daardoor kan er aan een langdurige relatie worden gewerkt.

Geen van de onderzochte projecten bestaat langer dan vijf jaar. Bestaansrecht moet zich nog verder bewijzen. Aangezien bijna allen een startkapitaal hebben weten te vergaren vanuit overheids gelden, of regulier gelden ontvangen vanuit de gemeente en sommige projecten in deze startfase nog gebruik mogen maken van gratis gebruik van panden (of een gereduceerde huur), is nog onzeker hoe het voortbestaan eruit ziet.

Bij enkele vormen van dienstverlening is financiële onafhankelijkheid van overheids gelden aangetoond (statutair vastgelegd).

Uit deze subparagraaf blijkt dat, op Samen leven na, alle innovatieve vormen van dienstverlening zijn gericht op het aangaan van langdurige relaties. Bij dienstverlening in wonen of opvang krijgt dit begrijpelijkerwijs andere accenten dan bij dagbesteding of werk. Uit deze beschrijving wordt duidelijk dat vrijwilligers langer betrokken blijven als ze iets voor anderen kunnen betekenen wat ze zelf ook leuk vinden of wat hun aanspreekt.

Over de toekomstbestendigheid van de diverse innovatieve vormen van dienstverlening kan nog geen uitspraak worden gedaan. Vervolgonderzoek kan hierin mogelijk duidelijkheid opleveren.

#### **5.6.5 Veilige omgeving**

Een veilige omgeving impliceert volgens de literatuur een plek waar ieder tot zijn recht kan komen en van waar uit geleerd kan worden, afhankelijk van de eigen mogelijkheden. In deze subparagraaf wordt onderzocht hoe respondenten de veiligheid van hun dienstverlening zien.

Het kenmerk ontplooiingsmogelijkheden werd door alle respondenten genoemd (zie figuur 23). Dit was ook terug te lezen in relevante stukken.

De respondent van Frittella onderschrijft de veilige omgeving als een voorwaarde om dienstverlening te kunnen bieden. Als een begeleider onredelijk zou zijn, of onvoorspelbaar dan blijven de medewerkers weg. Veiligheid is volgens de respondent iets wat medewerkers vaak van huis uit hebben gemist. Er bestaat risico op 'uit beeld verdwijnen' waardoor een medewerker risico's loopt.



Thematische code	Zorghuis Kedichem	Samen Leven	Inn4Care	't Zorghuus Ysselsteyn	Huiskamer van de Buurt	WeHelpen	Frittella	Fort Smakelijk	Austerlitz Zorgt	Kapstok
<u>Veilige omgeving dienstverlening</u>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ontplooiingsmogelijkheden (1)</li> <li>• Anders, ...</li> </ul>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ondersteund vanuit de stukken (2)	2	0	2	2	2	0	2	2	2	2
Score veilige omgeving (maximaal 3)	3	1	3	3	3	1	3	3	3	3

Figuur 23. Tabel Veilige omgeving

De respondent van Fort Smakelijk is dezelfde mening toegedaan. Sommige jonge delinquenten werken anderhalf jaar bij Fort Smakelijk. Alles wordt gedaan om een veilige omgeving te bieden waarin iets kan worden geleerd. Als daarna een aanstelling in een reguliere baan wordt verkregen beschouwt de respondent van Fort Smakelijk de begeleiding als geslaagd.

WeHelpen relateert veiligheid aan risico's en constateert dat veiligheid in de dienstverlening via WeHelpen op dezelfde wijze is gegarandeerd als wanneer iemand geld gaat pinnen of een fiets bij het station stalt. WeHelpen kan niet garanderen dat er niets gebeurt, maar heeft wel een aantal maatregelen getroffen. Er is op de website een 'meld-misbruik-knop' voorzien, die 24 uur per dag/7 dagen per week wordt bewaakt door medewerkers van WeHelpen. Zowel via de website als via de leden worden praktische tips met betrekking tot veiligheid gegeven.

Uit voorgaande blijkt dat veiligheid door respondenten enerzijds wordt gedefinieerd als geborgenheid en anderzijds als een preventieve barrière op risico's. De respondenten benoemden allen het belang van een veilige omgeving, zowel in de ene als in de andere betekenis. Tevens wordt geconstateerd dat het leven risico's met zich meebrengt die nooit volledig zijn uit te bannen. Veiligheid in relatie tot leren werd vooral onderschreven door de vormen van innovatieve dienstverlening die zich richten op arbeid. Wanneer veiligheid een voorwaarde is om te leren, te groeien, zoals uit de literatuur blijkt dan wordt hiermee een basis gelegd om te kunnen participeren in de samenleving. Veiligheid als voorwaarde om zorgvragers zich prettig te laten voelen werd door alle respondenten onderschreven.

## 5.7 Analyse op continuïteit van dienstverlening

In subparagraaf 5.6 werd een beschrijving gegeven van de bijdrage aan continuïteit van dienstverlening door de geselecteerde innovatieve projecten op basis van de afzonderlijke kenmerken. In deze paragraaf worden deze gevonden kenmerken, behorend bij het theoretische concept "continuïteit van dienstverlening", geanalyseerd.

Topic / thematische code	Zorghuis Kedichem	Samen Leven	Inn4Care	't Zorghuus Ysselsteyn	Huiskamer van de Buurt	WeHelpen	Frittella	Fort Smakelijk	Austerlitz Zorgt	Kapstok
<b>Continuïteit van dienstverlening</b>										
<b>TOTAAL CONTINUÏTEIT (maximaal 25)</b>	23	12	17	23	23	11	19	20	23	20
<b>In percentages</b>	92	48	68	92	92	44	76	80	92	80

Figuur 24. Tabel Scores continuïteit

In figuur 24 is schematisch weergegeven hoe de verschillende vormen van innovatieve dienstverlening scoorden op continuïteit van dienstverlening aan kwetsbare burgers. De specificatie op de verschillende kenmerken is te vinden in de scorematrix in bijlage 6.

Op basis van de kenmerken van continuïteit van dienstverlening kan gezegd worden dat met betrekking tot afstemming, samenhang, aansluiting, samenwerking, informatie-uitwisseling, begeleiding/structuur bieden en veiligheid sprake is van continuïteit: het belang van de informatie en ervaring vanuit andere organisaties werd door alle respondenten erkend en gezien als een voorwaarde om de zorg optimaal te continueren. Het aangaan van langdurige relaties scoorde als enige kenmerk zwakker. Desondanks werd dit kenmerk sterk onderschreven door alle respondenten als belangrijk, echter niet overal kon dit worden gewaarborgd.

De kenmerken begeleiding en structuur werden door sommige respondenten als een voorwaarde beschouwd om (zo zelfstandig mogelijk) te kunnen participeren in de samenleving. Structuur zorgt voor houvast, duidelijkheid en overzicht. Respondenten gaven aan dat dit voor de deelnemers, bewoners en medewerkers van zeer groot belang is.

Met betrekking tot een veilige omgeving werd geborgenheid geassocieerd maar ook het voorkomen van risico's. Alle respondenten onderschreven de veilige omgeving in de betekenis van geborgenheid en zijn van mening dat die door hen geboden wordt.

Uit de antwoorden van de respondenten blijkt dat de innovatieve vormen van dienstverlening die ten behoeve van dit onderzoek zijn geïncorporeerd over het algemeen continuïteit van dienstverlening bieden na de hervorming van het zorgstelsel.

Op Samen Leven, Inn4Care en WeHelpen na, scoorden de onderzochte projecten minimaal 75% op de diverse kenmerken bij continuïteit van dienstverlening. Samen Leven richt zich met name op projectmatige dienstverlening en niet in eerste instantie op continuïteit.

Samen Leven kan met betrekking tot continuïteit van betekenis zijn, maar kiest ervoor alleen betrokken te zijn bij de *spin-off*. Bij Samen Leven kon niet gescoord worden op veilige omgeving, omdat er geen fysieke plaats wordt geboden ten behoeve van bijvoorbeeld wonen of dagopvang. Wel worden door Samen Leven hoge eisen gesteld aan veiligheid bij de uitvoering van projecten.

Bij Inn4Care blijken vier van kenmerken van continuïteit van dienstverlening niet van toepassing te zijn, omdat er bij Inn4Care geen sprake is van aansluiting op verschillende zorgorganisaties. Inn4Care vormt in die zin als dienstverlening een uitzondering ten opzichte van de andere negen onderzochte projecten, omdat technologische ondersteuning en geen fysieke plek in een woon- of werkomgeving wordt geboden. Uit het interview met de respondent namens Inn4Care is gebleken dat de kenmerken bij continuïteit wel indirect van toepassing zijn: een gebruiker van GoOV kan bijvoorbeeld naar dagbesteding of werk blijven gaan en daardoor structuur ervaren in een veilige omgeving.

WeHelpen is een vorm van dienstverlening waarbij vraag en aanbod online tot stand komt. Volgens de respondent zijn veel kenmerken van continuïteit van dienstverlening van toepassing op WeHelpen, maar vrijwel altijd indirect: vrijwilligers verzorgen regelmatig informatieoverdracht tussen betrokken professionals of een vloeiende overgang naar een andere zorgorganisatie, maar WeHelpen organiseert deze overdracht niet zelf.

Op basis van de analyse kan worden gesteld dat zeven van de tien de onderzochte projecten voldoen aan de kenmerken van continuïteit van dienstverlening aan kwetsbare burgers.

De drie overige projecten kunnen van betekenis zijn om op indirecte of getrapte wijze continuïteit van dienstverlening te bieden.

In voorgaand hoofdstuk zijn de interviews geanalyseerd op de begrippen innovatieve vormen van dienstverlening en continuïteit van dienstverlening. In hoofdstuk zes worden de conclusies beschreven.



## 6. Conclusies en reflectie

---

In dit hoofdstuk worden aan de hand van de vier deelvragen antwoorden geformuleerd die tezamen het antwoord geven op de centrale vraag van dit onderzoek “Hoe kunnen burgers en zorgorganisaties via innovatieve dienstverlening bewerkstelligen dat de dienstverlening die aan kwetsbare burgers met een handicap wordt geleverd, na decentralisatie van de AWBZ, kan worden gecontinueerd?”

### 6.1 Bevindingen m.b.t. deelvraag 1

---

Dit onderzoek richtte zich op de mogelijke continuïteit van dienstverlening via innovatieve vormen van dienstverlening aan kwetsbare burgers na de hervormingen in het zorgstelsel en de daaraan gekoppelde bezuinigingen.

Met de selectie van genoemde kenmerken bij innovatieve dienstverlening en continuïteit van dienstverlening aan kwetsbare burgers is vanuit de literatuur een antwoord gevonden op deelvraag 1 ‘Wat wordt verstaan onder innovatieve dienstverlening, georganiseerd door burgers of zorgorganisaties, en wat wordt verstaan onder continuïteit van dienstverlening aan kwetsbare burgers?’

Voor dit onderzoek waren twee theoretische concepten van belang: innovatieve vormen van dienstverlening en continuïteit van dienstverlening. Uit de literatuur zijn met betrekking tot innovatieve vormen van dienstverlening een aantal kenmerken te selecteren die hierop betrekking hebben: ontstaan onder invloed van veranderingen in de externe omgeving (wijzigingen wet- en regelgeving), idealistisch (maatschappelijke betrokkenheid, bereidheid, liefdadigheid, loyaliteit), maatschappelijk doel (oplossing voor de transformatie), ondernemend (succesvol, bestaansrecht), origineel (uitgangspunten, organisatie, begeleiding), andere manier van denken en doen (focus op mogelijkheden en kansen, creativiteit), vernieuwend (gericht op heden en toekomst, (technologische) oplossingen, regelarm), menselijke maat (kleinschalig, middenin de samenleving), meerwaarde (draagkracht, samenredzaam, vanuit de samenleving), het verschil maken (andere wijze van organiseren, financieren). Vormen van dienstverlening die voldoen aan deze kenmerken kunnen als innovatief worden beschouwd.

Vanuit de literatuur zijn met betrekking tot continuïteit van dienstverlening de volgende kenmerken geselecteerd: afstemming (tussen vorige en huidige dienstverlening), samenhang (met omgeving), aansluiting (in begeleiding, ondersteuning), samenwerking (met reguliere zorgaanbieders), informatie-uitwisseling (met zorgvrager en betrokken dienstverleners bij overdracht), begeleiding en structuur (ten dienste van de zorgvrager), continu karakter (zo lang als nodig, langdurige relatie zorgverlener-zorgvrager) en veilige omgeving.

Dienstverlening die voldoet aan deze kenmerken kan zorgen voor continuïteit van dienstverlening aan kwetsbare burgers.

## **6.2 Bevindingen m.b.t. deelvraag 2**

---

Om een antwoord te vinden op deelvraag 2: 'Welke gevolgen ervaren kwetsbare burgers van de veranderingen die in de zorg hebben plaatsgevonden na de decentralisatie van de AWBZ?' is een korte geschiedenis geschetst van de historie van de verzorgingsstaat en de context waarin de hervormingen van het zorgstelsel plaats vonden. Via deskresearch is informatie gevonden met betrekking tot de transformatie van de verzorgingsstaat naar de participatiesamenleving, de AWBZ in historisch perspectief, de keuze voor modernisering van het zorgstelsel en welke wetwijzigingen en decentralisaties daarvan het gevolg waren. De gevolgen van deze decentralisaties, de transitie, werden op nationaal en gemeentelijk niveau beschreven, als ook de gevolgen voor de gehandicaptenzorg. Dit onderzoek is een ex ante onderzoek. De wetgeving is recentelijk van kracht geworden (2015 gold als een overgangsjaar), waardoor slechts een incompleet beeld geschetst kan worden van de consequenties voor kwetsbare burgers. De uitvoering van de nieuwe wetten is gepaard gegaan met grote bezuinigingen. Niet alle eerder geïndiceerde ondersteuning kan als gevolg daarvan worden geboden of gecontinueerd. De hulp- of ondersteuningsvraag van kwetsbare burgers is echter niet verdwenen, waardoor risico's op bijvoorbeeld verminderde sociale redzaamheid en vereenzaming/sociaal isolement toeneemt.

Op kleine schaal werden de eerste gevolgen voor hulpvragers, cliënten en organisaties in de gehandicaptensector werden medio 2015 ervaren. In 2016 en volgende jaren zal dit sterker merkbaar worden. De gevolg kan zijn dat geen beschikking (gemeente) of indicatie (CIZ) wordt afgegeven, anderzijds er wel een beschikking of indicatie aanwezig is, maar zorgorganisaties de zorg niet meer kunnen leveren vanwege de bezuinigingen. Het beschikbare budget voor de Wlz is gekort en gemeenten hebben minder budget (Wmo, Jeugd, Participatiewet) voor het inkopen van zorg en dienstverlening bij o.a. zorgorganisaties. Niet alle eerder geïndiceerde ondersteuning kan als gevolg daarvan worden geboden of gecontinueerd. Dit heeft consequenties voor de continuïteit van dienstverlening aan kwetsbare burgers.

De overheid wil, met behulp van nieuwe wet- en regelgeving, dat de verzorgingsstaat transformeert naar een participatiesamenleving waarin van burgers een participerende rol wordt gevraagd. Er wordt een beroep gedaan op eigen regie, eigen kracht en steun vanuit een sociaal netwerk, inzet van vrijwilligers en betrokkenheid van burgers.

### 6.3 Bevindingen m.b.t. deelvraag 3

---

In deze subparagraaf wordt een antwoord geformuleerd op deelvraag 3: “Welk type projecten van innovatieve dienstverlening wordt of kan worden geboden aan kwetsbare burgers met een handicap?”

Vanwege de genoemde bezuinigingen zijn nieuwe vormen van dienstverlening, samenwerking en innovaties onontbeerlijk. Hieraan wordt in brieven aan de Tweede Kamer en in de verschillende Memories van Toelichting op de nieuwe wetten, veelvuldig gerefereerd. Burgers vanuit de samenleving moeten betrokken zijn en mede-eigenaar worden van publieke voorzieningen. De overheid sluit aan met zorg en ondersteuning. De bedoeling van de overheid is het inzetten van eigen kracht, voeren van eigen regie en het ontstaan van zelf-organiserend vermogen en ondersteuning vanuit het netwerk van de burger.

Uit de analyse van de interviews blijkt, op één na, dat de innovatieve vormen van dienstverlening zijn ontstaan uit burgerinitiatieven. Eén vereniging is opgericht vanuit een zorgorganisatie. Alle onderzochte vormen van dienstverlening zijn op innovatieve wijze ontstaan (zie 6.4). Verschillende rechtspersonen werden gekozen: een stichting, een vereniging, een coöperatie, een BV. De ontstaanswijze varieerde, maar hield altijd verband met veranderingen in de omgeving. Maatschappelijke betrokkenheid en de bereidheid zich in te zetten voor anderen werden bij alle vormen van dienstverlening waar genomen. De wijze van organiseren liep uiteen. Dit had vooral te maken met de verscheidenheid van de typen dienstverlening: 24-uurs zorg (wonen), ambulante begeleiding, dagopvang en dagbesteding, vervoer, werk en respijtzorg. Alle onderzochte projecten boden dienstverlening aan kwetsbare burgers, meer bepaald mensen met een handicap.

Samengevat kan worden gezegd dat diverse typen dienstverlening die in de gehandicaptenzorg bestaan, op innovatieve wijze georganiseerd kunnen worden. Dit onderzoek toont aan dat de tien onderzochte vormen van dienstverlening als innovatieve ‘*good practices*’ kunnen worden beschouwd.

### 6.4 Bevindingen m.b.t. deelvraag 4

---

In deze subparagraaf wordt een antwoord gegeven op deelvraag 4: “Op welke wijze draagt, volgens de initiatiefnemers van bestaande projecten, innovatieve dienstverlening bij aan continuïteit van dienstverlening?”

Alle vormen van dienstverlening geven blijk van samenhang, aansluiting en samenwerking met betrokken partijen in de omgeving of met de familie van zorgvragers. Informatie-uitwisseling lijkt daar, volgens de respondenten, als vanzelfsprekend bij te horen.

Van afstemming, de vloeiende lijn tussen vorige en huidige (innovatieve) zorgorganisatie is minder sprake. Dit is mogelijk te verklaren vanuit het moment waarop dit onderzoek plaats vindt. De meeste zorgvragers ontvingen in 2015 (het overgangsjaar) nog dienstverlening vanuit de vertrouwde zorgorganisatie. Zorgvragers die gebruik maken van de innovatieve vormen van dienstverlening zijn veelal 'nieuw' in zorgland. Voorheen maakten zij niet, of niet op die wijze, gebruik van dienstverlening. Een andere mogelijke verklaring is dat deze kenmerken bij sommige vormen van dienstverlening vanwege het type dienstverlening niet relevant waren. Een project dat technologische ondersteuning ontwikkelt is zelf geen zorgorganisatie. Bijgevolg is ook geen sprake van een vorige zorgorganisatie en dus ook niet van afstemming of een vloeiende lijn met de vorige zorgorganisatie.

Alle respondenten onderschreven het belang van continuïteit in dienstverlening. Acht van de tien projecten waren gericht op het aangaan van langdurige relaties. Dat dit relatief is, vanwege de wisseling van vrijwilligers, professionals, stagiaires werd onderkend. Sommige respondenten benadrukten daarom dat het werk vooral leuk moet zijn. Met name als vrijwilligers het uitvoerende werk doen is dit van groot belang voor de kans op een langdurige relatie. Onder continuïteit werd ook de toekomstbestendigheid van de dienstverlening begrepen. Vanwege het tijdstip waarop dit onderzoek plaatsvond en de veelal jonge innovatieve vormen van dienstverlening (alle bestaan < 5 jaar) is het te vroeg hierover een uitspraak te kunnen doen. Vervolgonderzoek naar de toekomstbestendigheid van innovatieve vormen van dienstverlening, kan duidelijkheid opleveren in relatie tot continuïteit van dienstverlening.

Het laatste kenmerk bij continuïteit van dienstverlening is veiligheid. Het belang van een veilige omgeving werd door alle respondenten onderschreven. Veiligheid van waaruit kan worden geleerd of van waaruit burgers een bepaalde mate van welbevinden ervaren werd door alle respondenten genoemd. Tegelijkertijd werd veiligheid ook geassocieerd met het voorkomen of reduceren van risico's. Alle respondenten gaven blijk op het belang hiervan en troffen maatregelen. Dit bleek evenwel vaak moeizaam, duur of omvangrijk, omdat huidige wet- en regelgeving vooral gericht lijkt op grote zorgorganisaties. Voor kleine organisaties of innovatieve organisaties die vaak van weinig financiële middelen bestaan, bleek dit niet altijd *compliant* te organiseren.

Ondanks dat Samen Leven, Inn4Care en WeHelpen op een aantal kenmerken minder prominent scoorden, kan over het algemeen worden gesteld dat alle vormen van innovatieve dienstverlening een bijdrage leveren aan de continuïteit van dienstverlening.



## 6.5 Conclusies

---

In de voorgaande paragrafen zijn de deelvragen behandeld. Deze vormen tezamen een antwoord op de centrale vraag *“Hoe kunnen burgers en zorgorganisaties via innovatieve dienstverlening bewerkstelligen dat de dienstverlening die aan kwetsbare burgers met een handicap wordt geleverd, na decentralisatie van de AWBZ, kan worden gecontinueerd?”*

Tijdens dit onderzoek zijn van tien projecten het innovatieve karakter en de mogelijkheden tot het bieden van continuïteit van dienstverlening aan kwetsbare burgers, na de hervormingen in het zorgstelsel, onderzocht. Dit onderzoek is uitgevoerd op basis van een beperkte casestudy. Dit onderzoek kan worden gezien als een eerste verkenning in de transformatie naar een participatiesamenleving, waarin burgerinitiatieven een grote rol kunnen spelen in de continuïteit van dienstverlening aan kwetsbare burgers. Op basis van de informatie die tijdens dit onderzoek is gegenereerd, kan een aantal constatering worden gepresenteerd die aanknopingspunten bieden voor eventueel vervolgonderzoek. Deze worden hierna beschreven.

### 6.5.1 Beweging in de samenleving

Zoeken naar innovatieve vormen van dienstverlening via internet leverde een groot aantal innovatieve projecten op (zie bijlage 2). De overgang van de verzorgingsstaat naar de participatiesamenleving lijkt al geruime tijd ingezet. Met name burgers, zorgorganisaties in mindere mate, zijn actief om op innovatieve wijze alternatief zorgaanbod te bewerkstelligen. Voorzichtig kan hieruit worden opgemaakt dat er veel beweging is in de samenleving, waarbij de weg naar de beoogde participatiesamenleving definitief lijkt ingeslagen.

### 6.5.2 Nieuwe taken en verantwoordelijkheden gemeenten

Gemeenten zijn sinds 2015, op basis van onder andere de Wmo en de Jeugdwet, verantwoordelijk voor het bieden van zorg en begeleiding. Dit is een nieuw, en ook breed en omvangrijk aandachtsgebied, waarmee door gemeenten nog weinig ervaring is opgedaan. Vanuit de nieuwe wetgeving worden van kwetsbare burgers eigen kracht, zelfredzaamheid en een participerende rol verlangd. Van zorgorganisaties en burgers worden samenredzaamheid, burgerinitiatieven en innovaties verwacht.

### 6.5.3 Ondernemerschap en financiering

Aan sociaal ondernemerschap ontbrak het bij geen van de respondenten: idealistische gedrevenheid, de wil een bijdrage te leveren, betrokkenheid en solidariteit, werden gedurende het onderzoek bij alle vormen van dienstverlening waargenomen. Met betrekking tot financiering werden door respondenten soms verwachtingen van de (lokale) overheid en zorgverzekeraars uitgesproken.

Innovatieve vormen van dienstverlening lijken in zekere mate afhankelijk van overheidsfinanciering te blijven. Van de onderzochte projecten draaide slechts 20% volledig op andere gelden. Betrokken gemeenten bleken bereid een financiële bijdrage te willen leveren, maar moeten tegelijkertijd met minder budget toe en overzien de nieuwe taken nog niet precies. Onduidelijk is of financiering vanuit gemeentelijke overheden in de toekomst gehandhaafd blijft, hetgeen een direct effect kan hebben op de continuïteit van het project en dus op de continuïteit van dienstverlening aan kwetsbare burgers.

Daar waar financiering nog werd verstrekt vanuit de (lokale) overheid, gebeurde dit veelal tegen veel lagere tarieven dan voorheen vanuit de AWBZ werden betaald: 2 uur betaalde professionele inzet op een dagdeel met soms tweemaal zoveel deelnemers (Huiskamer van de Buurt) of volledig draaiend op vrijwilligers met alleen een parttime coördinerende beroepskracht (Zorghuis Kedichem, Kapstok). Deze constructie laat grote verschillen zien ten opzichte van de bezetting bij reguliere dagbesteding vanuit de Wlz, ook ná de bezuinigingen hierop. De omslag naar de participatiesamenleving vraagt nieuwe vormen van organiseren, aanboren van alternatieve geldstromen en overstijgend ('ontschottend') kunnen denken.

Hiervoor is, zoals blijkt uit de theorie, onder andere ondernemerschap vereist: 'De sociale ondernemer combineert een idealistische gedrevenheid om een bijdrage te leveren aan een sociaal of ecologisch vraagstuk met de eigenschappen van een ondernemer' (Sterk e.a. 2013; p.33). Ondernemerschap brengt risico's met zich mee. Respondenten gaven aan dat risicovol ondernemen soms nodig kan zijn om bestaansrecht te ontwikkelen en dat steun hierbij vanuit gemeenten, waar respondenten mee te maken hadden, soms werd gemist. Ondernemerschap lijkt in de gehandicaptenzorg en bij de lokale overheid nog geen vanzelfsprekendheid. Respondenten lieten ook zelf niet altijd een ondernemersgeest zien.

#### **6.5.4 Betrokkenheid en draagvlak**

De tien onderzochte initiatieven zijn in het afgelopen lustrum ontstaan vanuit idealisme en hebben doorzettingsvermogen en vasthoudendheid gevraagd om tot resultaten te leiden. Voor de vormgeving van de meeste dienstverlening werd en wordt een sterk beroep gedaan op vrijwilligers en bij sommige vormen van dienstverlening bleven tevens de mantelzorgers actief ('t Zorghuis, Zorghuis Kedichem). Een nieuw initiatief kan kans van slagen hebben als er betrokkenheid en draagvlak is. Een respondent merkte in dit verband op dat er ook sprake moet zijn van 'geluk hebben': een wijk of een dorp moet niet teveel inwoners hebben en er moet samenhang zijn onder de bevolking.

### **6.5.5 Risico's inzet vrijwilligers en mantelzorgers**

In diverse publicaties wordt gesproken over de rek aan inzet van vrijwilligers en dat de meeste vrijwilligers vrouwen zijn. Hetzelfde geldt voor mantelzorgers. In combinatie met betaald werk neemt het risico op overbelasting toe. Dit kan een risico vormen voor de continuïteit in de bezetting. Door enkele respondenten werd de uitdrukking 'vrijwillig is niet vrijblijvend' genoemd. Deze respondenten realiseerden zich tegelijkertijd dat afdwingen onmogelijk is en zagen hierin bijgevolg een risico op continuïteit.

Enkele respondenten gaven tevens aan dat het werven van vrijwilligers stagneert omdat iedereen in 'dezelfde vijver vist'. Dit kan continuïteit en toekomstbestendigheid in gevaar brengen. Hiertegenover werd ook vanuit de respondenten aangegeven dat de aanwas van vrijwilligers regelmatig een domino-effect had. Vrijwilligers wierven zelf mensen uit hun omgeving of professionals in de omgeving raakten betrokken bij een project en meldden zich vervolgens aan als vrijwilliger. Enkele respondenten zeiden hierover dat vanuit de overheid een beroep wordt gedaan op mededogen, betrokkenheid, loyaliteit. De vraag wordt gezien en burgers verkrijgen het niet over hun hart om dan geen hand toe te steken. Afhankelijkheid bij kwetsbare burgers en *goodwill* van medeburgers zijn bijgevolg de effecten.

### **6.5.6 Kwaliteit en cliëntervaring**

Risico's met betrekking tot de professionele waarborg lijken door alle innovatieve projecten goed afgedekt. De meeste gemeenten hebben de (kwaliteits)eisen, zoals die voorheen voor de AWBZ-financiering golden, één-op-één overgenomen. De vraag is of dit haalbaar is bij veel lagere budgetten en of deze zullen worden toegepast bij innovatieve vormen van dienstverlening. Tevredenheid meten bij zorgvragers kwam uit het onderzoek naar voren als alternatief om vast te stellen of de dienstverlening voldoet. In het kader van het meten van cliëntervaring, lijkt dit een goed voorstel. Initiatiefnemers van de onderzochte innovatieve projecten ervaren belemmeringen met betrekking tot wet- en regelgeving met name op gebied van veiligheid en risico's. Regelgeving is veelal gericht op grote zorgorganisaties.

### **6.5.7 Terugdringen bureaucratie**

Enkele respondenten gaven aan dat bureaucratie en soms strikte toepassing van wet- en regelgeving vanuit de lokale overheid de creativiteit en daadkracht belemmert. Het spreekwoordelijke "kastje en muur" in het kader van samenwerking of afstemming tussen project en gemeente, is door diverse respondenten genoemd.

De ervaring van diverse respondenten was dat ambtenaren verwezen naar regelingen vanuit diverse wetten en beleidsdomeinen (Wlz, Wmo, Zvw, etc.), ondanks dat respondenten konden aangeven dat zaken op een verantwoorde, maar andere wijze geregeld waren. Betrokken ambtenaren leken zich in dit opzicht te weinig op te stellen als een *'streetlevelbureaucrat'* met discretionaire bevoegdheden. 'Maatschappelijk volhoudbaar' vraagt ook iets van de (lokale) overheid.

De nadrukkelijke wens werd door vrijwel alle betrokken respondenten uitgesproken dat hierin verandering komt. Door respondenten werd tegelijkertijd de wens geuit om samen te werken met gemeenten en kennis, kunde en ervaring uit te wisselen. Elkaar versterken, het loslaten van domeinstrijd en oplossingen vragen aan de samenleving, vormen goede uitgangspunten.

#### **6.5.8 Aandacht voor preventie**

Diverse respondenten benadrukten het tijdstip waarop niet de zorgvrager, maar de mantelzorg om hulp vraagt. Dit wordt door mantelzorgers veelal zodanig lang uitgesteld dat het water hen al tot aan (of zelfs al voorbij) de lippen is gestegen. Gezien het moment waarop dit onderzoek werd afgenomen, de ingangsdatum van de nieuwe wetgeving en rekening houdend met het overgangsjaar, is nog onduidelijk wat de effecten op termijn zijn op mantelzorgers en het sociale netwerk. Vervolgonderzoek onder mantelzorgers kan duidelijkheid bieden naar de balans draagkracht - draaglast, na de hervormingen in het zorgstelsel.

#### **6.5.9 Uitbreiden polis zorgverzekering**

Er werd door enkele respondenten ideeën geopperd, zoals het uitbreiden van de aanvullende zorgverzekering voor nieuw zorgaanbod, zowel ten behoeve van de zorggebruiker als ten behoeve van de mantelzorg.

#### **6.5.10 Hypotheses**

Richtinggevende onderwerpen voor vervolgonderzoek zijn: aandacht voor ondernemerschap in relatie tot zorg en dienstverlening, versoepeling van regelgeving om innovatieve projecten te stimuleren en verder uitbreiding kennis bij gemeenten, zorg voor mantelzorg en onderzoek naar verzekeraarbaarheid voor gebruik van innovatieve vormen van zorg en ontlasting van mantelzorgers. Eerder in dit onderzoek is geconstateerd dat vervolgonderzoek nodig is om meer inzicht te krijgen in de gevolgen van de hervormingen van het zorgstelsel en de ontwikkelingen in de samenleving als reactie daarop. De hiervoor genoemde constatering en de volgende hypothesen kunnen hierin een richting bepalen.

Naast constatering zijn de volgende hypothesen geformuleerd:

1. Burgers blijken in staat zorg te continueren aan kwetsbare burgers mits voldoende ondernemerschap aanwezig is onder de initiatiefnemers.
2. Burgerinitiatieven zijn in staat veiligheid en risicobeheersing te garanderen op alternatieve wijzen.
3. Financieel bestaansrecht kan worden vergroot door gezamenlijk (burgers en overheid) te zoeken naar garantiestelling.

#### **6.5.11 Samenvattend**

Innovatieve vormen van dienstverlening dragen volop bij aan continuïteit van dienstverlening aan kwetsbare burgers, maar ook aan de beleidsdoelstellingen van de door de overheid gewenste transformatie. Kleinschalig en cliëntgericht van opzet, gedragen door de samenleving, worden kwetsbare burgers opgevangen of voorzien van ondersteuning daar waar deze regulier is weggevallen of niet langer bereikbaar is. Legitimiteit en maatschappelijke waarde lijken hiermee aangetoond. De onderzochte projecten passen daarmee bij de, door de overheid beoogde, transformatie.

In antwoord op de centrale vraag kan geconcludeerd worden dat dienstverlening door innovatieve projecten aan kwetsbare burgers, na de hervorming van het zorgstelsel, mogelijk is in een 'ononderbroken lijn', mits wordt voldaan aan de voorwaarden van continuïteit: samenhang, aansluiting, afstemming, informatie-uitwisseling, samenwerking en het bieden van structuur en veiligheid.

#### **6.6 Reflectie**

---

Dit onderzoek kende een lange aanlooptijd. Dit was gelegen in het onderwerp: een weg die langs diverse onderwerpen leidde, allen gerelateerd aan de grote hervormingen van het zorgstelsel en de gevolgen voor kwetsbare burgers. Dit zorgde voor een brede verkenning van de centrale, maar ook daaraan gerelateerde onderwerpen. De keuze voor dit onderwerp kwam voor uit bezorgdheid, niet alleen bij de onderzoeker, maar breed waargenomen in de omgeving van de onderzoeker en in beeld gebracht via diverse media.

Het allereerste begin voor dit onderzoek was eind 2014, een periode waarin door de overheid nog diverse aanpassingen in de nieuwe wetten werden doorgevoerd. Gedurende het overgangsjaar 2015 heeft dit onderzoek vorm gekregen. Inmiddels begonnen berichten te verschijnen in de media, hetgeen de onderzoeker soms het gevoel hebben gegeven inmiddels achterhaalde onderzoeksresultaten te 'ontdekken'. Al met al wijzen de resultaten de-

zelfde richting uit, hetgeen de betrouwbaarheid van dit onderzoek ondersteunt. De theoretische kaders waren helpend om te focussen op de innovatieve kenmerken van de projecten en op de continuïteit van dienstverlening.

In het eerste kwartaal van 2016 werd duidelijk dat in 2015 volgens schatting 75% van de Nederlandse gemeenten geld over hield op de Wmo. Met betrekking tot de financiering vanuit de Jeugdwet houdt de ene helft van de gemeenten budget over tegenover de andere helft die tekort komt. Conclusies zijn nog niet verbonden aan de oorzaak van de overschotten (Bekkers, 2016). Over geheel 2015 zou het gaan om een bedrag van 310 miljoen euro (Vleugels, 2016). In de Nationale Zorggids (2015) werd gesproken over gemeenten die tweemaal zoveel zouden bezuinigen op de Wmo dan nodig. Staatssecretaris Van Rijn (2016) pleit in een brief aan de Tweede Kamer inzake 'Waardig leven met zorg' voor meer samenhang tussen de verschillende domeinen, waardoor 'wal en schip' mogelijk kan worden voorkomen (Van Rijn, 2016).

De verwachting van het Sociaal Cultureel Planbureau (2014) is dat, als gevolg van diverse maatschappelijke ontwikkelingen (demografie, complexere samenleving, uitgebreidere diagnose), de groei van zorgvragen onder mensen met een verstandelijke beperking, aanhoudt en toeneemt (Woittiez e.a., 2014).

Ten opzichte van andere sectoren in de gezondheidszorg lijkt de gehandicaptensector over een hogere mate van verandercapaciteit te beschikken. BDO, die onderzoek uitvoerde hier naar, benadrukt het risico op discontinuïteit van zorg aan kwetsbare burgers wanneer zorgorganisaties niet tijdig inspelen op de veranderingen (BDO, 2016). De vraag kan worden gesteld wie dit aangerekend mag worden: de zorgorganisaties die in het belang van cliënten zorg wilden leveren maar tegen veel lagere tarieven, de overheid die in zeer korte tijd een zo omvangrijke herziening van het zorgstelsel heeft doorgevoerd, lokale overheden die tot voor kort nog nooit met zorg te maken hebben gehad?

In de eerder genoemde brief van staatssecretaris Van Rijn aan de Tweede Kamer (2016) staat dat er snel plannen komen om regeldruk te verminderen en administratie en bureaucratie terug te dringen. In paragraaf 1.2 wordt beschreven dat premier Rutte in 2014 al heeft gezegd dat de overheid nog vaak handelt vanuit klassieke, hiërarchische verhoudingen en dat ruimte moet worden geboden aan burgers om initiatieven te ontplooiën. In subparagraaf 4.2.2 is te lezen dat minister Plasterk (2013) aan de Tweede Kamer schreef dat zelfredzaamheid maximaal moet worden gestimuleerd en gefaciliteerd en dat belemmeringen voor initiatiefnemers weggenomen moeten worden. Er lijkt nog veel winst te behalen op dat vlak.

Eén van de oplossingsrichtingen wordt gegeven in de ‘*Right to challenge*’<sup>7</sup>. In deze benadering mogen burgers taken van gemeenten overnemen, daar waar zij die anders, beter, slimmer of goedkoper kunnen organiseren. Burgerinitiatieven kunnen hier mogelijkveel veel voordeel mee doen. Onduidelijk is of kleine innovatieve vormen van zorg die vrijwel volledig draaien op vrijwilligers, voldoen of zouden moeten voldoen aan de ‘professionele beroepsnormen’ en aan het toezichtkader van de Inspectie voor de Gezondheidszorg [IGZ].

Het lijkt voor iedereen, overheid (rijk en gemeentelijk) en samenleving, maar vooral voor kwetsbare burgers en hun sociale netwerk, nog erg zoeken naar een balans binnen de nieuwe werkelijkheid. Er is geen eenduidige oplossing voor handen over hoe zorg en dienstverlening in het nieuwe stelsel vorm gegeven moet worden. Volgens Bekkers (2007) was de overheid in 2007 nog zoekend naar de wijze waarop al deze veranderingen moeten worden ingericht en gefaciliteerd (Bekkers, 2007). Dit lijkt nog altijd actueel.

Door de interviews werd een inkijkje gegeven op ervaringen van de initiatiefnemers van de onderzochte innovatieve vormen van dienstverlening. Ervaringen die, zeker bij aanvang van de verschillende projecten, vroegen om volharding en doorzettingsvermogen om datgene waarin geloofd werd, te bewerkstelligen. De energie die werd waargenomen bij de initiatiefnemers van de innovatieve projecten kan zeer aanstekelijk werken om iets van de grond te krijgen. Voor de onderzochte projecten geldt dan ook dat zij als succesvolle *good practices* kunnen worden beschouwd!

Op basis van de in hoofdstuk 6 beschreven constatering en hypothesen sluit deze thesis af met aanbevelingen in hoofdstuk 7.

---

<sup>7</sup> <https://vng.nl/right-to-challenge>





## 7. Aanbevelingen

---

In dit hoofdstuk, dat de afronding vormt van dit onderzoek, is te lezen welke aanbevelingen gedaan worden op basis van de conclusies en hypotheses uit hoofdstuk 6. Dit onderzoek is niet in opdracht van een organisatie of bestuurslichaam uitgevoerd. In hoofdstuk 4 werd beschreven wat gevolgen waren voor gemeenten, zorgorganisaties en burgers. Aanbevelingen worden daarom ook hier gesplitst. Voor de inzichtelijkheid worden aanbevelingen gegeven aan initiatiefrijke burgers, (lokale) overheden en zorgorganisaties.

### 7.1 Aanbevelingen aan (lokale) overheden

---

Na de transitiefase die tot 1 januari 2016 liep, is de transformatiefase actueel. Dit onderzoek heeft in deze overgangperiode plaatsgevonden. Onderstaande aanbevelingen zouden aandacht kunnen krijgen in de vormgeving van de transformatie.

#### 7.1.1 Faciliteren

Eén van de constatering is dat innovatieve vormen van dienstverlening lijken bij te dragen aan de overheidsdoelstellingen. De overheid wil deze beweging inzetten en ondersteunen. In de Memories van Toelichting van de nieuwe wetten (Wlz, Wmo) zijn experimenteerartikelen opgenomen, die innovatieve ideeën ruimte moeten geven om nieuwe vormen van zorg en dienstverlening te ontwikkelen. Gemeenten zouden een werkwijze kunnen ontwikkelen om dit experimenteerartikel uit te werken door een heldere, planmatige opzet te maken waarin ondernemerschap, financiering, voorwaarden en kwaliteitseisen aan zorg verantwoord moeten worden en waaraan gemeenten bepaalde zorginkoop tarieven kunnen koppelen. De methodiek *'right to challenge'* kan gemeenten behulpzaam zijn. In deze aanpak gaat het om de lokale behoeften, er wordt op voorhand meegedacht met de initiatiefnemers, er is brede afstemming tussen betrokken partijen, burgers vormen de kern (Harmsen, 2015). Voorwaardenscheppend organiseren kan de burgers in de samenleving uitnodigen tot de opzet van nieuwe initiatieven. Gemeenten kunnen zich hierbij vooraf afvragen welk budget beschikbaar is en hoeveel hiervan experimenteel kan worden ingezet.

#### 7.1.2. De ondersteuningsvraag van de kwetsbare burger

De staatssecretaris schrijft in zijn brief aan de Tweede Kamer (Van Rijn, 2016) dat de levenswijze van kwetsbare burgers soms plaats moet maken voor de logica of werkwijze van de zorg. Hierover worden in dit onderzoek geen uitspraken gedaan. De staatssecretaris merkt in dezelfde brief op dat wijzigingen nodig zijn met betrekking tot indicatie, zorginkoop, bekostiging en verantwoording. Dit linkt aan de bevindingen uit dit onderzoek. Extra belemmering is dat gemeenten vrij zijn in het maken van eigen beleid, de wetten zijn immers gedecentraliseerd, dus de centrale overheid 'gaat er niet over'.

Hoe deze wijzigingen eruit zien is nog spannend. Gemeenten kunnen in overleg met zorgorganisaties die beschikken over meerdere methodieken tot hulpvraagverduidelijking een verbetering maken in de afstemming met de kwetsbare burger over welke dienstverlening nodig is.

### **7.1.3 Regelarm**

Hinder door regels en bureaucratie zijn thema's die door respondenten veelvuldig zijn genoemd. Zaken moeten echter wel zorgvuldig en verantwoord geregeld zijn. De Graaff en Nuiver (2015) doen een aantal uitspraken met betrekking tot anders denken en doen: 'wees nieuwsgierig', 'denk *out of the box*', 'durf buiten de lijntjes te kleuren', 'stel leren boven scoren', 'ga uit van gelijkwaardige relaties', 'stel de maatschappelijke opdracht centraal' (De Graaff en Nuiver (2015)). Het is aan te bevelen om goed na te gaan wanneer verantwoorde zorg wordt geleverd. Niet op basis van 'output' (resultaat), maar op basis van 'outcome' (effect). 'Afvinklijstjes' garanderen geen kwaliteit en kunnen ten koste gaan van de directe zorg. Afspraken maken, monitoren wat goed gaat en wat beter kan, kunnen deel uit kunnen maken van een contract tussen zorgaanbieder en zorgvrager. Het meten van cliëntervaringen zou aandacht kunnen krijgen. Zorgaanbieder en zorgvrager bepalen vervolgens samen, binnen de kaders van de wet, hoe voldaan wordt aan kwalitatief verantwoorde zorg.

### **7.1.4 Mantelzorgers**

Mantelzorgers zijn veelvuldig in dit onderzoek genoemd in combinatie met dreigende overbelasting. Eén van de respondenten zei in het interview dat de overheid goed had nagedacht over de nieuwe wetten, dat aan alle betrokken groepen (geldverstrekkers, zorgaanbieders, zorgafnemers) was gedacht, maar dat de mantelzorgers een belangrijke, maar vergeten groep vormen. Er circuleren diverse onderzoeken van recente datum op internet waaruit blijkt dat 20% van de mantelzorgers overbelast is. Om de zorg zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven bieden, niet alleen omdat de zorgvrager dan zo lang mogelijk in de eigen omgeving kan blijven, maar ook uit oogpunt van kostenafweging, lijkt het aanbevelenswaardig deze groep te faciliteren. Om de mantelzorg 'volhoudbaar' te maken kunnen mantelzorgers zelf aangeven wat hiervoor nodig is.

## **7.2 Aanbevelingen aan gehandicaptenzorg/zorgorganisaties**

---

In de transformatiefase die actueel is vanaf 2016 zouden onderstaande aanbevelingen aandacht kunnen krijgen op de agenda's van zorgorganisaties.

### **7.2.1 Innovatieve vormen van dienstverlening vanuit zorgorganisaties**

Van de tien geselecteerde innovatieve vormen van dienstverlening zijn er slechts twee ontstaan vanuit een reguliere organisatie: Huiskamer van de Buurt en Samen Leven.

De laatste is een zelfstandige rechtspersoon. Uit het recent uitgebrachte onderzoek van BDO (2016) blijkt dat gehandicaptenzorgorganisaties ten opzichte van andere sectoren, een grotere verandercapaciteit hebben. BDO stelt dat de gehandicaptensector, ten opzichte van andere zorgsectoren, in staat is sneller in te spelen op veranderingen in de omgeving (BDO, 2016). Bestaande gehandicaptenzorgorganisaties zijn niet bevraagd op innovatieve vormen van dienstverlening en de continuïteit van dienstverlening aan kwetsbare burgers. Zorgorganisaties zouden een projectleider met ondernemende kwaliteiten kunnen aanstellen om innovaties te initiëren.

### **7.2.2 Definitie ‘zorg’**

De associatie, bijna de wil om iets van een ander over te nemen, is gedurende dit onderzoek sterk waargenomen. Er is ongetwijfeld onderzoek beschikbaar naar de gevolgen van honderd jaar verzorgingsstaat. De vanzelfsprekendheid dat voor diensten of verzorging een leven lang is gewerkt, en dus een recht, bestaat niet meer. Overnemen van zorg zou pas gelegitimeerd zijn nadat eerst een beroep gedaan is op wat de zorgvrager zelf kan, wat hij eventueel kan leren, wat aangevuld kan worden. Pas als hier geen sprake meer van kan zijn, mag zorg worden overgenomen.

Gerelateerde projecten aan gehandicaptenzorgorganisaties zijn nauwelijks gevonden, noch zijn gehandicaptenzorgorganisaties zelf bevraagd. Evengoed kunnen idealisme, originaliteit en ondernemerschap, als aanbevelingen aan de gehandicaptensector worden meegegeven. Geef innoverende ideeën en de dragers daarvan ruimte en beschouw niet elke verandering als belastend. Het begrip ‘zorg’ zou opnieuw gedefinieerd kunnen worden.

## **7.3 Aanbevelingen aan burgers**

---

Burgers die overwegen een (burger)initiatief te starten kunnen rekening houden met onderstaande aanbevelingen.

### **7.3.1 Communicatie**

Veel initiatieven zijn ontstaan vanuit idealisme, vanuit ‘een droom’ om zorg anders, beter, dichterbij te organiseren. Het is van groot belang deze idealen doorlopend te blijven communiceren met andere burgers. Ze versterken de motivatie en doorzettingskracht: de volhoudbaarheid.

### **7.3.2 Ondernemerschap**

Ondernemerschap is veelvuldig genoemd door respondenten. Het is een voorwaarde om één of meerdere ‘ondernemersgeesten’ onder de koplopers of initiatiefnemers te werven. Zij denken en doen vanuit andere (financiële) risico’s dan ‘zorgmensen’, hoe goed bedoeld ook, gemiddeld doen.

De ideeën zijn er vaak wel, maar het daadwerkelijk handen en voeten geven, vragen daadkracht, lef en startend vermogen. Het is aanbevelenswaardig te zoeken naar deze kwaliteiten. Financiën vanuit de overheid zijn geen gegarandeerd gegeven meer. Bovendien wordt per gemeente verschillend beleid gemaakt en wisselen per gemeente, vanwege de gemeenteraadsverkiezingen, de gemeentebesturen.

Het inzetten van alternatieven, met name op geldstromen en bezetting, om minder kwetsbaar te zijn, lef te hebben, door te zetten en vol te houden is initiatiefnemers van innovatieve projecten, aan te raden.

### **7.3.2 Vrijwilligers**

Vrijwilligers vormden in de onderzochte projecten veelal de reden dat projecten goedkoper konden 'draaien'. Vrijwilligers kunnen nauwkeurig geworven worden op motivatie en betrokkenheid, maar het vrijblijvende karakter met betrekking tot de inzet blijft aanwezig. Voortdurend motiveren en alternatief belonen van de vrijwilligers is aanbevelenswaardig.

## **7.4 Afronding**

---

Dit onderzoek geeft een eerste beeld na de hervorming van het zorgstelsel. Vanwege het overgangsjaar, is dit beeld slechts een eerste indruk. Herhaling of vervolgonderzoek is wenselijk. Hiervoor zijn in hoofdstuk 6 diverse onderzoeksthema's en hypothesen genoemd.

'Kan de wal het schip keren' zou wellicht ook een passende titel voor deze thesis geweest kunnen zijn. 'Tussen de wal en het schip vallen', 'roeien tegen de stroom in', 'buiten de boot vallen' en 'roeien met de riemen die je hebt' werden veelvuldig door de respondenten gebezigd. "Het water tot aan de lippen" werd vaak gebruikt wanneer het ging om de (over)belasting van mantelzorgers.

De nieuwe werkelijkheid is nog sterk wennen, maar er is veel 'beweging' in de samenleving. Er is een grote drive bij burgers om innovatieve projecten te starten. De staatssecretaris van VWS geeft in zijn brief van 26 februari 2016 aan veel aandacht aan innovatie en vermindering van regeldruk en bureaucratie te willen geven. De staatssecretaris zegt in deze brief ook de mogelijkheid te willen verkennen naar nieuwe financieringsinstrumenten (samenwerking tussen private sector, zorgorganisaties, zorgverzekeraars) om innovaties te kunnen invoeren.

Van Rijn schrijft "niet de zorg maar het welbevinden van de mens met zijn beperking staat voorop." Dit een positief vertrekpunt.

Er wordt door overheden en zorgorganisaties in de veranderingen veel gevaren op bekende strategieën, maar een begin is er. Uit de interviews bleek dat eigen regie, eigen verantwoordelijkheid, zeggenschap en eigen kracht stevig werden onderschreven. Deze denkwijze past één op één bij de transformatie zoals die door de overheid is bedoeld. Het welbevinden van de kwetsbare burger staat voorop!

*“Een pessimist ziet in elke kans de moeilijkheden. Een optimist ziet in elke moeilijkheid de kansen”*

Winston Churchill (1874 – 1965)

## Bronnenoverzicht

---

- ActiZ, GGZ Nederland, NVZ en VGN (2009). *Zorgbrede Governancecode 2010*. Utrecht: Brancheorganisaties. Verkregen op 22 december 2015 van <http://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwiz1-2Fi5vLAhWFNpoKHx4XBssQFggiMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.vgn.nl%2Fmedia%2Fdown-load%2Findex%2Fmediaid%2F4cb8645584cd5&usq=AFQjCNE7IA1BywZ5bn3JDX5AYxs8m0H3Gw&bvm=bv.115339255,d.bGs>
- Algemene Rekenkamer (2014). *Hervorming AWBZ. Een simulatie van de gevolgen*. Den Haag: Algemene Rekenkamer. Verkregen op 6 februari 2016 van [http://www.rekenkamer.nl/Publicaties/Onderzoeksrapporten/Introducties/2014/04/Hervorming\\_AWBZ](http://www.rekenkamer.nl/Publicaties/Onderzoeksrapporten/Introducties/2014/04/Hervorming_AWBZ)
- Argumentenfabriek (2014). *“Welke zorg gaat naar welke wet?”* Amsterdam: Argumentenfabriek. Verkregen op 26 maart 2015 van <https://www.argumentenfabriek.nl/nl/voorbeeldwerk/zo-werkt-de-zorg-in-nederland#contact>
- Ascher, L.F. en Kleinsma, J. (2013). *Financieel en sociaaleconomisch beleid. Tweede Kamer, stuk 33566, nr. 15*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Verkregen op 14 februari 2016 van [https://www.eerstekamer.nl/behandeling/20130411/brief\\_regering\\_resultaten\\_sociaal/document3/f=/vi8sk3vImvzg.pdf](https://www.eerstekamer.nl/behandeling/20130411/brief_regering_resultaten_sociaal/document3/f=/vi8sk3vImvzg.pdf)
- Atlas van zorg & hulp (2015). *Ontwikkelingen in de zorg 2015 - 2018*. Verkregen op 26 maart 2015 van <http://www.zorghulpAtlas.nl/zorghulpnieuws/ontwikkelingen-2013>
- Baarda, D.B., De Goede, M.P.M. en Teunissen, J. (2001). *Kwalitatief Onderzoek*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff bv
- BDO (2016). *Verbeelden, verbinden... veranderen! BDO zorgonderzoek verandercapaciteit 2016. Verontrustende cijfers Change Leadership in zorgsector*. Eindhoven: BDO Branchegroep Zorg. Verkregen op 26 april 2016 van [http://www.bdo.nl/nl/nieuws/documents/bdo\\_rapport\\_verandercapaciteit\\_zorg\\_web.pdf](http://www.bdo.nl/nl/nieuws/documents/bdo_rapport_verandercapaciteit_zorg_web.pdf)

- Bekkers, H. (2016). *Gemeenten houden fors over op zorg*. Binnenlands Bestuur, jaargang 2015 (aflevering mei). Verkregen op 7 mei 2016 van <http://www.binnenlandsbestuur.nl/financien/nieuws/gemeenten-houden-fors-over-op-zorg.9529724.lynkx>
- Bekkers, V. (2007). *Beleid in beweging*, Den Haag: Boom Lemma
- Beliën, H. &. (2010). *De Nederlandse geschiedenis in een notendop*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker
- De Boer, N. en Lans, J. van der (2011). *Burgerkracht, De toekomst van het sociaal werk in Nederland*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling [RMO]
- De Boer, N. en Lans, J. van der (2011). *Laat meer over aan de zelfredzame burger "Burgerkracht - er is geen weg terug"*. Verkregen op 26 maart 2015 van <http://www.socialevraagstukken.nl/site/wp-content/uploads/2011/10/Burgerkrachtantwoordplatnamp.pdf>
- Boutelier, H. (2011). *De Improvisatiemaatschappij, Over de sociale ordening van een onbegrensde wereld*. Den Haag: Boom|Lemma Uitgevers
- Breeuwsma, G. (1999). *De constructie van de levensloop*. Amsterdam/Meppel: Boom
- Bureau Beleidsonderzoek (BBO), Werkgroep Langdurige Zorg (2010). *Rapport brede heroverwegingen*. Den Haag: Ministerie van Financiën. Verkregen op 31 januari 2016 van <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:xv6rvCVt3TkJ:https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2010/04/01/12-langdurige-zorg/12-langdurige-zorg.pdf+&cd=6&hl=nl&ct=clnk&gl=nl>
- Casparie, A.F., Foets, M., Raaijmakers, M.F., Bakker, D.H. de, Schneider, M.J., Sterkenburg, P.S., Janssen, C.G.C., Bijman-Schulte, A.M., Bakker, R.H., Moorer, P., Dassen, T.W.N., Suurmeijer, T.P.B.M. (1998). *Onderzoeksprogramma Kwaliteit van Zorg: vragenlijst continuïteit van zorg vanuit cliëntperspectief VCC: handleiding en vragenlijsten*. Utrecht, Den Haag; NIVEL, Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Verkregen op 6 februari 2016 van <http://www.nivel.nl/node/2430?database=ChoicePublicat&preref=1000400>



- Centraal Bureau voor de Statistiek (2014). *Gezondheid en zorg in cijfers 2014*. Den Haag: CBS. Verkregen op 6 februari 2016 van <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/571A1F05-566D-4AD2-A43C-869D4280BC11/0/2014c156pub.pdf>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2015). *Ontwikkeling en financiering van de zorglasten sinds 2006*. Den Haag: CBS. Verkregen op 31 januari 2016 van <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:A0jo3WcuYDcJ:www.cbs.nl/NR/rdonlyres/F5892DAF-4BF7-48C3-97E8-9F0A2A0A5FDB/0/2015DNE07ontwikkelingenfinancieringvandezorglastensinds2006.pdf+&cd=2&hl=nl&ct=clnk&gl=nl>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2016). *Begrippen*. Den Haag/Heerlen: CBS. Verkregen op 9 februari 2016 van <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/methoden/begrippen/default.htm?conceptid=2703>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2016). *Bevolkingsteller*. Den Haag: CBS. Verkregen op 26 januari 2016 van <http://www.cbs.nl/nl-nl/menu/themas/bevolking/cijfers/extra/bevolkingsteller.htm>
- Centrum Educatieve Dienstverlening (2008). *Onder-wijzen; een thematische bundeling van de opinies en discussies over het Onderwijscontinuüm CED-Groep*. Rotterdam: CED. Verkregen op 19 februari 2016 van <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:000a-5FViegJ:www.cedgroep.nl/~media/6383481060a64c65876bff75c5bd29c4.ashx+&cd=3&hl=nl&ct=clnk&gl=nl>
- Centrum Indicatiestelling Zorg (2015). *Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2016*. Driebergen-Rijsenburg: CIZ. Verkregen op 20 februari 2016 van <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:v1H1I6loh4YJ:https://www.ciz.nl/voorprofessionals/Documents/CIZ%2520Beleidsregels%2520Wlz%25202016.pdf+&cd=2&hl=nl&ct=clnk&gl=nl>
- Centrum Indicatiestelling Zorg (2014). *CIZ Indicatielijzer, toelichting op de beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2014, zoals vastgesteld door het ministerie van VWS, versie 7.0*. Driebergen: CIZ. Verkregen op 31 januari 2016 van [https://www.ciz.nl/voor-professionals/Documents/Indicatielijzer\\_70.pdf](https://www.ciz.nl/voor-professionals/Documents/Indicatielijzer_70.pdf)
- Drechtzorg (2015). *Notitie Kwetsbare groepen in de wijk, ondersteuning van kwetsbare burgers*. Zuid-Holland-Zuid: Stichting Drechtzorg

- Elsen, W. van den. *Kabinetsmaatregelen treffen gehandicapten hard*. Zorgvisie, jaargang 2010 (aflevering december). Verkregen op 26 maart 2015 van <http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Nieuws/2010/12/Kabinetsmaatregelen-treffen-gehandicapten-hard-ZVS010043W/>
- Endt-Meijling, M. van (2008). *Medische kennis voor hulpverleners*. Bussum: Coetinho
- Franssen, B. en Scholten, P. (2011). *Handboek voor sociaal ondernemen in Nederland*. Assen: Van Gorcum
- Geeraerts, D. en Vos, E. Dale (1999). *Van Dale; Groot woordenboek der Nederlandse taal*. Utrecht/Antwerpen: Van Dale Lexicografie BV
- GGZ Nederland (2009). *Naar herstel en burgerschap Visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Amersfoort: GGZ Nederland. Verkregen op 19 februari 2016 van [http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/asset\\_305955.pdf](http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/asset_305955.pdf)
- De Graaff, P., en Nuiver, H. (2015). *Anders denken, anders doen; Gamechangers in de publieke zaak*. Assen: Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum
- Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E., McKendry, R. (2003). *Continuity of care: a multidisciplinary review*. Verkregen op 16 februari 2016 van <http://www.sfap.org/system/files/continuity-of-care-a-multidisciplinary-review.pdf>
- Handy, F., Mook, L., & Quarter, J. (2008). *The Interchangeability of Paid Staff and Volunteers in Nonprofit Organizations*. Philadelphia (Pennsylvania, USA): University of Pennsylvania, Scholarly Commons. Verkregen op 20 februari 2016 van [http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1102&context=spp\\_papers](http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1102&context=spp_papers)
- Harmsen, T. (2015). *Right to Challenge en Wmo: kansen voor bewonersaansturing*. Santpoort-Noord: Harmsen Procesmanagement. Verkregen op 28 april 2016 van [https://vng.nl/files/vng/20150825-right\\_to\\_challenge.pdf](https://vng.nl/files/vng/20150825-right_to_challenge.pdf)
- Hendriks, C. (2014). *Van opgelegde naar oprechte participatie, de mens en zijn verbindingen in samenleving, economie en staat*. Den Haag: Boom Lemma
- Houweling-Meijers, O. en Visser, K. (2011). *Sociale agogiek; ontwikkeling van beleid in sociale systemen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum b.v.

- Houwelingen, P. van, Boele, A., Dekker, P. (2014). *Burgermacht op eigen kracht*. Den Haag: SCP
- Huis voor de Zorg, FGL, Platform GGz&OGGz Zorgvragers Limburg, PAZ, PML en SOL (2015). *Handig om te weten en om niet te vergeten bij het keukentafelgesprek*. Maas-tricht: Radar. Verkregen op 6 februari 2016 van [www.radar.org/IManager/MediaLink/697/45660/1709/0/](http://www.radar.org/IManager/MediaLink/697/45660/1709/0/)
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2007). *Verantwoorde zorg voor gehandicapten onder druk. Toets op risico's in de 24-uurszorg voor mensen met een verstandelijke beperking 2006-2007*. Den Haag: IGZ. Verkregen op 16 februari 2016 van [http://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=10&ved=0ahUKEwiorti91\\_fKAhWrE5oKHcCMCE4QFghSMAk&url=http%3A%2F%2Fwww.igz.nl%2Fzoek%2Fdownload.aspx%3Fdownload%3DVerantwoorde\\_zorg\\_voor\\_gehandicapten\\_onder\\_druk.pdf&usq=AFQjCNF\\_Pnb1MFokJ0wG14jzeNYbZ5kd-Q](http://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=10&ved=0ahUKEwiorti91_fKAhWrE5oKHcCMCE4QFghSMAk&url=http%3A%2F%2Fwww.igz.nl%2Fzoek%2Fdownload.aspx%3Fdownload%3DVerantwoorde_zorg_voor_gehandicapten_onder_druk.pdf&usq=AFQjCNF_Pnb1MFokJ0wG14jzeNYbZ5kd-Q)
- Jong, Y. de (2014). *Mantelzorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Utrecht: Expertisecentrum Mantelzorg. Verkregen op 26 maart 2015 van <http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/em/Zorgvraag-bij-verstandelijke-beperking.html>
- Jongers, T. 'S (2015). *Boeien, binden en behouden van vrijwilligers*. Den Haag: Hier opgewekt. Verkregen op 4 januari 2016 van <http://www.hieropgewekt.nl/kennis/ledenwerving-en-ledenaanbod-organisatie-ontwikkeling/boeien-binden-en-behouden-van>
- Kanne, P., Beerepoot, R. en Klein Kranenburg, L. (2015). *Sociaal domein en mantelzorg. Hoe denken burgers en ambtenaren over mantelzorg en de ondersteuning vanuit gemeenten?* Enschede: I&O Research, in opdracht van Binnenlands Bestuur. Verkregen op 26 maart 2015 van <http://www.binnenlandsbestuur.nl/Uploads/2015/11/Rapport-IenO-Research-Binnenlands-Bestuur-Mantelzorg-en-decentralisaties.pdf>
- Kedzierski, H. en Vlemmix, M. (1995). *Kwaliteit en beheer; instrumenten voor de manager in de zorg*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum
- Klik (2014). *Philadelphia biedt geen Wmo-zorg in kleine plaatsen*. Klik, jaargang 2014 (aflevering september). Verkregen op 16 januari 2016 van <http://www.klik.org/Nieuws/philadelphia-biedt-geen-wmo-zorg-in-kleine-plaatsen-140929081000>

- Kok, J.F.W. (1999). *Opvoeden als beroep*. Baarn: Uitgeverij H. Nelissen B.V.
- Koppenjan, J. en Klijn, E.H. (2004). *Managing Uncertainties in Networks*. Oxon: Routledge
- Koster, Y. de (2012). *Domotica is booming*. Binnenlands Bestuur, jaargang 2012 (aflevering december). Verkregen op 26 maart 2015 van <http://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/nieuws/domotica-is-booming.8553304.lynkx>
- Koster, Y. de (2015a). *Gemeenten bezuinigen teveel*. Binnenlands Bestuur, jaargang 2015 (aflevering maart). Verkregen op 27 december 2015 van <http://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/nieuws/gemeenten-bezuinigen-te-veel-op-wmo.9467808.lynkx>
- Koster, Y. de (2015b). *Tarieven Wmo over de kop*. Binnenlands Bestuur, jaargang 2015 (aflevering maart). Verkregen op 5 februari 2016 van <http://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/nieuws/tarieven-wmo-over-de-kop.9468680.lynkx>
- Koster, Y. de (2015c). *Zorg voor burgers is er niet beter op geworden*. Binnenlands Bestuur, jaargang 2015 (aflevering november). Verkregen op 13 januari 2016 van <http://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/nieuws/zorg-voor-burgers-is-er-niet-beter-op-geworden.9499390.lynkx>
- Kruijer, H., Kruijer, A.J. en Blokker, E. (2015). *Hoe waardeer je een maatschappelijk initiatief?* Handboek voor publieke ondernemers. Deventer: Wolters Kluwer
- Kuipers, H.J. (1999). *Pedagogiek voor professionele opvoeders*. Bussum: Uitgeverij Coutinho b.v.
- Lange-Frunt, A. van en Wajon, T. (2007). *Het gewone voorbij... Bevindingen van persoonlijk begeleiders in de zorg met vermaatschappelijking*. Breda: Lectoraat Vermaatschappelijking in de Zorg, Avans Hogeschool. Verkregen op 26 maart 2015 van <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:eAoM1A3pjwQJ:www.vgn.nl/media/download/index/mediaid/4ca5c2d5b2fcd+&cd=5&hl=nl&ct=clnk&gl=nl>

- Maslow, A.H. (2011). *Toward a psychology of being*. Blacksburg: Wilder Publications Inc.
- McKeown, K. (2013). *Using evidence to develop services for children and families: Some considerations and challenges for the Child & Family Agency*. Dublin: Government Publications. Verkregen op 5 februari 2016 van <http://kieranmckeown.ie/wp-content/uploads/2013/06/65.-Administration-Article-on-Child-Family-Agency.pdf>
- Meulenkamp, T. et al. (2015). *Deelname aan de samenleving van mensen met een beperking, ouderen en de algemene bevolking; Rapportage participatiemonitor 2015*. Den Haag: Nivel. Verkregen op 26 maart 2015 van <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/rapportage-participatiemonitor-2015.pdf>
- Ministerie van Veiligheid en Justitie (2015). *Decentralisatie; integraal afwegingskader beleid en regelgeving*. Verkregen op 3 januari 2016 van <https://www.kcwj.nl/kennisbank/integraal-afwegingskader-beleid-en-regelgeving/6-wat-het-beste-instrument/61-3>
- Ministerie van VWS (2013). *Invoering Wmo*. Verkregen op 26 maart 2015 van <http://www.invoeringwmo.nl/content/wmo-algemeen>
- Ministerie van VWS (2014). *Zorg voor Innoveren*. Verkregen op 4 januari 2016 van <http://www.zorgvoorinnoveren.nl/>
- Ministerie van VWS (2015). *Toelating zorginstellingen*. Den Haag: CIBG. Verkregen op 3 januari 2016 van <https://www.wtzi.nl/overtzi/default.aspx>
- Mintzberg, H. (2008). *Organisatiestructuren*. Amsterdam: Pearson Education Benelux bv
- Movisie (2014a). *Echte transformatie laat nog op zich wachten; Een interview met Jantine Kriens, voorzitter van de directieraad VNG*. Utrecht: Movisie. Verkregen op 16 februari 2016 van <https://www.movisie.nl/artikel/echte-transformatie-laat-nog-zich-wachten>
- Movisie (2014b). *Succesvolle burgerinitiatieven in wonen, welzijn en zorg*. Utrecht: Movisie. Verkregen op 26 maart 2015 van

[https://www.movisie.nl/artikel/succesvolle-burgerinitiatieven-wonen-welzijn-zorg?gclid=CNexm\\_Gc7ckCFU-6GwodAyICDg](https://www.movisie.nl/artikel/succesvolle-burgerinitiatieven-wonen-welzijn-zorg?gclid=CNexm_Gc7ckCFU-6GwodAyICDg)

- Movisie (2015a). *Begrippenlijst*. Utrecht: Movisie. Verkregen op 20 december 2015 van <https://www.movisie.nl/begrippenlijst/kwetsbare-burgers>
- Movisie (2015b). *Wijzigingen AWBZ en Wmo: een overzicht*. Utrecht: Movisie. Verkregen op 31 januari 2016 van <https://www.movisie.nl/artikel/wijzigingen-awbz-wmo-overzicht?gclid=CNLv-tWx08oCFRBmGwodR0oPNA>
- Muskee, M. (2013). *Op zoek naar innovatieve inkoop jeugdzorg*. VNG-magazine 17, jaargang 2013 (uitgave september). Verkregen op 30 januari 2016 van <http://www.vngmagazine.nl/archief/14894/op-zoek-naar-innovatieve-inkoop-jeugdzorg>
- Nationaal Kompas Volksgezondheid (2012). *Wat zijn de zorgkosten?* Den Haag: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Verkregen op 20 april 2015 van <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/huidige-kosten>
- Nationale Zorggids (2015). *Gemeenten bezuinigen gemiddeld dubbel zoveel op Wmo dan nodig*. Verkregen op 5 februari 2016 van <http://www.nationalezorggids.nl/ouderenzorg/nieuws/24775-gemeenten-bezuinigen-gemiddeld-dubbel-zoveel-op-wmo-dan-nodig.html>
- Newman, J. en Clarke, J. (2009), *Publics, Politics & Power. Remaking the public in Public Services*. London: SAGE, Publications Inc.
- NZa (2014). *Innovatie*. Utrecht: NZa. Verkregen op 4 januari 2016 van <https://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/innovatie/>
- NZa (2015). *Zorg voor Innoveren*. Utrecht: NZa. Verkregen op 26 maart 2016 van <http://www.zorgvoorinnoveren.nl/innovaties/>
- Plasterk, R.H.A. en Rijn van, M.J. (2013). *Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer "Reactie op de motie van het lid Slob c.s. inzake de participatiesamenleving*. Den Haag: Ministeries van BiZa en VWS. Verkregen op 26 maart 2015 van [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:DKYbSf\\_hl8J:https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/kamerstukken/2014/12/12/ka-merbrief-over-kabinetsreactie-op-motie-slob-inzake-de-](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:DKYbSf_hl8J:https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/kamerstukken/2014/12/12/ka-merbrief-over-kabinetsreactie-op-motie-slob-inzake-de-)

[participatiesamenleving/kamerbrief-over-kabinetsreactie-op-motie-slob-inzake-de-participatiesamenleving.pdf+&cd=1&hl=nl&ct=clnk&gl=nl](http://participatiesamenleving/kamerbrief-over-kabinetsreactie-op-motie-slob-inzake-de-participatiesamenleving.pdf+&cd=1&hl=nl&ct=clnk&gl=nl)

- Politiek, C. en Hoogendijk, R. (2012). *Co-creatie zorginnovatieboek*. Verkregen op 26 maart 2015 van <http://zorginnovatieboek.nl/>
- Putters, K. (2014). *Rijk Geschakeerd, Op weg naar de participatiesamenleving*. Den Haag: SCP-publicatie
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2001). *Kwetsbaar in kwadraat, krachtige steun aan kwetsbare mensen*. Den Haag: RMO
- Radboud Universiteit (2015). *Begrippenlijst Mercator Incubator RU*. Nijmegen: Radboud Universiteit. Verkregen op 9 februari 2016 van [http://www.ru.nl/mercator/trainingen\\_workshops/begrippen/vm/begrippenlijst](http://www.ru.nl/mercator/trainingen_workshops/begrippen/vm/begrippenlijst)
- Riessen, M. R. (2011). *Oriëntatie op Geschiedenis*. Assen: Van Gorcum
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2014). *Wat is een verstandelijke beperking en wat zijn de gevolgen ervan?* Den Haag: Ministerie van VWS. Verkregen op 14 februari 2016 van <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/verstandelijke-beperking/beschrijving/>
- Rijksoverheid (z.d.). *Welke hulp kan ik thuis krijgen van de gemeente vanuit de Wmo 2015?* Den Haag: Rijksoverheid. Verkregen op 3 januari 2016 van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/ondersteuning-gemeente-wmo-2015>
- Rijksoverheid (z.d.). *Welke zorg kan ik krijgen via de wet langdurige zorg?* Den Haag: Rijksoverheid. Verkregen op 3 januari 2016 van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-in-zorginstelling/vraag-en-antwoord/zorg-via-wet-langdurige-zorg>
- Rijksoverheid (2012). *Naar beter betaalbare zorg. Rapport taskforce beheersing zorguitgaven*. Den Haag: Rijksoverheid. Verkregen op 31 januari 2016 van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2012/06/15/naar-beter-betaalbare-zorg>
- Rijksoverheid (2013). *Financieel en sociaaleconomisch beleid; vergaderstuk 33566 Tweede Kamer*. Verkregen op 26 maart 2015 via

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2013/04/11/bijlage-overzicht-van-maatregelen>

- Rijksoverheid (2013a). *Memorie van Toelichting Jeugdwet*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Ministerie van Veiligheid en Justitie. Verkregen op 18 februari 2016 van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2013/07/01/memorie-van-toelichting-bij-de-jeugdwet>
- Rijksoverheid (2013b). *Nieuwsbericht 17 december 2013; Van Rijn: akkoord met VNG over decentralisatie langdurige zorg en ondersteuning*. Den Haag: Rijksoverheid. Verkregen op 31 januari 2016 van <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2013/12/17/van-rijn-akkoord-met-vng-over-decentralisatie-langdurige-zorg-en-ondersteuning>
- Rijksoverheid (2013c). *Troonrede*. Den Haag: Rijksoverheid. Verkregen 22 september 2014 van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/toespraken/2013/09/17/troonrede-2013>
- Rijksoverheid (2014). *Kamerbrief over nieuwe verantwoordelijkheid gemeenten*. Den Haag: Rijksoverheid. Verkregen op 31 januari 2016 van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2014/03/07/kamerbrief-over-nieuwe-verantwoordelijkheid-gemeenten-voor-jeugdhulp-en-jeugdbescherming>
- Rijksoverheid (2014a) *Memorie van Toelichting op de Wet langdurige zorg*. Den Haag: Rijksoverheid. Verkregen op 5 februari 2016 van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-in-zorginstelling/documenten/kamerstukken/2014/03/10/memorie-van-toelichting-wet-langdurige-zorg>
- Rijksoverheid (2014b). *Memorie van Toelichting van Wet maatschappelijke ondersteuning 2015*. Den Haag: Rijksoverheid. Verkregen op 30 januari 2016 van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2014/01/14/memorie-van-toelichting-van-wet-maatschappelijke-ondersteuning-2015>
- Rijksoverheid (2015a). *Decentralisatie van overheidstaken naar gemeenten*. Verkregen op 3 januari 2016 van



<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gemeenten/inhoud/decentralisatie-van-overheidstaken-naar-gemeenten>

- Rijksoverheid (2015b). *Doelen passend onderwijs*. Den Haag: Rijksoverheid. Verkregen op 3 januari 2016 van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/passend-onderwijs/inhoud/doelen-passend-onderwijs>
- Rijksoverheid (2015c). *Jeugdhulp bij gemeenten*. Den Haag: Rijksoverheid. Verkregen op 3 januari 2016 van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdhulp/inhoud/jeugdhulp-bij-gemeenten>
- Rijn, M.J. van (2014). *Brief aan de Tweede Kamer inzake Uitkomst begrotingsoverleg hervorming langdurige zorg*. Den Haag: Ministerie van VWS. Verkregen op 16 januari 2016 van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2014/04/17/kamerbrief-over-uitkomst-begrotingsoverleg-hervorming-langdurige-zorg>
- Rijn, M.J. van (2016). *Brief aan de Tweede Kamer inzake 'Waardig Leven met Zorg'*. Den Haag: Ministerie van VWS. Verkregen op 26 maart 2016 van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/02/26/kamerbrief-over-waardig-leven-met-zorg>
- Rooseboom de Vries, A. (2014). *Burgers, paupers en kettters*. Gorinchem: in eigen beheer
- Rotmans, J. (2015). *Verandering van tijdperk*. Boxtel: Aeneas Media
- Rutte, M. en Samsom, D. (2012). *Regeerakkoord "Bruggen slaan"*. Den Haag: Rijksoverheid. Verkregen op 26 maart 2015 van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2012/10/29/regeerakkoord>
- Schouls, H. (2015). *Thesaurus*. Politieacademie. Verkregen op 9 februari 2016 van <https://thesaurus.politieacademie.nl/Thesaurus/Term/6498>
- Schuyt, C. (2008). *Op zoek naar het hart van de verzorgingsstaat*. Leiden/Antwerpen: Stenfert Kroese. Verkregen op 25 oktober 2014 van [http://www.dbnl.org/tekst/schu069opzo01\\_01/schu069opzo01\\_01.pdf](http://www.dbnl.org/tekst/schu069opzo01_01/schu069opzo01_01.pdf)

- Sociaal-Economische Raad (1999). *Advies onverzekerbare risico's*. Den Haag: SER. Verkregen op 31 januari 2016 van [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:LovJdCf01sEJ:https://www.ser.nl/~media/db\\_adviezen/1990\\_1999/1999/b17305%2520pdf.ashx+&cd=3&hl=nl&ct=clnk&gl=nl](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:LovJdCf01sEJ:https://www.ser.nl/~media/db_adviezen/1990_1999/1999/b17305%2520pdf.ashx+&cd=3&hl=nl&ct=clnk&gl=nl)
- Sociaal-Economische Raad (2000). *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen*. Den Haag: SER. Verkregen op 31 januari 2016 van <https://www.ser.nl/nl/publicaties/adviezen/2000-2009/2000/b19020.aspx>
- Sociaal-Economische Raad (2002). *Incentives to innovate testing antecedents of innovation in small and medium-sized service firms*. Jeroen P.J. de Jong, Ron Kemp, Joris Meijaard. Zoetermeer: SER
- Sociaal-Economische Raad (2002). *Stimulering van innovatief gedrag in alle geledingen*. Zoetermeer: SER. Verkregen op 9 februari 2016 van [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:IAUWhZStURgJ:https://www.ser.nl/~media/db\\_deeladviezen/2000\\_2009/2003/b22254\\_2%2520pdf.ashx+&cd=1&hl=nl&ct=clnk&gl=nl](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:IAUWhZStURgJ:https://www.ser.nl/~media/db_deeladviezen/2000_2009/2003/b22254_2%2520pdf.ashx+&cd=1&hl=nl&ct=clnk&gl=nl)
- Sociaal-Economische Raad (2003). *Interactie voor innovatie*. Zoetermeer: SER. Verkregen op 9 februari 2016 van [https://www.ser.nl/~media/db\\_deeladviezen/2000\\_2009/2003/b22254\\_b4%2520pdf.ashx+&cd=1&hl=nl&ct=clnk&gl=nl](https://www.ser.nl/~media/db_deeladviezen/2000_2009/2003/b22254_b4%2520pdf.ashx+&cd=1&hl=nl&ct=clnk&gl=nl)
- Social Return On Investment (2015). *Maatschappelijk rendement van investeringen meetbaar en zichtbaar maken*. Verkregen op 26 maart 2015 van [www.SROI.nl](http://www.SROI.nl)
- Stavenuiter, M., Nederland, T. & Toorn, J. van den (2010). *Tussen kwetsbaar en vitaal. Nieuwe burgerinitiatieven en zelfredzaamheid in een ouder wordende samenleving*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut. Verkregen op 18 februari 2016 van [http://www.verwey-ionker.nl/doc/participatie/3613\\_Tussen-kwetsbaar-en-vitaal.pdf](http://www.verwey-ionker.nl/doc/participatie/3613_Tussen-kwetsbaar-en-vitaal.pdf)
- Sterk, E, Specht, M. en Walraven, G. (2013). *Sociaal ondernemerschap in de participatiesamenleving, van de brave naar de eigenwijze burger*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant. Verkregen op 26 maart 2015 van <https://books.google.nl/books?hl=nl&lr=&id=6YQjAQAQAQBAJ&oi=fnd&pg=PA26&dq=alternatieve+vormen+van+dienstverlening+definitie&ots=la5cD1sAc&sig=fO2CdYgk8CQZzBAF4siBhYol29o#v=onepage&q=alternatieve%20vormen%20van%20zorg&f=false>

- Stone, D. A. (2012), *Policy Paradox. The Art of Political Decisionmaking*. London: W.W. Norton & Company Ltd.
- Sweers, A (2014). *De participatiesamenleving gaat ons teleurstellen*. Zorg+Welzijn magazine, jaargang 2014 (aflevering november). Verkregen op 26 maart 2016 van <http://www.zorgwelzijn.nl/Home/Nieuws/2014/11/De-participatiesamenleving-gaat-ons-ongetwijfeld-teleurstellen-1632588W/>
- Transitiebureau, begeleiding in de Wmo (2012). *Decentralisatie betekent transitie & transformatie Nieuwe verantwoordelijkheden, rollen en opgaven in maatschappelijke ondersteuning*. Den Haag: Ministerie VWS en VNG. Verkregen op 26 maart 2015 van [http://www invoeringwmo.nl/sites/default/files/120038-01%20Boekje%20decentralisatie\\_DEF\\_LR2.pdf](http://www invoeringwmo.nl/sites/default/files/120038-01%20Boekje%20decentralisatie_DEF_LR2.pdf)
- Transitiebureau Wmo (2014). *Handreiking invulling en uitvoering van het Overgangsrecht AWBZ – Wmo 2015*. Den Haag: VWS/VNG, Transitiebureau Wmo, 2014). Verkregen op 10 augustus 2015 van <http://www invoeringwmo.nl/sites/default/files/Handreiking%20Identiteitsgebonden%20Overgangsrecht.pdf>
- Vader, J. (2014). *Maak als bedrijfsvoeringprofessional het verschil in de transitie sociaal domein!* Hiemstra & De Vries. Verkregen op 20 februari 2016 van <http://www.hiemstraendevries.nl/nieuws/22-maak-als-bedrijfsvoeringprofessional-het-verschil-in-de-transitie-sociaal-domein>
- Vandereycken, W. & Hoogduin, C.A.L. (2012). *Handboek psychopathologie deel I*. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Uitgeverij.
- Thiel, S. van (2007), *Bestuurskundig onderzoek, een methodologische inleiding*. Bussum, Coutinho
- Veldheer, V., Jonker, J.J., Noije, L. van, Vrooman, C. (2012). *Een beroep op de burger, minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid?* Den Haag: SCP. Verkregen op 26 maart 2015 van [http://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUKEwinolCwINL-KAh-WCdw8KHVLKDtKQFggpMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.scp.nl%2Fdsresource%3Fobjectid%3D35616%26type%3Dorg&usg=AFQjCNG36f8G\\_X6e0nNaUZRdhXzU4zQ18A](http://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUKEwinolCwINL-KAh-WCdw8KHVLKDtKQFggpMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.scp.nl%2Fdsresource%3Fobjectid%3D35616%26type%3Dorg&usg=AFQjCNG36f8G_X6e0nNaUZRdhXzU4zQ18A)

- Verhagen, S. (2008). *Participatie en maatschappelijke ontwikkeling*, lectoraat. Utrecht: HU. Verkregen op 26 maart 2015 van <http://www.stijnverhagen.nl/cmsdata/pdfs%20-%20publicaties/openbare%20les.pdf>
- Veth, D.G., Hoeven, P. van der, Trooster, T. en Wijland, Y. (2012). *De rem op de projectencarroussel. Geleerde lessen in 2010 en 2011. Eindpublicatie van het experiment 'aanpak van de projectencarroussel'*. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Verkregen op 6 februari 2016 van [www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2012/05/30/rapport-de-rem-op-de-projectencarroussel-geleerde-lessen-in-2010-en-2011/rapport-de-rem-op-de-projectencarroussel-geleerde-lessen-in-2010-en-2011.pdf+&cd=2&hl=nl&ct=clnk&gl=nl](http://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2012/05/30/rapport-de-rem-op-de-projectencarroussel-geleerde-lessen-in-2010-en-2011/rapport-de-rem-op-de-projectencarroussel-geleerde-lessen-in-2010-en-2011.pdf+&cd=2&hl=nl&ct=clnk&gl=nl)
- VGN (2015). *Brief aan Tweede Kamer der Staten-Generaal en aan de leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Verkregen op 3 januari 2016 van <http://www.vgn.nl/artikel/23398>
- Vilans (2015). *Wlz monitor – signalen van zorgaanbieders - Rapportage mei 2015*. Utrecht: Vilans. Verkregen op 5 februari 2016 van <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:6DnYn8PdePkj:www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/vilans-rapportage-wlz-monitor-signalen-van-zorgaanbieders-2015.pdf+&cd=8&hl=nl&ct=clnk&gl=nl>
- Vleugels, A. (2016). *Gemeenten houden miljoenen zorggeld over*. NOS.nl. Verkregen op 7 mei 2016 van <http://nos.nl/artikel/2103303-gemeenten-houden-miljoenen-zorggeld-over.html>
- VNG (2012). *Kantelen: toekomstbestendig, systematisch en concreet. Handreiking voor het modelmatig vertalen van beleid naar uitvoering*. Den Haag: VNG
- VNG (2015). *Zorgen over het keukentafelgesprek; De bedoeling en werkwijze van het 'keukentafelgesprek' in de Wmo*. Den Haag: AVI/VNG. Verkregen op 20 februari 2016 van <https://vng.nl/files/vng/publicaties/2015/20150419-zorgen-keukentafelgesprek-gesprek-wmo-avi-vng.pdf>
- Volberda, H.W., Bosch, F.A.J. van den, Jansen, J.J.P. (2007). *Slim managen & innovatief organiseren*. Rotterdam: ESRC van de Erasmus Universiteit. Verkregen op 5 februari 2016 van

[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:3hKP8GbqoW0J:repub.eur.nl/pub/10929/slim\\_managen\\_innovatief\\_organiseren.pdf+&cd=1&hl=nl&ct=clnk&gl=nl](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:3hKP8GbqoW0J:repub.eur.nl/pub/10929/slim_managen_innovatief_organiseren.pdf+&cd=1&hl=nl&ct=clnk&gl=nl)

- Vreugenhil, M. (2012). *Van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving?* Amsterdam: UvA. Verkregen op 5 februari 2016 van <http://dare.uva.nl/document/2/146183>
- Werkgeversservicepunt (2015). *2015: Participatiewet*. Verkregen op 3 januari 2016 van [http://wsprijnmond.nl/voor-werkgevers/2015-participatiewet/?gclid=CKa\\_4tjNisoCFYyRGwodimcAbQ](http://wsprijnmond.nl/voor-werkgevers/2015-participatiewet/?gclid=CKa_4tjNisoCFYyRGwodimcAbQ)
- Wettekst (2002). *Besluit zorgaanspraken AWBZ*. Den Haag: Overheid.nl. Verkregen op 14 februari 2016 van [http://wetten.overheid.nl/BWBR0014149/geldigheidsdatum\\_07-09-2014](http://wetten.overheid.nl/BWBR0014149/geldigheidsdatum_07-09-2014)
- Wolf, J. (2015). *Niemand tussen wal en schip; Referentiekader maatschappelijke zorg voor mensen in multiprobleemsituaties*. Nijmegen: IMPULS, Academische werkplaats OGGZ (Radboud UMC). Verkregen op 14 februari 2016 van <https://www.movisie.nl/publicaties/niemand-tussen-wal-schip>
- Woittiez, I., Putman, L., Eggink, E. en Ras, M. (2014). *Zorg beter begrepen*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau. Verkregen op 26 maart 2016 van [https://www.scp.nl/Publicaties/Alle\\_publicaties/Publicaties\\_2014/Zorg\\_beter\\_begrepen](https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2014/Zorg_beter_begrepen)
- WRR (2006). *De Verzorgingsstaat herwogen*. Verkregen op 26 januari 2016 van [http://www.wrr.nl/fileadmin/nl/publicaties/PDF-Rapporten/De\\_verzorgingsstaat\\_herwogen.pdf](http://www.wrr.nl/fileadmin/nl/publicaties/PDF-Rapporten/De_verzorgingsstaat_herwogen.pdf)
- Zichtbare Zorg (2010). *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg*. Den Haag: Zichtbare zorg VVT. Verkregen op 16 februari 2016 van <http://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0ahUKEwiZkML47vfKAhWHd5oKHaweAPcQFgg1MAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.actiz.nl%2Fcms%2Fstreambin.aspx%3Frequestid%3D7B44D33D-F976-4498-B347-1BEAA0B72920&usg=AFQjCNGCQGzylbMgH2AjrD407aYmsli-OA&bvm=bv.114195076,d.bGs>

- Zorgdimensie Regie en (Zorg)coördinatie (2016). *Notitie Zorgdimensie Regie en (Zorg)coördinatie, opgesteld door het Zorgprogramma Dementie*. Eindhoven: Zorgdimensie Regie en (Zorg)coördinatie. Verkregen op 20 februari 2016 van <http://beleid.toolkitdementie.nl/Flex/Site/Page.aspx?PageID=23538&Lang=NL#sthas h.N5tZPlgD.dpuf>
- Zorginstituut Nederland (2010). *Glossarium*. <http://glossarium.zorginstituutnederland.nl/Innovatie.html>

## Bijlage 1 Gedecentraliseerde wetten

---

### Wet maatschappelijke ondersteuning

- Deze wet is in 2007 tot stand gekomen en regelde aanvankelijk de huishoudelijke zorg. Deze wet is per 1 januari 2015 uitgebreid met algemene voorzieningen (maaltijdverzorging, maatschappelijke opvang, boodschappendienst) of maatwerkvoorzieningen (vervoersvoorziening, bepaalde hulpmiddelen, respijtzorg, individuele begeleiding, aanpassingen in huis, etc.) Afhankelijk van

de zelfredzaamheid, de hulpvraag, de mogelijkheden vanuit het netwerk van de zorgvrager, wordt gezocht naar een oplossing (Rijksoverheid, 2014a).

#### Participatiewet

- Deze wet is nieuw en per 1 januari 2015 van kracht. De wet vervangt de Wet werk en bijstand [Wwb], de Wet sociale werkvoorziening [Wsw] en een gedeelte van de WAJONG. De wet regelt onder andere dat burgers zoveel mogelijk reguliere arbeidsplaatsen krijgen. Private werkgevers hebben zich garant gesteld voor 100.000 banen voor “arbeidsgehandicapten” en de overheid voor 25.000 banen. In maart 2015 heeft de Eerste Kamer ingestemd met de Quotumwet. Deze wet, die eigenlijk Wet banenafpraak en quotum arbeidsbeperkten [BQA] heet, treedt in werking wanneer de eerder genoemde 125.000 banen niet gerealiseerd zijn. Werkgevers kunnen dan verplicht worden gesteld arbeidsgehandicapten in dienst te nemen (Rijksoverheid, 2014b).

#### Jeugdwet

- Deze wet is nieuw en is per 1 januari 2015 ingegaan. Gemeenten zijn vanaf deze datum verantwoordelijk voor alle vormen van jeugdhulp. Gemeenten hebben hiermee de plicht gekregen om jongeren met een beperking, stoornis, aandoening of opgroei problemen te helpen. Gemeenten moeten hiertoe een beleidsplan opstellen voor preventie, ondersteuning, hulp en zorg. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor goede jeugdhulpverleners, voor jeugdbeschermingsmaatregelen, voor jeugdreclassering, voor de aanpak van kindermishandeling, etc. (Rijksoverheid, 2015c).

#### Wet Passend Onderwijs

- Deze wet is nieuw en ging ook per 1 januari 2015 in. Kinderen moeten naar een school kunnen die past bij hun mogelijkheden (passend onderwijs). Scholen zijn hiermee verplicht extra begeleiding te geven aan kinderen die dit nodig hebben, bijvoorbeeld bij gedrags- of leerproblematiek. Hierdoor kunnen kinderen zoveel mogelijk naar een ‘gewone’ school en pas naar een speciale school als intensievere begeleiding nodig is. Scholen hebben een zorgplicht: passend onderwijs moet geboden worden (Rijksoverheid, 2015b).

## **Bijlage 2 Overzicht projectenselectie**

---

Het aantal innovatieve projecten, met name in wonen, welzijn en zorg is in de afgelopen jaren flink gestegen. In 2013 ging het om  $\pm$  30 initiatieven, in 2014 was dit gestegen tot ruim 100 (Movisie, 2014b). Via deskresearch is, via internet - Google, gezocht naar innovatieve vormen van dienstverlening. Voor verdere selectiecriteria zie paragraaf 5.1.



Naam organisatie / project:	Innovatief, maatschappelijk betrokken, ondernemend, vernieuwend, verandering	Kwetsbare Burgers VG	Benaderd voor interview	Reactie	1 <sup>ste</sup> selectie (zoektermen internet)	2 <sup>e</sup> selectie (inclusiecriteria interviews)	Aanwezige documenten	Onderbouwing 3 <sup>e</sup> selectie
1. Kansen met Netwerkgroep	x							
2. Zo goed als thuis	x							
3. Naoberschap	x	x						
4. Stichting Doordewijks	x							
5. Laten we Wel Zijn	x							
6. Stichting Plus Wonen	x							
7. Zorggroep de Vechtstreek	x							
8. De Ankerplaats	x							
9. 24-uurs Buurtlijn (Combiwel)	x	x	x	Ja, zie 10.	-			
10. Huiskamers van de Buurt (Combiwel)	x	x	x	Positief	Ja	+	Werkplan	+
11. Het Odensehuis	x							
12. Mensenbieb	x	x	x	Andere doelgroep	Nee			
13. Welkomboerderijen	x	x	reserve					
14. Radiuszorg Leiden	x	x	x	Geen	-			
15. Woej	x							
16. Zorghuis Kedichem	x	x	x	Positief	Ja	+	Statuten Businessplan	+
17. Archipel	x	x						
18. WeP	x	x						
19. NaHNU	x	x						
20. Senioren Leiden	x							
21. Cleanteam Connexion	x	x	x	Positief, maar buiten termijn	-			
22. Austerlitz Zorgt	x	x	x	Positief	Ja	+	Bedrijfsplan	+
23. Huiskamer van de wijk	x	x						
24. Inn4Care	x	x	x	Positief	Ja	+	Statuten Businessplan	+
25. Boomerweb Ede	x	x						
26. Famke Meerhoef	x							
27. Dagbesteding Nieuwe Stijl	x							
28. Frittella	x	x	x	Positief	Ja	+	Werkplan	+
29. Care 4 balance	x							
30. Tienplus	x							
31. Leven = meervoud van Lef	x		x	Spoor liep dood	-			
32. Fort Smakelijk	x	x	x	Positief	Ja	+	Beleidsplan	+
33. Sociaal Café	x							
34. Connected Care	x							
35. Zorg op afstand	x	x						
36. Zo goed als thuis	x							
37. Stichting Plus Wonen	x							
38. Stichting Partnerzorg	x							
39. Ouder worden 2.0	x							
40. Vereniging Samen Leven	x	x	x	Positief	Ja	+	Statuten	+
41. HIP	x							

Naam organisatie / project:	Innovatief, maatschappelijk betrokken, ondernemend, vernieuwend, verandering	Kwetsbare Burgers VG	Benaderd voor interview	Reactie	1 <sup>ste</sup> selectie (zoektermen internet)	2 <sup>e</sup> selectie (inclusiecriteria interviews)	Aanwezige documenten	Onderbouwing 3 <sup>e</sup> selectie
42. Uurtje Buurtje	x	x						
43. Next Door	x							
44. Bucket Line	x	x						
45. De Tulp	x							
46. Frontlijnteam Heechterp-Schieringen	x							
47. Buurtgastheren	x							
48. 't Zorghuus Ysselsteyn	x	x	x	Positief	Ja	+	Bedrijfsplan	+
49. Comficare	x							
50. WeHelpen	x	x	x	Positief	Ja	+	Statuten	+
51. Dorpsdagvoorziening	x							
52. Oranjehoek	x							
53. Cliënt in Regie	x							
54. Wijkgericht Werken	x							
55. Dagprogramma Senioren	x							
56. Domus Magnus	x							
57. Steunstee	x	x						
58. Kapstok	x	x	x	Positief	Ja		Beleidsdocument	+
59. Brownies and Downies Veghel Locatie Culemborg Locatie IJsselstein Locatie Oosterhout	x	x	x x x x	Ja > geen tijd Geen Geen Geen	Nee - - -			
60. Zorg4zorg	x							
61. Wonen met Zorg	x							
62. Anne in de Zorg	x	x						
63. Autismezorg 2.0	x	x						
64. Coach2care	x	x						
65. Meedoen in huiselijkheid	x							
66. Ouder worden 2.0	x							
67. Stichting Partnerzorg	x							
68. Het Zorgschap	x							
69. Stichting Meerwaarde	x							

## Bijlage 3 Geselecteerde projecten

Projecten voor dit onderzoek werden geselecteerd op basis van theoretische kenmerken. De dienstverlening moest zorg en dienstverlening bieden aan kwetsbare burgers met een handicap. At random werden 20 projecten gekozen. Beschikbaarheid en medewerking vanuit deze innovatieve projecten was bepalend voor de uiteindelijke keuze. Projecten die geselecteerd zijn voor dit onderzoek:

1. Zorghuis Kedichem, Kedichem  
<http://www.smeenkzorginnovatie.nl/projecten/lopende-projecten/>
2. Samen Leven, Regio Alblasserwaard, Vijfherenlanden, Drechtsteden en Rivierengebied  
<http://www.samenleven.nl/>
3. Inn4Care, landelijk  
<http://www.inn4care.nl/>
4. 't Zorghuus, Ysselsteyn  
<http://www.zorghuus.nl/>
5. Huiskamer van de Buurt, Amsterdam  
<http://www.combiwel.nl/>
6. WeHelpen, landelijk  
<https://www.wehelpen.nl/>
7. Frittella, Papendrecht en Gorinchem  
<http://www.pannenkoekenhuisfrittella.nl/papendrecht/>
8. Fort Smakelijk, Bergen op Zoom  
<http://www.fortsmakelijk.nl/>
9. Austerlitz Zorgt, Austerlitz  
<https://www.austerlitzzorgt.nl/>
10. Kapstok, Venray  
<http://www.logeerhuiskapstok.nl/>

## Bijlage 4 Interviewvragen + uitnodiging

---

Topics	Interviewvragen (o.a.)
Inleiding (gericht op de innovatieve vorm van dienstverlening)	Hoe is dit (innovatieve) project tot stand gekomen?  Is er sprake van samenwerking met andere burgers (samenredzaam) of met andere organisaties (sociale netwerken, overheidsinstellingen, zorgorganisaties, coalities)?

	<p>Wat was de specifieke aanleiding voor de totstandkoming van dit project??</p> <p>Vindt u, in vergelijking met bestaande zorgorganisaties uw organisatie innovatief (en hoe uit zich dat?) Wat maakt dit project volgens u innovatief ?</p>
Afstemming, samenhang, aansluiting, samenwerking, informatie-uitwisseling	<p>In welke mate is er volgens u afstemming tussen omgeving, vorige vorm van dienstverlening en innovatieve vorm van dienstverlening (mogelijk)?</p> <p>In welke mate is er volgens u samenhang tussen omgeving en innovatieve vorm van dienstverlening</p> <p>In welke mate is er volgens u sprake van aansluiting in begeleiding, ondersteuning, zorg en de dienstverlening vanuit de innovatieve vorm van dienstverlening</p> <p>In welke mate is er volgens u sprake van samenwerking tussen reguliere zorgaanbieders (arts, wijkverpleging, thuiszorg, fysiotherapeut, etc.) en innovatieve vorm van dienstverlening</p> <p>In welke mate is er volgens u sprake van informatie-uitwisseling plaats tussen -in eerste instantie met de 'zorgvrager'- maar ook in geval van verschillende betrokken dienstverleners of wanneer sprake is van de overgang tussen de ene naar de andere dienstverlener;</p>
Structuur aanbieden	<p>Waaruit blijkt dat structuur in de begeleiding/verzorging wordt geboden aan de zorgvragers/cliënten, volgens u? Bijvoorbeeld door een bepaalde dagindeling of methodiek</p>
Continue karakter van dienstverlening	<p>Op welke manier zorgt uw organisatie, volgens u, voor continuïteit in de begeleiding/verzorging aan zorgvragers/cliënten? Waarin is volgens u het continue karakter van de dienstverlening gelegen?</p> <p>Denkt u dat uw organisatie toekomstbestendig is?</p> <p>In welke mate is uw organisatie toekomstbestendig?</p>
Langdurige relatie	<p>Wie verlenen de zorg bij uw project? Hoe ziet de relatie tussen dienstverlener en zorgvrager eruit?</p> <p>Kunt u dit toelichten?</p>
Veilige omgeving	<p>Biedt uw project veiligheid of een veilige omgeving en waaruit blijkt dit volgens u?</p>
	<p>Welke factoren dragen volgens u bij aan het succes van uw project (zo u het succesvol vindt)? Wat maakt dit project tot een succes volgens u?</p>

Matrix topics en interviewvragen

Goedemiddag,

Voor mijn studie Bestuurskunde (EUR) doe ik onderzoek naar de invloed van innovatieve dienstverlening op de continuïteit van dienstverlening aan kwetsbare burgers (ouderen, gehandicapten, etc.).

De overheid maakt zich sterk voor de participatiesamenleving, maar die komt er niet vanzelf. Nederland heeft zo juist de grootste stelselwijziging in de zorg achter de rug. De AWBZ bestaat niet meer. Delen daarvan zijn ondergebracht bij o.a. de gedecentraliseerde wetten Wmo en Jeugdwet. Andere delen zijn ondergebracht bij de Zorgverzekeringswet. De langdurige zorg is ondergebracht bij de Wlz. Deze exercitie is gepaard gegaan met grote bezuinigingen. 2015 gold nog als een overgangsjaar, waarin al wel de eerste gevolgen merkbaar werden bij 'zorgvragers' die aanspraken op zorg verloren en daarmee de continuïteit op begeleiding (structuur, overzicht, ondersteuning bij werk, etc.)

Voor mijn onderzoek heb ik op basis van een aantal criteria gezocht naar innovatieve vormen van dienstverlening. Uw organisatie is er daar één van. Na uw website bezocht te hebben ben ik enthousiast over de opzet, organisatie en het innovatieve karakter van dit initiatief.

In het kader van mijn onderzoek zou ik graag uw organisatie selecteren omdat ik meen dat uw 'aanbod' mogelijk alternatieven kan bieden in de continuïteit van zorg/dienstverlening aan kwetsbare burgers (waarbij dit initiatief tevens gerekend kan worden tot de innovaties zoals door de overheid bedoeld (meer zorg voor minder geld).

Mocht u mee willen werken aan een interview, wat ik van ganser harte hoop, dan maak ik graag met u een afspraak. Het interview kan eventueel telefonisch, maar 'live' lijkt plezieriger.

Mocht u vooraf meer informatie willen, dan voorzie ik u daar graag van.

Ik ontvang graag een reactie.

Met vriendelijke groet en dank alvast,

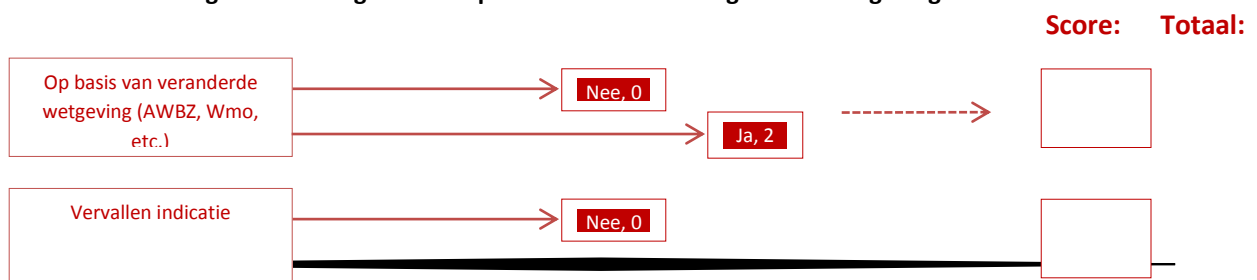
Heleen Klop

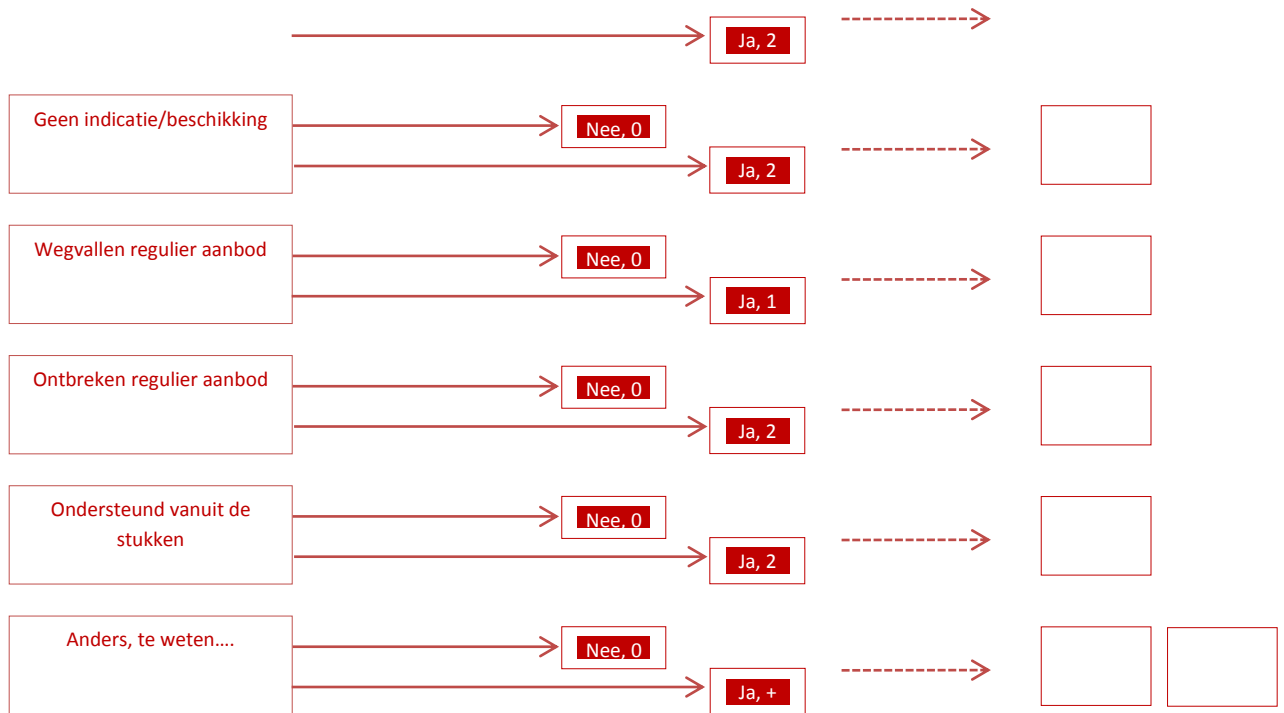
Papendrecht

## Bijlage 5 Scoreboom (per project)

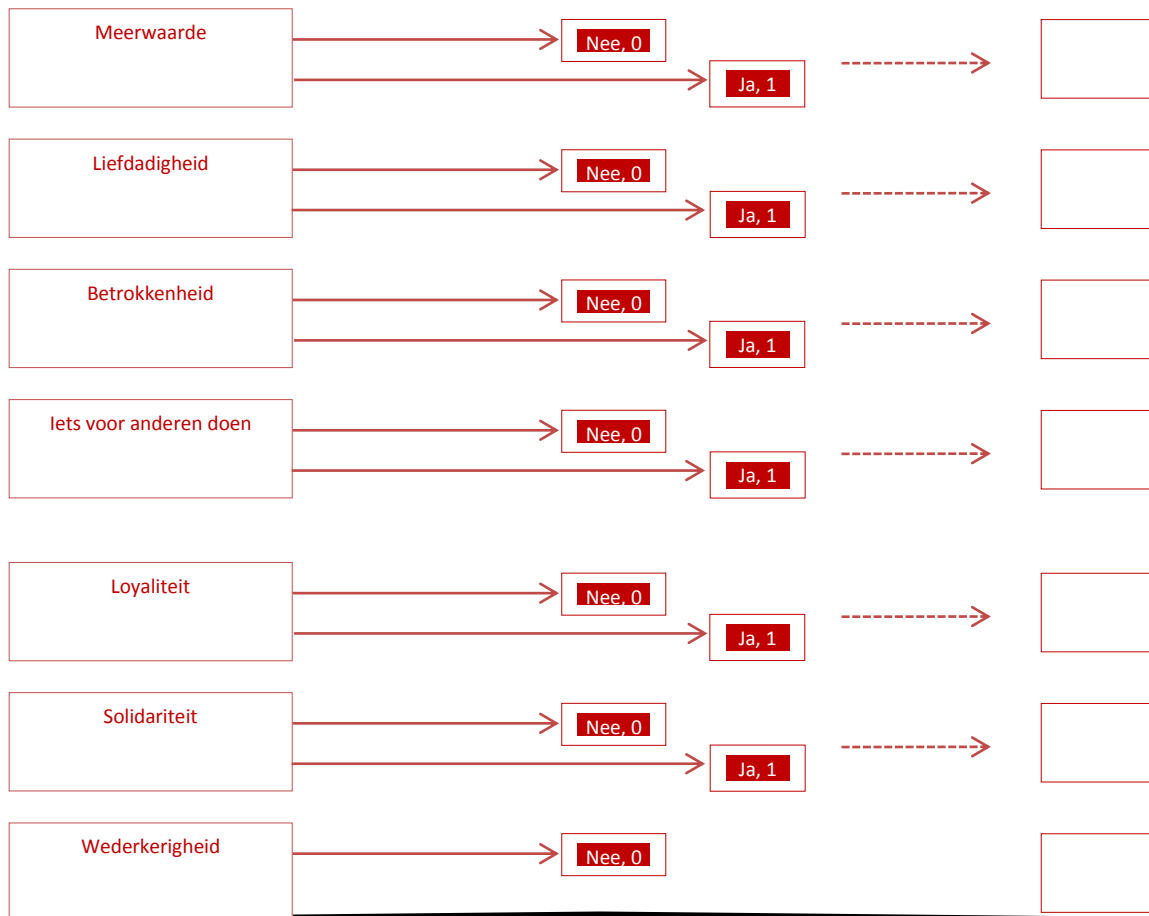
### TOTSTANDKOMING

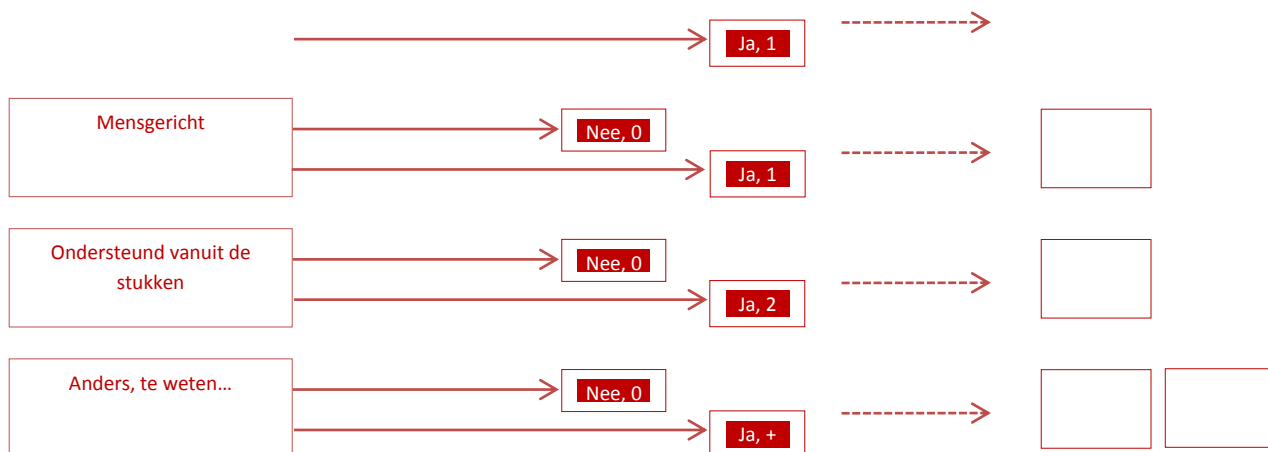
De dienstverlening is tot stand gekomen op basis van veranderingen in de omgeving



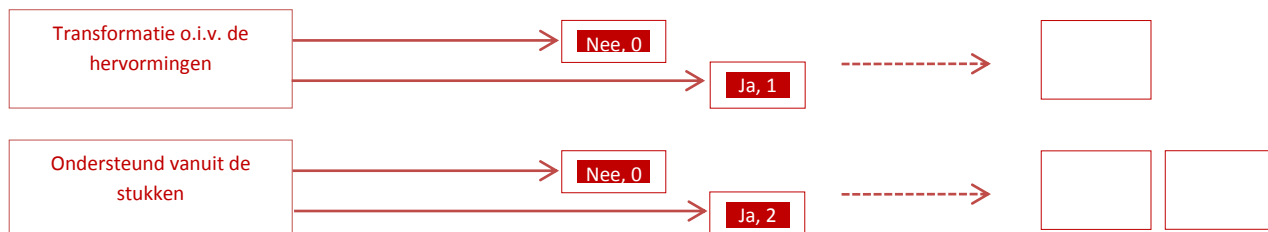


**De dienstverlening is ontstaan vanuit idealisme**

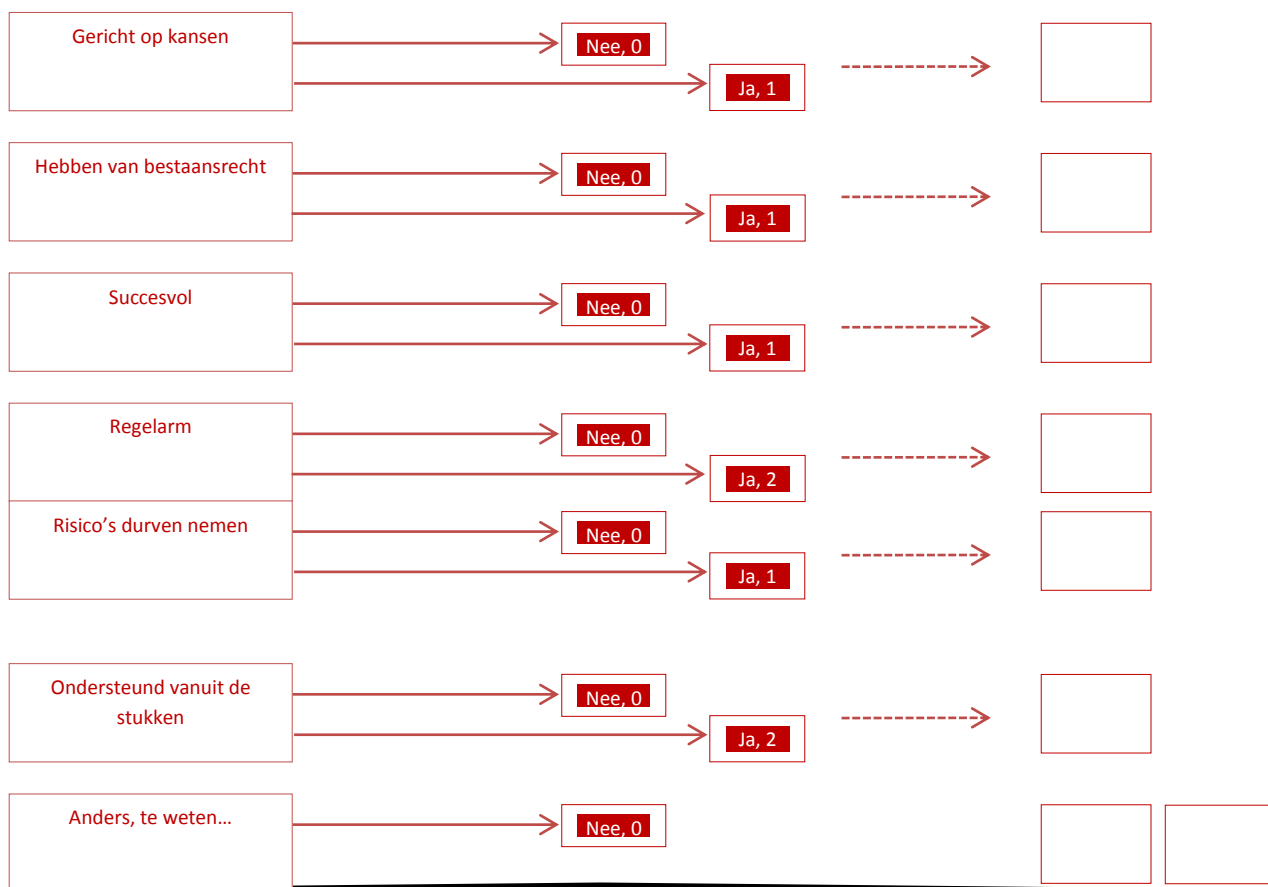




**De dienstverlening dient een maatschappelijk doel**



**De dienstverlening is ondernemend**



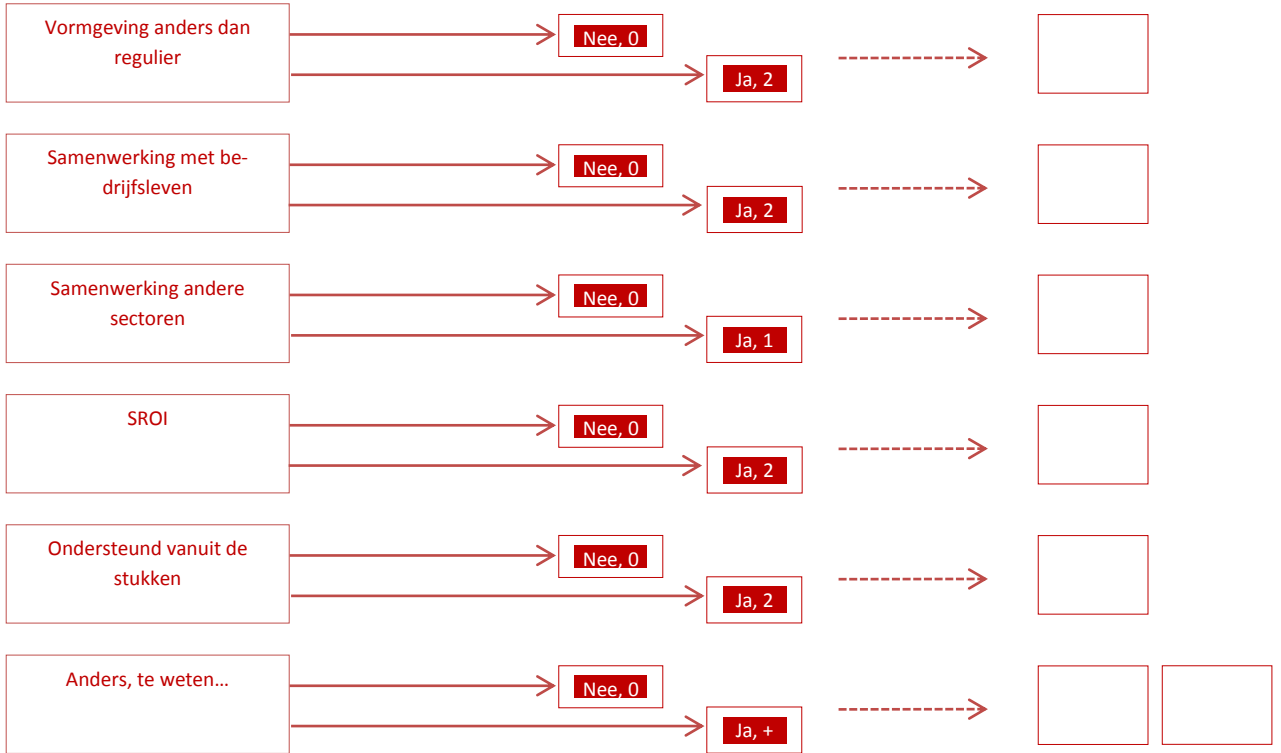




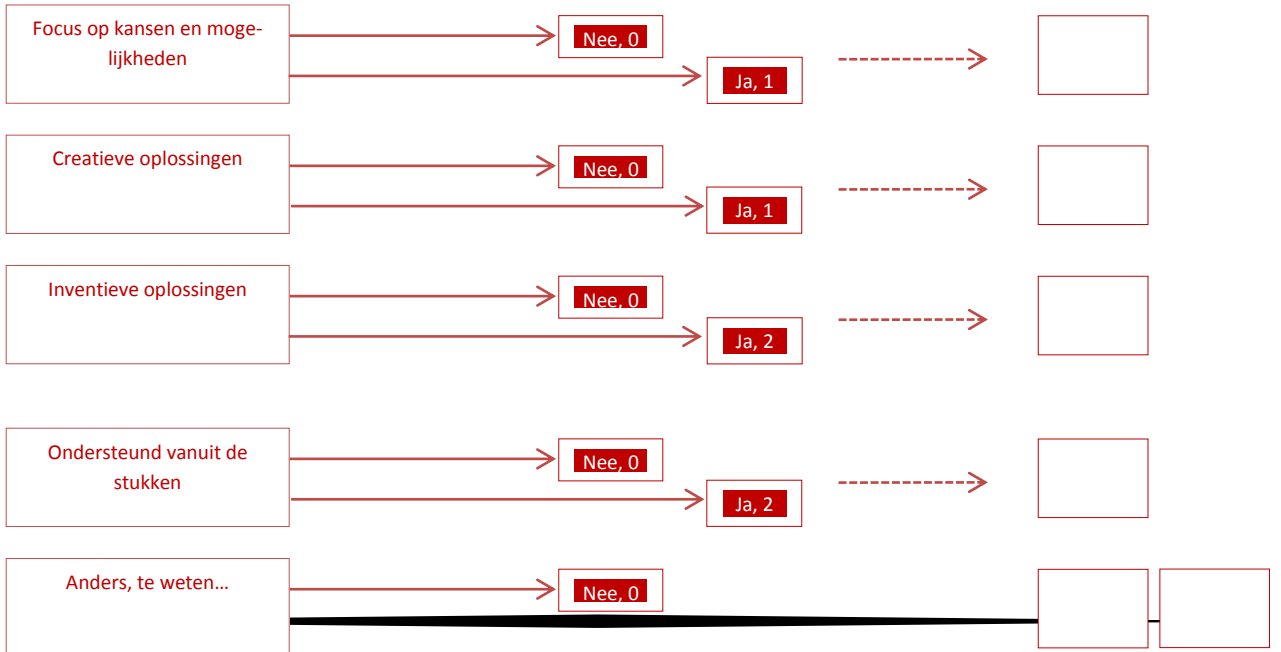
TOTAAL TOTSTANDKOMING

**ORGANISATIE**

**De dienstverlening is origineel**



**Andere manier van doen en denken**



**Is vernieuwend**

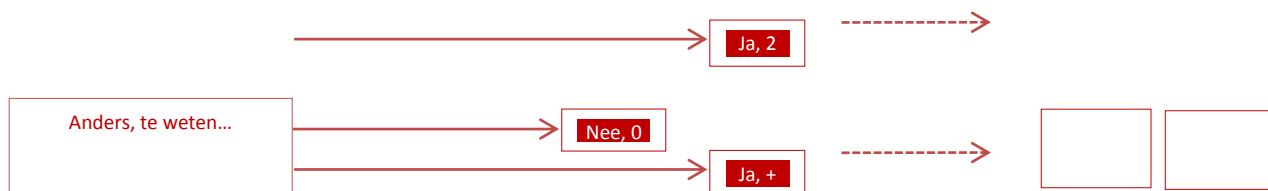
			Ja, +	----->	
Inventief		Nee, 0			
			Ja, 1	----->	
Technologisch/digitaal ondersteund		Nee, 0			
			Ja, 1	----->	
Gericht op heden en toekomst		Nee, 0			
			Ja, 2	----->	
Regelarm		Nee, 0			
			Ja, 2	----->	
Ondersteund vanuit de stukken		Nee, 0			
			Ja, 2	----->	
Anders, te weten...		Nee, 0			
			Ja, +	----->	

**Heeft een menselijke maat**

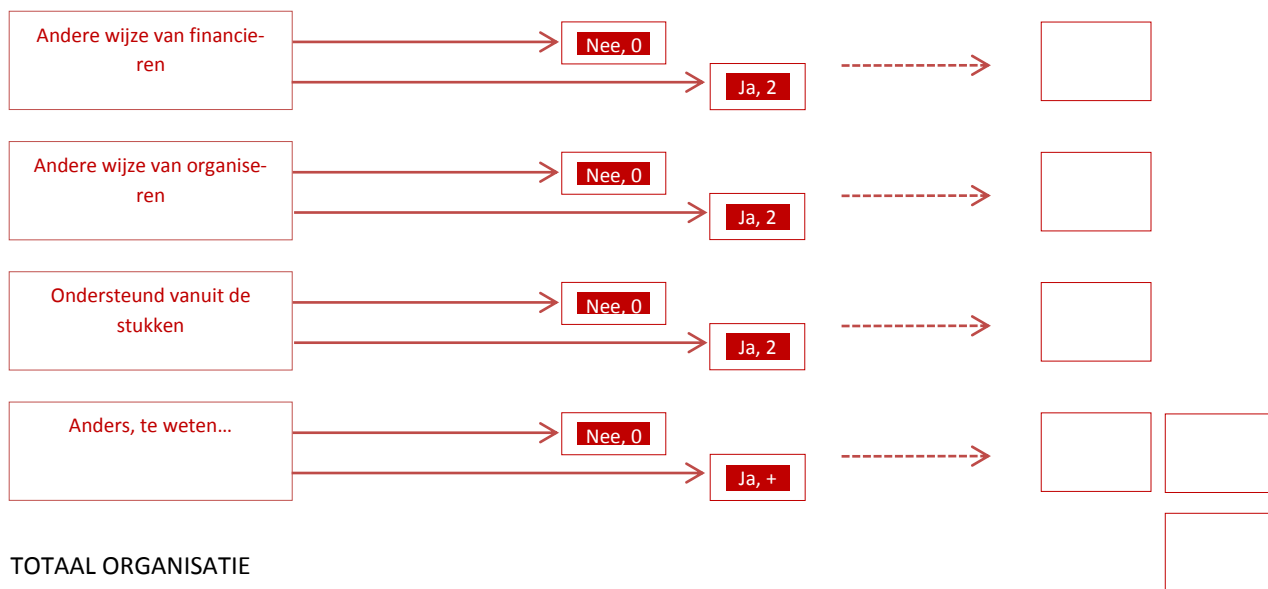
Kleinschalig georganiseerd		Nee, 0			
			Ja, 1	----->	
Middenin de samenleving		Nee, 0			
			Ja, 1	----->	
Ondersteund vanuit de stukken		Nee, 0			
			Ja, 2	----->	

**Heeft meerwaarde**

Draagkracht vanuit de samenleving		Nee, 0			
			Ja, 2	----->	
Voegt iets toe aan nieuwe, maar reeds geïdentificeerde beh.		Nee, 0			
			Ja, 2	----->	
Ondersteund vanuit de stukken		Nee, 0			

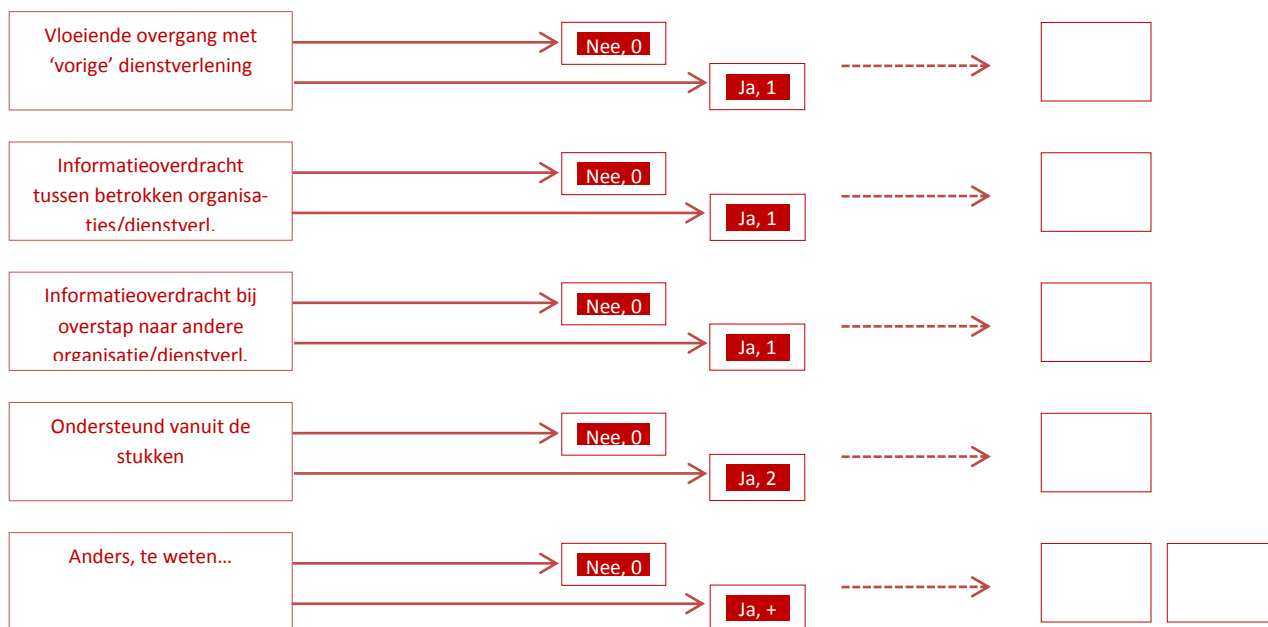


**Maakt het verschil**



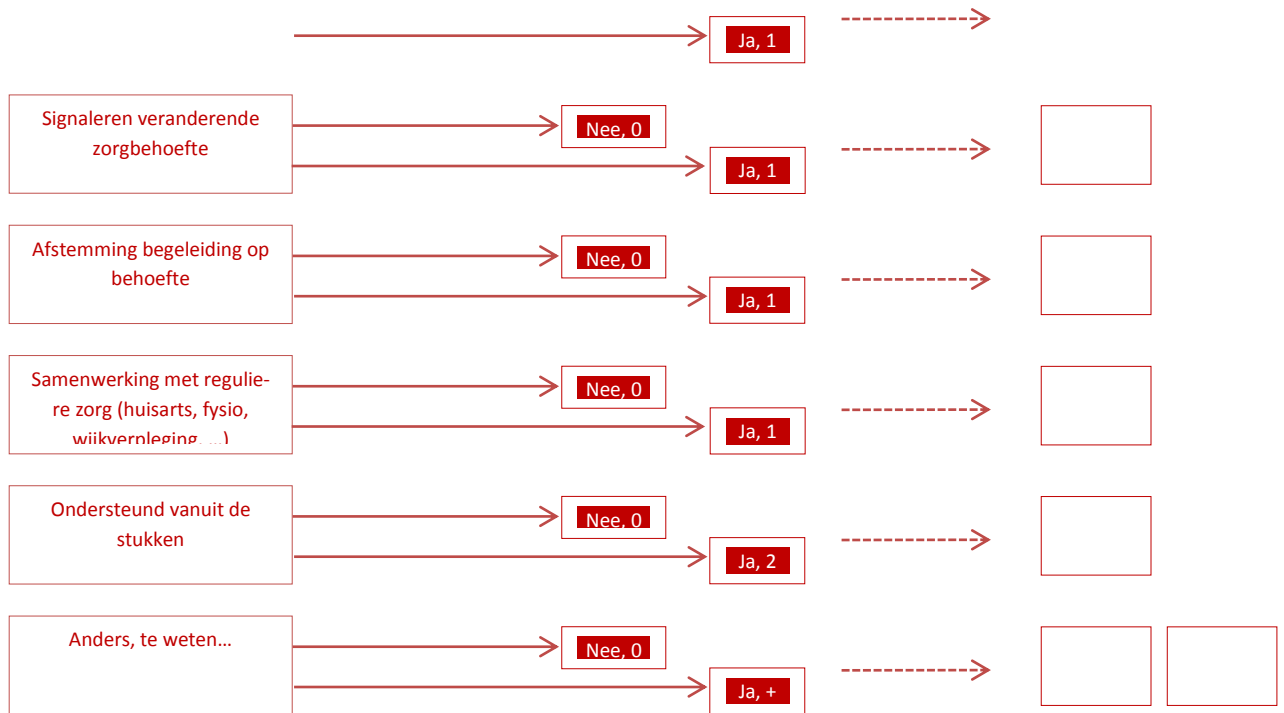
**CONTINUITEIT VAN DIENSTVERLENING**

**Afstemming en informatie-uitwisseling**

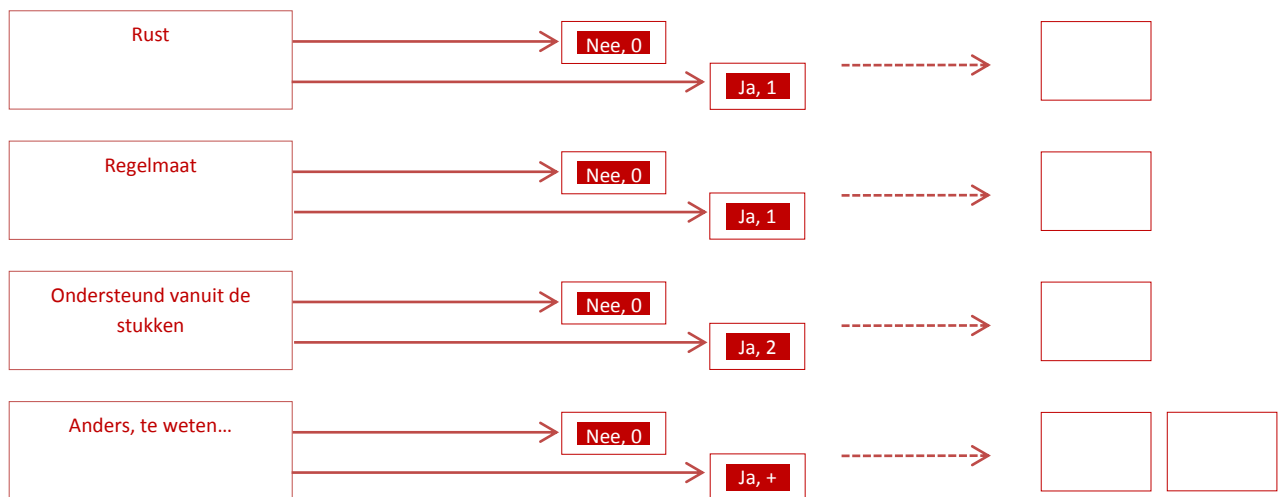


**Samenhang, aansluiting en samenwerking**

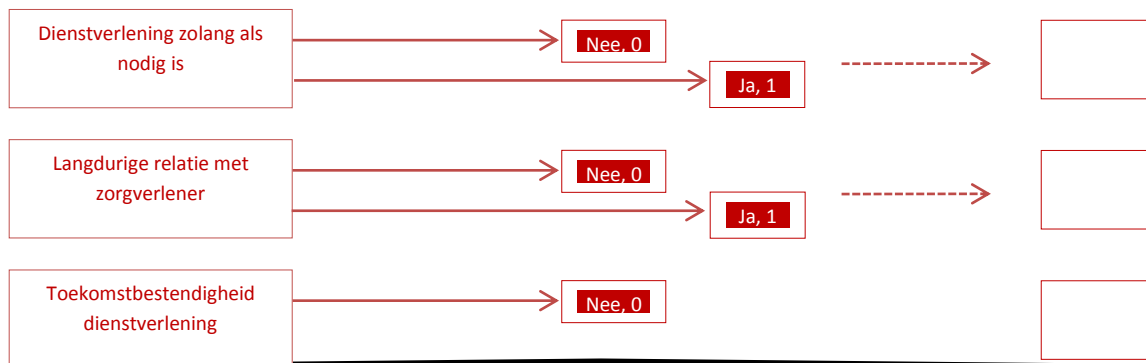


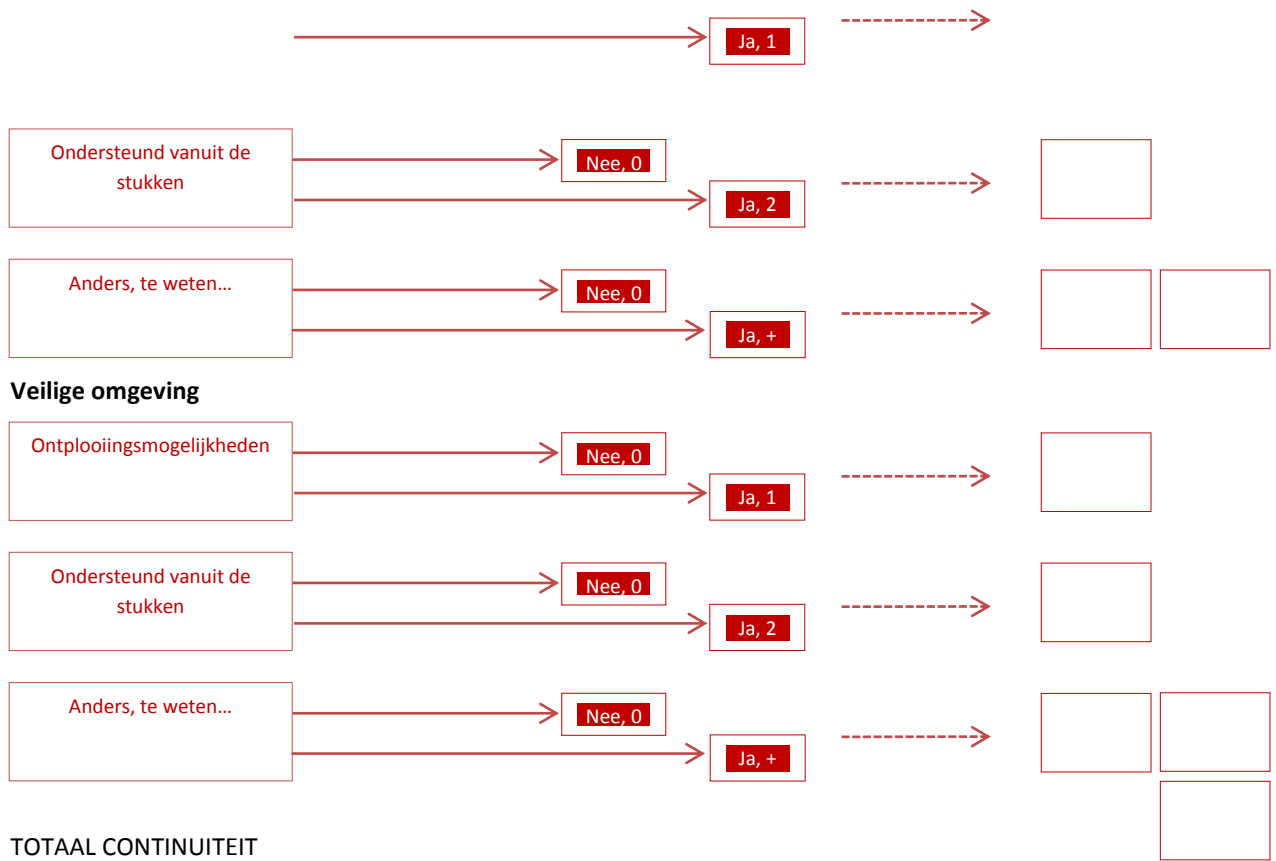


**Bieden van begeleiding en structuur**



**Continu karakter van dienstverlening**





**Bijlage 6 Scorematrix**

---

Topics	Zorghuis Kedichem	Samen Leven	Inn4Care	't Zorghuus Ysselsteyn	Huiskamer van de Buurt	WeHelpen	Frittella	Fort Smakelijk	Austerlitz Zorgt	Kapstok
Datum interviews (2016)	25-2	26-2	1-3	3-3	12-4	13-4	14-4	14-4	14-4	14-4
<b>Totstandkoming project; aanleiding/ hoe)</b>										
<u>Ontstaan door veranderingen in de omgeving</u>										
• Wet- en regelgeving (2)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
• Vervallen indicatie (2)	2	2	2	0	2	2	0	2	0	2
• Geen indicatie/beschikking (2)	2	2	2	0	2	2	0	2	2	2
• Wegvallen regulier aanbod (1)	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
• Ontbreken regulier aanbod (2)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
• Anders...										
o Nav behoefte	+			+					+	+
o Bezuinigingen		+			+				+	
o Mantelzorg raakt overbelast	+	+								+
Ondersteund vanuit stukken (2)	2	2	2	0	2	0	2	0	2	2
Score Veranderingen in de omgeving (maximaal 11)	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>11</b>
<u>Ontstaan uit idealisme</u>										
• Meerwaarde (1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
• Liefdadigheid (1)	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1
• Betrokkenheid (1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
• Iets doen voor anderen (1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
• Loyaliteit (1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
• Solidariteit (1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
• Wederkerigheid (1)	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0
• Mensgericht (1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
• Anders...										
Ondersteund vanuit stukken (2)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Score Idealisme (maximaal 10)	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>9</b>
<u>Maatschappelijk doel</u>										
• Transformatie o.i.v. de hervormingen (1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ondersteund vanuit stukken (2)	2	2	2	2	0	0	2	0	2	2
Score maatschappelijk doel (maximaal 3)	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<u>Dienstverlening is onderneming</u>										
• Gericht op kansen (1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
• Hebben van bestaansrecht (1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
• Succesvol zijn (1)	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0
• Regelarm (2)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
• Risico's durven nemen (1)	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
• Anders...										
o Vorm geven naar eigen inzicht							+	+	+	+
o Lef tonen		+				+	+	+	+	+
o Actiebereidheid			+		+		+	+	+	+
o Oplossingsgericht		+			+		+	+	+	+
o Onafhankelijk		+			+		+	+	+	+
o Zelfsturend						+		+		+
o Ontstaan vanuit de omgeving				+			+		+	+
o Burgers zijn betrokken		+		+	+				+	+

Topics	Zorghuis Kedichem	Samen Leven	Inn4Care	't Zorghuus Ysselsteyn	Huiskamer van de Buurt	WeHelpen	Frittella	Fort Smakelijk	Austerlitz Zorgt	Kapstok
Datum interviews (2016)	25-2	26-2	1-3	3-3	12-4	13-4	14-4	14-4	14-4	14-4
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Maatschappelijk 'volhoudbaar'</li> <li>○ Gaat uit van eigen kracht van burgers</li> <li>○ Voegt iets toe</li> <li>○ Menselijke maat</li> </ul>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Ondersteund vanuit stukken (2)	0	2	2	0	0	2	2	2	2	2
Score Dienstverlening is ondernemend (maximaal 8)	5	8	8	6	5	6	6	7	8	7
<b>TOTAAL TOTSTANDKOMING (maximaal 32)</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>23</b>	<b>27</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>28</b>	<b>30</b>	<b>30</b>
<b>In percentages</b>	<b>84,38</b>	<b>90,6</b>	<b>93,75</b>	<b>75</b>	<b>84,38</b>	<b>78,13</b>	<b>78,13</b>	<b>87,5</b>	<b>93,75</b>	<b>93,75</b>
<b>Organisatie project</b>										
<u>De dienstverlening is origineel</u>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vormgeving anders dan regulier (2)</li> <li>• Samenwerking bedrijfsleven (2)</li> <li>• Samenwerking andere sectoren (2)</li> <li>• SROI (2)</li> </ul>	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Ondersteund vanuit de stukken (2)	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2
Score dienstverlening is origineel (maximaal 10)	7	9	7	9	5	7	9	9	5	5
<u>Heeft een andere manier van doen en denken</u>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gericht op kansen mogelijkheden (1)</li> <li>• Creatieve oplossingen (1)</li> <li>• Inventieve oplossingen (2)</li> <li>• Anders... <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gericht op mogelijkheden zorgvragers</li> <li>○ Papierarm</li> <li>○ Samenredzaam</li> <li>○ 'Bottom up'</li> <li>○ Zelfsturend</li> </ul> </li> </ul>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ondersteund vanuit de stukken (2)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Score andere manier van doen en denken (maximaal 6)	6	6	7	6	6	4	6	6	6	4
<u>Is vernieuwend</u>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inventief (1)</li> <li>• Technologisch/digitaal ondersteund (1)</li> <li>• Gericht op heden en toekomst (2)</li> <li>• Regelarm (2)</li> </ul>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
Ondersteund vanuit de stukken (2)	2	0	2	2	2	2	2	2	2	0
Score vernieuwend (maximaal 8)	8	5	8	8	7	8	7	7	5	4
<u>Heeft een menselijke maat</u>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kleinschalig georganiseerd (1)</li> <li>• Middenin de samenleving (1)</li> </ul>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ondersteund vanuit de stukken (2)	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2
Score menselijke maat (maximaal 4)	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4
<u>Heeft meerwaarde</u>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Draagkracht vanuit de samenleving (2)</li> <li>• Voegt toe aan nieuwe, reeds geïdentificeerde behoeften (2)</li> </ul>	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2



Topics	Zorghuis Kedichem	Samen Leven	Inn4Care	't Zorghuus Ysselsteyn	Huiskamer van de Buurt	WeHelpen	Frittella	Fort Smakelijk	Austerlitz Zorgt	Kapstok
Datum interviews (2016)	25-2	26-2	1-3	3-3	12-4	13-4	14-4	14-4	14-4	14-4
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anders: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Onmisbaar</li> <li>- Relevant</li> <li>- Toegevoegde waarde</li> <li>- Vrijblijvendheid</li> </ul> </li> </ul>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Ondersteund vanuit de stukken (2)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Score meerwaarde (maximaal 6)	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
<b>Maakt het verschil</b>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>Andere wijze van financieren (2)</li> <li>Andere wijze van organiseren (2)</li> </ul>	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2
Ondersteund vanuit de stukken (2)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Score maakt het verschil (maximaal 6)	6	6	6	4	4	6	6	6	6	6
<b>TOTAAL ORGANISATIE (maximaal 40)</b>	<b>37</b>	<b>34</b>	<b>36</b>	<b>37</b>	<b>32</b>	<b>35</b>	<b>38</b>	<b>38</b>	<b>32</b>	<b>29</b>
<b>In percentages</b>	<b>92,5</b>	<b>85</b>	<b>90</b>	<b>92,5</b>	<b>80</b>	<b>87,5</b>	<b>95</b>	<b>95</b>	<b>80</b>	<b>72,5</b>
<b>Continuïteit van dienstverlening</b>										
<b>Afstemming en informatie-uitwisseling</b>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>Vloeiende overgang met 'vorige' dienstv. (1)</li> <li>Informatieoverdracht tussen betrokken organisaties/dienstverleners (1)</li> <li>Informatieoverdracht bij overstap naar andere organisatie/dienstverlening (1)</li> <li>Anders...</li> </ul>	1	1	Nvt	1	1	0	1	1	1	1
Ondersteund vanuit de stukken (2)	2	0	0	2	2	0	0	2	2	0
Score afstemming en informatie-uitwisseling (maximaal 5)	5	2	0	5	5	0	3	5	5	5
<b>Samenhang, aansluiting en samenwerking</b>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>Schakel tussen omgeving en dienstverlening (1)</li> <li>Signaleren veranderde zorgbehoefte (1)</li> <li>Afstemming begeleiding op behoefte (1)</li> <li>Samenwerking met reguliere zorg (huisarts, fysio, thuiszorg, wijkverpleging, ed.) (1)</li> <li>Anders...</li> </ul>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ondersteund vanuit de stukken (2)	2	0	2	2	2	0	0	2	2	2
Score samenhang, aansluiting en samenwerking(maximaal 6)	6	4	5	6	6	4	4	5	6	6
<b>Bieden van begeleiding en structuur</b>										
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rust (1)</li> <li>Regelmaat (1)</li> <li>Anders...</li> </ul>	1	0	1 <sup>8</sup>	1	1	0	1	1	1	1
Ondersteund vanuit de stukken (2)	2	0	2	2	2	0	2	2	2	2
Score bieden begeleiding en structuur (maximaal 4)	4	1	4	4	4	1	4	4	4	4
<b>Continu karakter van dienstverlening</b>										

8, 9, 10 Indirect

Topics	Zorghuis Kedichem	Samen Leven	Inn4Care	't Zorghuus Ysselsteyn	Huiskamer van de Buurt	WeHelpen	Frittella	Fort Smakelijk	Austerlitz Zorgt	Kapstok
Datum interviews (2016)	25-2	26-2	1-3	3-3	12-4	13-4	14-4	14-4	14-4	14-4
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dienstverlening bieden zolang als nodig is (2)</li> <li>Langdurige relatie met zorgverlener (1)</li> <li>Toekomstbestendigheid dienstverlening (1)</li> <li>Anders...</li> </ul>	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
Ondersteund vanuit de stukken (2)	2	0	2	2	2	2	2	0	2	2
Score continu karakter van dienstverlening (maximaal 6)	5	1	5	5	5	5	5	3	5	4
Veilige omgeving dienstverlening <ul style="list-style-type: none"> <li>Ontplooiingsmogelijkheden (1)</li> <li>Anders, ...</li> </ul>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ondersteund vanuit de stukken (2)	2	0	2	2	2	0	2	2	2	2
Score veilige omgeving (maximaal 3)	3	1	3	3	3	1	3	3	3	3
<b>TOTAAL CONTINUITEIT (maximaal 25)</b>	23	12	17	23	23	11	19	20	23	20
<b>In percentages</b>	92	48	68	92	92	44	76	80	92	80

*“It is not the strongest of the species that survives, nor the most intelligent that survives. It is the one that is most adaptable to change.”*

*Charles Darwin*

