

De mens centraal,
geen probleem?



De mens centraal, geen probleem?

Thomas Kampen (*red.*)

Uitgeverij van Gennep

COLOFON

Eerste druk april 2019

©2019 Thomas Kampen/Uitgeverij van Gennep

Emmastraat 69, 1814 DM Alkmaar

Druk: Bariet Meppel

ISBN 9789461645005

NUR 740

www.uitgeverijvangennep.nl

Inhoudsopgave

INLEIDING	9
De mens centraal, geen probleem	
<i>Thomas Kampen</i>	

DEEL I: CLIËNTEN

1. DE FOCUS OP HET LEVEN	27
Mensbeelden in beleid rond zorg en welzijn	
<i>Thomas Kampen</i>	
2. DE OUDERE CENTRAAL STELLEN BETEKENT OOG HEBBEN VOOR KWETSBAARHEID	49
Een model voor een realistisch mensbeeld	
<i>Robbert Gobbens</i>	
3. JONGEREN IN OVERGANG NAAR VOLWASSENHEID CENTRAAL	69
Een pleidooi voor een relationeel perspectief op professionele ondersteuning	
<i>Roel van Goor en Marte Wiersma</i>	
4. DE INTERPERSOONLIJKE RELATIE CENTRAAL IN DE GGZ-VERPLEEGKUNDE	91
Over (grenzen aan) zelfmanagement bij zelfbeschadiging en leefstijlverandering	
<i>Berno van Meijel</i>	

5. VAN AAPJES KIJKEN NAAR DE MENS ZIEN	113
Over de impact van negatieve framing op jongeren uit 'aandachtswijken'	
<i>Femke Kaulingfreks</i>	

DEEL II: PROFESSIONALS

6. OVER SIMPELE OPLOSSINGEN VOOR TAAIE PROBLEMEN	137
Het belang van vertrouwen tussen burgers, overheid en professionals	
<i>David ter Avest en Guido Walraven</i>	
7. DE MENS CENTRAAL BIJ DE ONTWIKKELING VAN eHEALTH	159
Een 'User Centered Design'-benadering	
<i>Laurence Alpay, Harmen Bijwaard en Rob Doms</i>	
8. EEN PERSONAL COACH AANGEPAST SPORTEN	181
Het bevorderen van sportdeelname van kinderen met een beperking door studenten	
<i>Afke Kerkstra en Marije Deutekom</i>	
9. VERPLAATS JE IN DE ANDER	199
Over de noodzaak tot sociale reflexiviteit van sociale professionals	
<i>Lilian Linders</i>	
10. PRACTICE WHAT YOU PREACH?	215
De mens centraal stellen in het onderwijs als voorbereiding op de beroepspraktijk	
<i>Joost Weling en Bodo Bombosch</i>	
11. DE HOGESCHOOOLDIRECTEUR IN HAAR CONTEXT	233
Een interview over het opleiden van professionals	

HOOFDZAAK, HOLISME EN HUMANITEIT	253
Conclusie: De betekenis van de mens centraal in zorg en welzijn	
<i>Thomas Kampen</i>	
LITERATUUR	275
OVER DE AUTEURS	299



Inleiding

De mens centraal, geen probleem

Thomas Kampen

Grote maatschappelijke hervormingen gaan vaak vergezeld van nieuwe terminologie die aanstuurt op verandering. Soms komen termen rechtstreeks van de tekentafel van bestuurders of beleidsmakers. Denk bijvoorbeeld aan de ‘participatiesamenleving’ die Premier Rutte liet afkondigen door de koning in zijn Troonrede van 2013. Andere termen zijn bedacht door opiniemakers of publicisten (‘burgerkracht’) of wetenschappers (‘leefwereld en systeemwereld’). Als termen eenmaal hun weg naar een Rijksnota of memorie van toelichting hebben gevonden, gebruiken betrokkenen de termen al gauw om hun praktijken meer in lijn te brengen met de beleidswerkelijkheid. Lokale beleidsmakers gebruiken de terminologie van het Rijk, omdat zij daarmee de kans op rijksfinanciering vergroten. Uitvoerende organisaties dingen op hun beurt naar de gunst van lokale bestuurders door dezelfde taal te bezigen. Hogescholen leiden hun studenten op tot professionals die thuis zijn in de *newspeak*. Gaandeweg lijken modetermen de werkelijkheid steeds beter te beschrijven en bereiken in het uiterste geval het punt waarop zij boven discussie verheven zijn. Juist dan moeten we scherp blijven op de betekenis ervan.

‘De mens centraal’ is zo’n een uitdrukking waarover geen debat nodig lijkt. Wie kan ertegen zijn? Maar wat bedoelen we eigenlijk als we zeggen dat de mens centraal moet staan? Geven

we elkaar niet te snel de hand omdat we denken dat we het eens zijn, terwijl we intussen heel verschillende dingen bedoelen? Staan de beelden die wij hebben bij de mens centraal zetten niet lijnrecht tegenover elkaar en praten we daarom niet langs elkaar heen? Mogelijk denkt u bijvoorbeeld aan rekening houden met de sociale omgeving en denk ik aan het recht om als individu los van je sociale omgeving beoordeeld te worden.

En wat vinden we eigenlijk dat minder centraal moet staan als we zeggen dat de mens meer centraal moet staan? Regels? Voorzieningen? Professionals? Problemen? Is het altijd zo dat bureaucratie voorrang moet geven op mensen of zijn er ook situaties denkbaar dat regels voorgaan? Hoe komt het dat de mens centraal zetten wel als opdracht aan professionals wordt verstaan, maar vrijwel niemand aan professionals zelf denkt? Zijn professionals niet evengoed mensen die centraal zouden moeten staan? Al deze vragen zullen in dit boek op enig moment aan de orde komen.

Professionals zijn ook mensen

De bijdragen aan dit boek zijn geschreven door lectoren of onderzoekers die werkzaam zijn binnen het domein Gezondheid, Sport en Welzijn (GSW) van Hogeschool Inholland. Daar waar professionals werken en opgeleid worden staat uiteraard ook de professional als mens centraal. Hogeschool Inholland leidt bijvoorbeeld op volgens het principe 'Bij ons is leren niet zozeer "iets" maar vooral iemand worden: een mens, een mens die zichzelf ontwikkelt, elke dag weer'.¹ Dit boek besteedt speciale aandacht aan de vraag hoe dat streven zich verhoudt tot de ambitie om de cliënt of patiënt als mens centraal te stellen.

We zullen al vroeg constateren dat de vrij algemene uitdrukking 'de mens centraal' een specifieke invulling krijgt, zowel in het beleid als in de praktijk. Een specifieke invulling laat een deel van

1) www.inholland.nl/over-inholland/lerenisdurven/ geraadpleegd op 1 juni 2018

de mens buiten beschouwing en in verschillende hoofdstukken komt aan bod hoe dat van invloed is op de praktijk van professionals. De invulling van 'de mens centraal' door Inholland als organisatie en door haar medewerkers nemen we ook kritisch onder de loep. In haar inspiratievisie 'De Gezonde Samenleving' streeft het domein GSW van Inholland ernaar om de mens centraal te zetten door middel van een 'integrale' benadering: 'Kwaliteit van zorg en welzijn neemt toe door een bredere aanpak, waarin de burger met al zijn verweven levensdomeinen centraal staat en niet de afzonderlijke problemen waar deze tegenaan loopt' (2015, p. 9). Inholland wil dus af van het idee dat de mens een verzameling deelproblemen is. Dit idee heerst ook in beleid en praktijk, maar er doen meer interpretaties de ronde. In de verschillende hoofdstukken kijken we steeds kritisch waartegen het idee zich afzet.

Het doel van dit boek is dus niet om 'de mens centraal' te verheffen tot hét adagium in zorg en welzijn. Het is ook niet de bedoeling om te weerleggen dat het een goed idee is. De verschillende bijdragen in dit boek onderzoeken wat 'de mens centraal' betekent in verschillende contexten waarin professionals werkzaam zijn en hoe die betekenis van invloed is op hoe zij hun werk doen. Het primaire doel daarvan is om de praktijk te verbeteren; de boodschap is daarom niet alleen gericht aan professionals, maar ook aan beleidsmakers en managers van zorg- en welzijnsinstellingen.

De opdracht om de mens centraal te stellen bereikt professionals uit verschillende richtingen. In dit boek besteden we uitgebreid aandacht aan de opdracht die in overheidsbeleid besloten ligt en hoe dat doorwerkt in de praktijk. Beleid is namelijk sterk sturend op de wijze waarop professionals de mens centraal stellen. Die sturing verhoudt zich vaak moeizaam tot wat de beroepscode van professionals verlangt (Freidson 2001) en daarom werpen de hoofdstukken ook licht op botsingen tussen beleidsambities en professionele opdrachten. Daarnaast kijken

we ook hoe bestuurders, lectoren en docenten van Hogeschool Inholland graag zouden zien dat (toekomstige) professionals de mens centraal stellen.

De ambitie om de mens centraal te zetten wordt vaak vertaald naar het scheppen van de voorwaarden waaronder dat mogelijk is en het verhelpen van de belemmeringen die het onmogelijk maken. Maar stel dat aan de voorwaarden voldaan is en de belemmeringen verholpen zijn, weet de professional dan precies wat hij of zij moet doen om de mens centraal te zetten?

Stel, een maatschappelijk werker wil een alleenstaande moeder die door stress over haar schulden voortdurend met haar puberende kinderen in de clinch ligt als mens centraal stellen en is daarbij niet gehinderd door regels of andersoortige belemmeringen. Hoe zou de maatschappelijk werker dan de mens centraal kunnen stellen? Vragen hoe moeder zelf denkt de situatie op te lossen? Aanhoren wat moeder zelf wil? Eerst de oorzaak voor de oplopende schulden bespreken? Moeder samen met haar kinderen om tafel krijgen en de situatie bespreken? De buurvrouw laten aanschuiven om te helpen bij een oplossing?

Hoe zet een verpleegkundige een oudere dame die zich in het ziekenhuis meldt na een val van de keukentrap als mens centraal? Hij zal haar helpen met haar verwondingen, maar wat betekent de mens centraal zetten in deze context? Dat de verpleegkundige een maatschappelijk werker inschakelt om de thuissituatie te bekijken? Dat hij de familie aanspreekt op de verantwoordelijkheid om een oogje in het zeil te houden? Dat hij afgaat op de inschatting van de veiligheid van de thuissituatie door de vrouw zelf?

Het zijn allemaal mogelijke invullingen van de mens centraal stellen, die waarschijnlijk allemaal de goedkeuring kunnen wegdragen van beleidsmakers, managers en professionals. Zo'n uitdrukking die iedereen lijkt te omarmen, vrijwel niemand in twijfel trekt, maar die mensen los van elkaar verschillend uitlegen, vraagt erom kritisch onderzocht te worden.

Vijf redenen voor kritisch onderzoek

Vijf kenmerken van 'de mens centraal' maken het urgent om de werking van de term in de praktijk te onderzoeken.

Ten eerste heeft 'de mens centraal zetten' een hoog opendeur-gehalte. Wat zou er anders centraal moeten staan? Het lijkt geen twijfel dat het om de mens draait, toch? Termen met een hoog opendeurgehalte worden in de praktijk echter zelden bevraagd en dat vergroot het belang van onderzoek ernaar.

Dat brengt ons bij de tweede reden voor onderzoek naar de ambitie om de mens centraal te stellen, namelijk dat deze vrijwel onomstreden is. Ze kan op veel instemming rekenen van politici, beleidsmakers, professionals, cliënten en wetenschappers. Slechts in enkele stromingen staat ter discussie dat de mens centraal moet staan. Zoals in het transhumanisme, een stroming met vele vertakkingen die staan voor denken over de grenzen van het menselijke. Denkers binnen die stromingen bepleiten dat deze grenzen met behulp van technologie en cybergenetica ontstegen moeten worden. Daarnaast zijn er mensen die vinden dat het tegenwoordig al te veel om de mens draait en dat we meer oog moeten hebben voor andere soorten die de aarde bevolken. Erasmusprijs-winnaar Barbara Ehrenreich doet in haar essay *'Beyond Humanism'* een aanzet tot een visie waarin de mens zich meer verbindt met andere soorten (2018). Maar behalve dat type tegendraadse denkers en stromingen zijn de meeste mensen voor het centraal zetten van de mens, vooral in zorg en welzijn. Onomstreden termen worden in de praktijk nauwelijks bediscussieerd, omdat men denkt het eens te zijn. Daarom is onderzoek nodig dat de verschillende betekenissen blootlegt.

Ten derde lijkt 'de mens centraal zetten' een ongrijpbare opdracht; het is niet meteen duidelijk wat er precies mee beoogd wordt. Het is multi-interpretabel waardoor iedereen zich er direct een voorstelling van kan maken. Vanwege de ongrijpbare

betekenis van 'de mens centraal' geeft iedereen er zijn eigen interpretatie aan. De praktijk kan er meerdere kanten mee op. Iedereen kan er iets positiefs in zien of er iets negatiefs tegenover zetten. De *mens* moet centraal staan en dus niet iets anders. Of de mens moet *centraal* staan en dus niet ergens anders. En voor veel mensen klinkt er in mee dat de *hele* mens centraal moet staan, in plaats van slechts een deelaspect. Als de praktijk meerdere kanten op kan met een term, moet onderzoek inzicht bieden in die verschillende richtingen en de gevolgen ervan.

Ten vierde is 'de mens centraal zetten' als opdracht moeilijk te bespotten. Dat geldt minder voor andere modetermen. Beleidsretoriek probeert vaak tegelijk de werkelijkheid en een ideaalbeeld van die werkelijkheid te beschrijven. Ze staat daarom vaak eerst nog enigszins los van de werkelijkheid. Dat werkt op de lachspieren. Vanwege de pleonastische klank werd over het woord 'participatiesamenleving' aanvankelijk lacherig gedaan. Maar met de verwezenlijking van de beoogde veranderingen krijgt nieuwe terminologie meer en meer betekenis. De afgelopen jaren hoor ik tijdens conferenties en in gesprekken tussen professionals steeds vaker mensen verkondigden dat we 'tegenwoordig natuurlijk in een participatiesamenleving leven en niet langer in een verzorgingsstaat'. Over de mens centraal stellen doet vrijwel niemand gekscherend.

Ten vijfde lijkt het een adagium met een redelijke houdbaarheid. Termen die bestuurders laten optekenen kunnen een beoogde werkelijkheid tot leven wekken, maar ze kunnen ook doodslaan op het papier of een vroege dood sterven. De mens centraal stellen gaat nog wel even mee. Termen verdwijnen bijvoorbeeld wanneer ze een beeld oproepen dat strijdig is met geldend discours. Tegenwoordig hoor je niemand meer over 'maatschappelijke steunsystemen'. Een maatschappelijk steunsysteem klinkt te instrumenteel en botst met de huidige afkeer van bureaucratie en hang naar het informele (Tonkens 2014). Nu

heeft men het liever over de 'sociale basis'. Dat klinkt namelijk een stuk organischer; als iets dat vanuit de samenleving zelf komt en niet wordt opgelegd van boven. Maar er komt een tijd dat ook 'sociale basis' uit de mode raakt, bijvoorbeeld omdat het te essentialistisch klinkt. De mens raakt in zorg en welzijn vermoedelijk niet zo snel uit de mode.

Korte geschiedenis van de centrale mens

Dat zien we ook als we de ambitie in een historische context beschouwen. Dan wordt duidelijk dat de overheid al jaren op verschillende manieren de mens centraal probeert te stellen. Steeds is daarbij een andere rol voor professionals weggelegd.

Tijdens de opbouw van de verzorgingsstaat na de Tweede Wereldoorlog stond de mens centraal als burger met sociale rechten (Marshall 1950). De onmenselijkheid van het nazi-regime, dat een deel van de bevolking een legitieme status toekende en een deel al haar rechten ontnam, lag vers in het geheugen. De breed gedeelde overtuiging was dat de mens met burgerrechten centraal moest staan. Hieraan danken we de sociale rechten die het fundament onder de hedendaagse verzorgingsstaat vormen. Professionals vervulden in die tijd een belangrijke rol als 'poortwachter'; zij werden beschouwd als degenen die de toegang tot sociale voorzieningen bewaakten. De mens centraal stellen betekent in dat geval zonder aanzien des persoons iemands aanspraak op een sociaal recht beoordelen.

Daarna volgde een periode van 'democratisering van het persoon-zijn' (Clecak 1983) waarin het idee dat iedereen gelijk is, dus ook professionals en cliënten, doorwerkte in het beleid. De kritiek die daaruit voortvloeide was dat de toekenning van burgerrechten, die in de naoorlogse jaren zo belangrijk was, geschiedde door paternalistische professionals die beter dachten te weten wat goed was voor mensen dan de mensen zelf. Professionals vernederden

mensen en verloren dus de waardigheid van de mens uit het oog. De mens als gelijke moest weer centraal staan. In de jaren zeventig werd 'de mens centraal' dus gecontrasteerd met uitoefening van gezag door paternalistische professionals en regerende elites.

Het streven naar gelijkheid maakte echter niet dat er ook daadwerkelijk naar mensen geluisterd werd, luidde de kritiek in de loop van jaren tachtig en negentig. Overheid en professionals zouden de mens veronachtzaamd hebben, omdat ze geen oog hadden voor de wensen van mensen. De oplossing voor het negeren van de vraag van mensen zocht de overheid in marktwerking. Marktwerking moest ervoor zorgen dat professionals 'vraaggericht werken'. En vraagsturing van concurrerende marktpartijen zou leiden tot kostenreductie. De mens centraal betekende in de jaren tachtig en negentig vooral 'de vraag van de mens centraal'.

Ook die periode ligt inmiddels grotendeels achter ons, omdat marktwerking niet de beoogde bezuinigingen opleverde en omdat de markt mensen tot product of consument maakte. Nu kijkt de overheid daarop terug en zegt: dat is dus niet de mens centraal zetten! De vraag van de mens is een veel te nauwe focus, ingegeven door een consumentistisch mensbeeld. Professionals gingen voorbij aan wat de mens te bieden had, aan zijn mogelijkheden en aan zijn verantwoordelijkheden voor zichzelf en anderen.

De mens centraal is dus een devies van alle tijden. Ieder tijdsgewricht kende een dominante wijze waarop de mens centraal werd gezet, steeds afgezet tegen mensbeelden die dominant waren in de perioden die daaraan voorafgingen. In ieder tijdsgewricht hadden mensen bovendien goede redenen – gelijkwaardigheid, democratisering, kwaliteitsbevordering – om de mens centraal te zetten. Dat is een belangrijke constatering, want iedere volgende periode zette dus ook belangrijke waarden op het spel. Dat roept belangwekkende vragen op: welk mensbeeld is tegenwoordig dominant, welke veranderingen worden op basis daarvan in gang gezet en wat zetten die veranderingen mogelijk op het spel?

Het dominante mensbeeld nu

Net zoals we over het verleden kunnen vaststellen dat marktwerking te eenzijdig gericht was op de wens van de burger als klant, kunnen we alvast een vergelijkbare kritiek formuleren op het mensbeeld dat nu dominant is.

De huidige hervormingen – of ze nu omschreven worden als een ‘verschuiving van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving’, een ‘kanteling’ of een ‘transitie en transformatie’ - zijn er voornamelijk op gericht om mensen verantwoordelijker te maken. De overheid stuurt erop aan dat mensen bij individuele problemen niet langer rekenen op een collectieve oplossing, maar zélf met een oplossing komen of op zijn minst naar vermogen bijdragen aan de oplossing. Deze morele hervorming (Kampen 2017) wordt kracht bijgezet met beleidstermen als ‘eigen regie’, ‘zelfmanagement’, ‘eigen kracht’ en ‘zelfredzaamheid’. Het ideale mensbeeld dat daaruit spreekt is dat van de verantwoordelijke mens.

De tegenhanger – de onverantwoordelijke mens - is te herleiden naar eerdere mensbeelden die in de loop der jaren opgeroepen zijn. Deze mensbeelden staken vaak de kop op in kritieken op de verzorgingsstaat, zoals de kritiek dat de verzorgingsstaat burgers lui heeft gemaakt. Deze kritiek kent haar oorsprong in de jaren zeventig toen de sociologen Jacques van Doorn en Kees Schuyt waarschuwden dat de verzorgingsstaat de burger stempelt ‘tot een zwak en afhankelijk mens’ (Verhoeven et al. 2013). De verzorgingsstaat zou burgers verantwoordelijkheid uit handen nemen en daarmee een onverantwoordelijke houding legitimeren. De huidige morele hervorming is een afrekening met dat beeld van de passieve mens.

De morele hervorming rekent daarnaast af met het beeld van de calculerende burger, een begrip dat gemunt is door Schuyt in de vroege jaren negentig. Met zijn variant van de homo economi-

cus doelde Schuyt op de burger die vanuit een gebrek aan plichtsbesef bij alles wat hij doet uitrekent wat het hem oplevert en met het najagen van de eigen behoefte het collectief nut van sociale voorzieningen ondermijnt.

De periode van marktwerking en New Public Management die daarop volgden gaf mensen meer verantwoordelijkheid door hen de rol van klant toe te bedelen. Als klant zouden zij meer verantwoordelijkheid nemen om de prijs-kwaliteitverhouding van dienstverlening mee te laten wegen in hun beslissingen en die 'vraagsturing' zou de kwaliteit verbeteren. Het bijeffect van marktwerking is echter dat mensen zich opstellen als mondige, consumentistische burgers. In plaats van burger met een verantwoordelijkheid voor het publieke belang, werden zij afnemer van overheidsdiensten zonder verantwoordelijkheid voor de productie ervan.

Kortom: de overheid bepleit dat de mens centraal moet staan, maar bedoelt daarmee momenteel primair de *verantwoordelijkheid* van de mens. Dat is niet per se problematisch, ware het niet dat de overheid haar specifieke focus vaak wel aan de man brengt als 'de mens centraal zetten'. In de hoofdstukken die volgen zal uitgebreid stilgestaan worden bij de dilemma's die dit opwerpt voor professionals en de gevoelens die dit oproept bij cliënten.

Betekenis, gevolgen en voorwaarden

Ter afsluiting van deze inleiding blikken we vooruit op de centrale vraagstelling van dit boek en de onderwerpen die aangesneden worden. Met dit boek willen wij de vraag beantwoorden: wat betekent de mens centraal stellen in de sectoren gezondheidszorg, sport en welzijn, wat zijn de gevolgen en onder welke voorwaarden ontstaan die?² Het gaat dus kortgezegd om betekenis, gevolgen en voorwaarden. De betekenis van 'de mens centraal stellen' wordt geanalyseerd

2) Het hoofdstuk van Afke Kerkstra en Marije Deutekom gaat over aangepast sporten met een beperking, op het grensvlak van sport en welzijn. Hierna zal daarom over 'welzijn' gesproken worden.

aan de hand van theorie, beleid en praktijk met betrekking tot de verschillende sectoren. In hoofdstuk 1 zullen we zien dat beleid sterk stuurt op de wijze waarop professionals de mens centraal stellen. De hoofdstukken daarna laten zien hoeveel professionals daarvan merken, in hoeverre zij erbij gebaat zijn en hoe zij ermee omgaan. De auteurs staan stil bij professionele doelen en hoe die zich verhouden tot de beleidssturing.

De gevolgen zijn gebaseerd op afgerond of lopend onderzoek van de lectoraten. Daarbij hebben de auteurs oog voor zowel positieve als negatieve ervaringen van professionals en cliënten. Een belangrijke graadmeter om te bepalen of mensen geholpen zijn, is of professionals bijdragen aan empowerment – een belangrijk streven binnen het domein gsw aan de Hogeschool Inholland. Onder empowerment verstaan we in deze bundel zowel het bijbrengen van zelfvertrouwen en grip op het leven als het bevorderen van een gedeelde verantwoordelijkheid voor het leven van hulpbehoevenden. Die gedeelde verantwoordelijkheid bestaat uit toegang tot en verwezenlijking van passende hulp door professionals, familie, vrienden of burens. Bevordering daarvan kan plaatsvinden op zowel lokaal als op politiek-maatschappelijk niveau. Bij empowerment op lokaal niveau kan gedacht worden aan zeggenschap en controle over de zorg die cliënten ontvangen of die naasten leveren. Bij politiek-maatschappelijk niveau kan gedacht worden aan het slechten van barrières die maatschappelijk deelname verhinderen of aan invloed op wet- en regelgeving door klachtenregelingen, inspraak, collectieve actie of vormen van protest. De bijdragen in deze bundel maken inzichtelijk waar professionals tegenaan lopen als zij zorgbehoevenden en hun netwerk willen empoweren en op basis daarvan professionals handreikingen doen.

Bij voorwaarden voor de mens centraal valt te denken aan professionele vaardigheden of vormen van samenwerking, maar ook aan voorwaarden op het niveau van organisatie, sector of samenleving. De bijdragen aan deze bundel laten zien hoe profes-

sionals proberen op ieder afzonderlijk onderzoeksterrein de mens centraal te zetten, maar ook wat hen daarbij in de weg zit. Beide bieden zicht op voorwaarden voor positieve ervaringen.

De bijdragen besteden specifieke aandacht aan interprofessioneel leren en werken, een belangrijke pijler van het onderwijs aan de Hogeschool Inholland. Interprofessioneel werken houdt in een manier van kijken, denken en leren waarbij grenzen tussen vakgebieden worden overbrugd. Deze werkwijze beschouwt Inholland als voorwaarde om de mens centraal te zetten. Door professionals vanuit verschillende disciplines rond een cliënt, patiënt, oftewel mens te verbinden, vormen zij met elkaar een totaalbeeld. Dat totaalbeeld doet meer recht aan de situatie van de cliënt. Interprofessionaliteit begint bij Inholland bij de opleiding. Voor studenten betekent interprofessioneel leren dat zij breder kennismaken met verschillende werkvelden door samenwerking met studenten en professionals uit andere disciplines. Enkele bijdragen aan dit boek gaan in op de vraag of deze werkwijze de mens centraal zet en welke gevolgen dat heeft.

Vooruitblik

Dit boek is opgedeeld in twee delen. In deel 1 staan cliënten centraal. In het eerste hoofdstuk analyseer ik het beleid en beantwoord ik de volgende vragen: welke mensbeelden roept beleid op en tot welke mogelijke problemen in de uitvoering leidt dat? Welke oplossingen suggereert beleid om die problemen het hoofd te bieden? Daartoe behandel ik de vijf dominante mensbeelden in het beleid rond zorg en welzijn: de kiezende, werkende, autonome, omringde en delibererende mens. En ik behandel de meest in het oog springende antwoorden op de professionele dilemma's: integraliteit, maatwerk en dialoog.

In hoofdstuk 2 schetst Robbert Gobbens drie mensbeelden van ouderen; twee beelden die momenteel dominant zijn en een

beeld dat volgens Gobbens meer recht doet aan de werkelijkheid. De twee dominante beelden staan ver uiteen. Enerzijds is er het beeld van ouderen als last voor de samenleving, ingegeven door de gedachte dat ouderdom wordt gekenmerkt door achteruitgang. Daartegenover staat het beeld van de vitale oudere, ingegeven door de tegenwoordig populaire notie van 'positieve gezondheid' (Huber 2013) dat het 'potentieel' van mensen benadrukt in plaats van de tekortkomingen. Gobbens positioneert daartussen een derde beeld van de 'kwetsbare oudere'; mensen met zowel mogelijkheden als tekorten in functioneren.

Roel van Goor en Marte Wiersma gaan in hoofdstuk 3 in op de vraag hoe jongeren in overgang naar volwassenheid adequaat ondersteund kunnen worden. Alle partijen willen volgens Van Goor en Wiersma jongeren in deze cruciale levensfase centraal zetten, maar hanteren verschillende perspectieven op wat dat inhoudt. Uit verhalen van de jongeren zelf leiden de auteurs een nieuw perspectief af dat aanknopingspunten biedt om de jongeren centraal te stellen. In dit *relationeel perspectief* gaat het om oprechte interesse van de hulpverlener in diens persoonlijke verhouding tot de jongere. Om de belangen van de jongeren te dienen moet de kwaliteit van de hulpverleningsrelatie centraal staan. Die kwaliteit is volgens de auteurs voorwaardelijk om jongeren te kunnen helpen bij de verschillende uitdagingen waarvoor zij zich gesteld zien.

In hoofdstuk 4 behandelt Berno van Meijel wat 'de mens centraal' stellen betekent in het alledaagse werk van de ggz-verpleegkundige. Daartoe belicht Van Meijel de omgang met cliënten die zelfbeschadigend gedrag vertonen en de bevordering van de fysieke gezondheid en een gezonde leefstijl van cliënten in de ggz. Hij laat zien dat automutilatie vanuit het perspectief van ggz-clieënten 'functioneel' is, terwijl verpleegkundigen het als uiterst 'disfunctioneel' beschouwen. De oplossing voor het dichten van deze kloof is volgens Van Meijel niet om een van beide partijen

centraal te stellen, maar om te werken aan een betere relatie tussen beide. Bij gezondheidsbevordering en leefstijlverandering zit de kloof vooral in het geloof in de motivatie en mogelijkheden van ggz-cliënten. Van Meijel laat zien dat monitoring door middel van een *eHealth-tool* een rol kan spelen bij het overbruggen van die kloof.

Femke Kaulingfreks (hoofdstuk 5) komt in haar onderzoek regelmatig jongeren tegen die de metafoor van 'aapjes kijken' gebruiken om uitdrukking te geven aan hun gevoel dat zij op een eenzijdige en negatieve manier bekeken worden door publieke dienstverleners. De media, politie, gemeente, maar ook jeugdprofessionals zoomen volgens de jongeren in op problematische aspecten van hun leven, terwijl andere delen onderbelicht blijven. Kaulingfreks analyseert hoe (impliciet) racisme, exotisering en demonisering ervoor zorgen dat jongeren in aandachtswijken zich gewantwoord voelen en bespreekt hoe jeugdprofessionals deze vertrouwensbreuk kunnen helpen herstellen. Kaulingfreks gelooft dat het aangaan van een relatie die is gebaseerd op interesse en medemenselijkheid daarbij helpt en ziet daartoe aanknopingspunten in de presentiebenadering van Andries Baart.

In deel 2 van het boek staan professionals centraal. Dat deel begint met een hoofdstuk over sociaal werk. In hoofdstuk 6 duiken David ter Avest en Guido Walraven aan de hand van onderzoek dieper in twee voorbeelden van manieren om de mens centraal te zetten: Eigen Kracht-conferenties (EKC's) en House of Hope. Het belangrijkste verschil tussen beide is de mate waarin zij bijdragen of juist afdoen aan het vertrouwen tussen informele en formele partijen. Sociaal werkers bij House of Hope nemen de tijd om het vertrouwen van cliënten in overheidsinstanties en professionals te herstellen, terwijl bij EKC's het koesteren van het informele netwerk en de informele setting juist leidt tot wantrouwen in die formele partijen.

Waar men bij technologie en zorg eerder aan ontmenselijking

denkt, omdat technologie menselijk contact zou verhinderen, kan technologie in de ogen van de auteurs van hoofdstuk 7 juist het contact tussen professionals en cliënten in zorg en welzijn verbeteren, maar dan wel onder de voorwaarde dat de mens van het begin af aan centraal staat. Laurence Alpay, Harmen Bijwaard en Rob Doms presenteren in hun bijdrage een model om de mens centraal te stellen bij de ontwikkeling en implementatie van technologie voor gezondheidszorg en welzijnsbevordering. De meerwaarde van het model is dat het eindresultaat zoveel mogelijk rekening houdt met gedrag van eindgebruikers en recht doet aan hun wensen, behoeften en mogelijkheden.

In het achtste hoofdstuk delen Afke Kerkstra en Marije Deutekom hun ervaringen met een project waarin studenten als *personal coach* kinderen met beperkingen stimuleren tot en begeleiden bij aangepast sporten. Op individueel niveau neemt het zelfvertrouwen toe door sporten, maar op sociaal-politiek niveau zijn er nog barrières te slechten, blijkt uit hun bijdrage. De kinderen ervaren onder meer een gebrek aan vervoersmogelijkheden. Nederland heeft als een van de laatste landen het VN-verdrag geratificeerd waarin het streven naar gelijke kansen voor mensen met beperkingen is vastgelegd; qua mogelijkheden tot sportdeelname blijkt er nog een inhaalslag nodig.

Hoofdstuk 9 is een essayistische bijdrage waarin Lilian Linders haar licht schijnt op de mens in de rol van professional. Zij schrijft over de veranderingen die volgens haar aan de kant van professionals nodig zijn om cliënten en burgers centraal te zetten. Wat Linders betreft komt dat in het sociaal werk neer op minder navelstaren. Linders maakt zich zorgen dat professionals die door de decentralisaties vooral druk zijn met hun eigen zoektocht, niet de benodigde aandacht geven aan cliënten. Casuïstiekbesprekingen gaan te vaak over de eigen twijfels, dilemma's en strubbelingen, terwijl ze zouden moeten leiden tot een dieper inzicht in de omgang met omstandigheden van cliënten, wijkbe-

woners, vrijwilligers en andere betrokkenen. Linders pleit daarom voor meer sociale reflexiviteit; het vermogen van professionals om zich te verplaatsen in anderen, te zien wat hen bindt en waarin zij verschillen van hun cliënten.

In hoofdstuk 10 laten Joost Weling en Bodo Bombosch hogeschooldocenten aan het woord over wat zij verstaan onder 'de mens centraal zetten'. Zij gaan in op hoe zijzelf in hun onderwijs proberen hun studenten centraal te stellen en hoe zij tegelijkertijd proberen studenten zo op te leiden dat deze op termijn hetzelfde met hun cliënten en patiënten zullen doen. Het blijkt dat docenten hun studenten in belangrijke mate voorbereiden op werken in een context die medemenselijkheid in de weg staat. Weling en Bombosch pleiten daarom voor een meer politiek-activistische houding ten aanzien van die context, naast de professionele en realistische houding die zij reeds bij docenten constateren.

Hoofdstuk 11 is een interview met hogeschooldirecteur Heleen Jumelet over het opleiden van professionals. Zij beantwoordt vragen en reageert op stellingen over de in dit boek behandelde thematiek. Jumelet zet uiteen hoe de inspiratievisie en de keuze voor de centrale thema's daarbinnen (interprofessioneel leren en werken, empowerment en zelfmanagement, en technologische ontwikkelingen) tot stand kwam en maakt een tussenbalans op van de verwezenlijking van die visie.

In het laatste hoofdstuk trek ik conclusies uit de verschillende bijdragen. Daarvoor ga ik systematisch na wat 'de mens centraal stellen' betekent op basis van de voorgaande hoofdstukken. Ik ontleed de mens centraal in drie H's: hoofdzaak, holisme en humaniteit. 'Hoofdzaak' slaat op de mens bovenaan de prioriteitenlijst zetten. 'Holisme' heeft betrekking op alle mogelijke invullingen van de mens als geheel beschouwen. En 'humaniteit' verwijst naar het streven om medemenselijkheid het uitgangspunt te maken in de hulp- en zorgverleningsrelaties. Humane verhoudingen tussen professional en cliënt krijgen weinig aan-

dacht in beleid rond zorg en welzijn; beleid dicht de professional een systeemwereld-imago toe dat medemenselijkheid in de weg zit. In de verschillende bijdragen aan dit boek komt het belang van humane verhoudingen sterk naar voren en de auteurs reiken een perspectief aan dat deze verhoudingen op de voorgrond plaatst.



I

De focus op het leven***Mensbeelden in beleid rond zorg en welzijn****Thomas Kampen*

In een mooi artikel in *Trouw*³ beschrijft ethicus Jan Vorstenbosch een familieavond van de zorginstelling waar zijn 92-jarige moeder woont. De familieavond is bedoeld om in gesprek te gaan over de betekenis van 'eigen regie'. Vorstenbosch denkt bij 'eigen regie' aan zelf kunnen kiezen. Hij legt de andere aanwezigen uit dat zijn moeder graag een vaste zorgverlener zou willen. In de loop van de avond blijkt dat de aanwezige professionals een heel ander idee over 'eigen regie' hebben:

'Eigen regie' blijkt vooral 'eigen verantwoordelijkheid' te betekenen: de bewoners en vooral de familie moeten veel meer eigen verantwoordelijkheid nemen, want het verzorgingshuis is geen hotel, en kan geen 24-uurszorg bieden. (...) 'Eigen regie' klinkt aantrekkelijk; wie wil er nu niet zichzelf kunnen zijn en de touwtjes in handen hebben? Maar de term slaat niet meer op de realiteit die misloopt, het is taal die de werkelijkheid van mensen en situaties reduceert tot wat de instituties graag van ze willen.

Vorstenbosch' verhaal maakt duidelijk hoe achter beleidstaal verschillende mensbeelden schuilgaan die tot haaks op elkaar staande verwachtingen kunnen leiden. Hij denkt bij iemand met eigen regie aan iemand die zelf mag kiezen, maar de zorginstel-

3) 24 september 2016

ling denkt aan iemand met verantwoordelijke naasten. Interessant is ook dat hij ervaart dat een beleidsterm als 'eigen regie' mensen reduceert tot wat instituties van ze willen. Een term waarmee beleid de mens centraal wil stellen, zoals we later zullen zien, bereikt hier dus het tegenovergestelde.

In dit hoofdstuk kijk ik naar mensbeelden in beleid rond zorg en welzijn en analyseer ik de memories van toelichting van de Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg, de Participatiewet, de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en de Jeugdwet.⁴ De laatste drie wetten staan ook wel bekend als de 'drie decentralisaties'. Een reden om te decentraliseren was dat de mens centraal moest komen te staan. In de brief waarin toenmalig Minister van Binnenlandse Zaken Ronald Plasterk in 2013 de aanstaande decentralisaties toelichtte, stelde hij:

dat maatwerk nodig is bij de ondersteuning van burgers en onnodige bureaucratie vermeden kan worden door het anders, dichter bij de burger, organiseren van dienstverlening. Niet de huidige afzonderlijke regelingen en voorzieningen dienen daarbij centraal te staan, maar de individuele ondersteuningsbehoefte van de burger. (2013, p. 1)

Minister Plasterk wilde schotten tussen voorzieningen doorbreken, een eind maken aan het langs elkaar heen werken bij de ondersteuning van multiprobleemgezinnen, één persoon die namens de gemeente ondersteunt en begeleidt en een integraal plan voor het gehele huishouden. Die opdrachten waren beter belegd bij gemeenten, want 'zij kunnen voorzien in de noodzakelijke integraliteit en maatwerk én kunnen beter inspelen op de rol van het sociale netwerk rond de burger.'

De mantra's 'maatwerk', 'dichter bij de burger', 'ontschotting', 'niet langer vijftien hulpverleners over de vloer', 'één gezin, één

4) Voor dit hoofdstuk zijn louter memories van toelichting geanalyseerd, maar voor de leesbaarheid wordt dat alleen hier vermeld.

plan, één regisseur' en 'integraal werken' zien we terug in lokaal beleid en horen we in de praktijk, ongeacht in welke gemeente we kijken of meelopen. Dat is op zich al een opmerkelijk gegeven: hoewel langdurige zorg, re-integratie en jeugdzorg naar gemeenten zijn gedecentraliseerd om lokale verschillen te laten ontstaan, is het gemeentelijk beleid verrassend eensluidend (Tonkens & Kampen 2018).

Hoewel lokaal beleid opmerkelijke overeenkomsten vertoont, blijkt bij nauwkeurige lezing van het rijksbeleid juist dat verschillende wetten steeds weer een andere invulling geven aan 'de mens centraal'. Iedere wet stuurt aan op een specifieke focus. Dat is niet geheel verwonderlijk; het ligt voor de hand dat er verschillen zijn tussen mensbeelden, omdat de wetten betrekking hebben op verschillende doelgroepen en diverse problematiek. Het is echter om twee redenen wel belangrijk om de mensbeelden in het rijksbeleid te analyseren.

Ten eerste liggen er vaak verschillende mensbeelden ten grondslag aan een beleidswijziging. En deze ambiguïteit leidt vaak tot dilemma's in de uitvoering. Daarover gaat dit hoofdstuk vooral.

Ten tweede is het idee achter de mens centraal zetten nu juist dat uitvoerende professionals niet langer vanuit afzonderlijke beleidskaders denken. Professionals moeten 'holistisch' of 'integraal' werken in plaats van 'verkokerd'. De beleidskaders met verschillende mensbeelden werken echter door in de uitvoering, onder meer vanwege de wettelijk vereiste wijzen waarop instellingen en professionals zich moeten verantwoorden. Is het dan zo dat beleid 'integraliteit' en 'maatwerk' vraagt maar tegelijk onmogelijk maakt?

Ik betoog van wel. De reden voor die ambiguïteit is dat beleidsaspiraties als integraliteit en maatwerk tevens dienen om het selectieve mensbeeld dat beleid uitdraagt te onderschrijven. Zoals in de inleiding van dit boek besproken, worden aan termen

die in de dagelijkse uitvoering en in beleid terugkeren vaak de meest uiteenlopende betekenissen toegekend. In dit hoofdstuk kijken we welke betekenis het Rijk geeft aan integraliteit, maatwerk en het adagium 'niet praten óver, maar praten mét'. Die betekenissen bekijken we steeds in relatie tot de mensbeelden achter de vijf belangrijkste wetten in zorg en welzijn.

De kiezende mens centraal *(met wensen én verantwoordelijkheden)*

We beginnen met de in 2006 ingevoerde Zorgverzekeringswet (Zvw). Het mensbeeld in de Zvw is dat van de 'homo economicus'. Hierbij is de mens eerst en vooral een economisch wezen, gericht op de bevrediging van zijn behoeften op efficiënte, rationele of logische wijze. De Zvw rekent erop dat verzekerden een kosten-batenanalyse maken. De hoogte van de premie moet ervoor zorgen dat:

[de verzekerde] scherper wordt geconfronteerd met de kosten van de zorg. Verzekerden en patiënten worden zo geprikkeld tot een kritische opstelling ten aanzien van prijs en kwaliteit van de geleverde diensten. (MvT Zvw, p. 47)

Kiezen voor de beste prijs en kwaliteit van verzekeraars en zorgaanbieders is volgens de Zvw bovendien een verantwoordelijkheid:

'De Zorgverzekeringswet biedt de burgers een scala van keuzemogelijkheden om daarmee hun eigen verantwoordelijkheid in het zorgstelsel tot uitdrukking te brengen. (...) Om zijn keuze bewust te kunnen maken, moet het de burger mogelijk zijn heldere afwegingen te maken. (MvT Zvw, p. 58)

De keuzevrijheid van burgers moet verzekeraars en aanbieders

prestatie- en cliëntgericht maken. Zorgverzekeraars komen in 'een positie waarin zij zich in onderlinge concurrentie actiever dienen in te spannen om voor hun verzekerden een gunstige prijs/prestatieverhouding bij zorgaanbieders te bedingen' (MvT Zvw, p. 2). En zorgaanbieders 'dienen meer prestatiegericht te gaan werken, en krijgen tevens meer mogelijkheden om zorg te bieden die aansluit bij de behoeften en wensen van burgers' (MvT Zvw, p. 2); oftewel: meer cliëntgericht.

Cliëntgericht betekent overigens niet dat professionals in de zorg zich volledig moeten voegen naar de wensen en behoeften van patiënten. Hoewel dit boek zich beperkt tot professionals die aan een hogeschool worden opgeleid, is het wel interessant om te zien hoe de Zvw beslissingen over zorgverlening in hoge mate toeschrijft aan artsen. De arts bepaalt volgens de Zvw 'vanuit zijn professionele autonomie, dat wil zeggen op basis van zijn kennis en kunde, welke zorg voor de patiënt aangewezen is' (MvT Zvw, p. 44). Verantwoorde zorg bepalen artsen mede op basis van 'hedendaagse standaarden, de meest recente, wetenschappelijk onderbouwde inzichten en een veilige omgeving voor de patiënt' (MvT Zvw, p. 111). Hun vrijheid is begrensd, want 'de zorgaanbieder dient zich daarbij ook bewust te zijn van de kosten van zijn handelen' (MvT Zvw, p. 44). Kostenbewustzijn mag volgens de Zvw echter niet ten koste gaan van een goede zorgverlening. Medici moeten ook afwegingen maken op basis van 'zorginhoudelijke criteria'. Dat wil zeggen dat 'waar nodig ook andere zorggebonden criteria een rol kunnen spelen, bijvoorbeeld het oordeel van een verpleegkundige' (MvT Zvw, p. 111).

Maatwerk is in de Zvw een afgeleide van marktwerking, die met de Zvw in de gezondheidszorg geïntroduceerd is. Concurrentie, die gestimuleerd wordt door marktwerking, en deregulering, zouden maatwerk mogelijk maken: 'Zorgaanbieders zullen meer prestatiegericht moeten gaan werken, maar krijgen ook meer mogelijkheden om zich van elkaar te onderscheiden en

maatwerk te leveren' (MvT Zvw, p. 5). Hierna zullen we zien dat maatwerk tegenwoordig niet het gevolg is van de keuze van het individu, maar verwacht wordt van het betrekken van de sociale omgeving. Termen als integraliteit en dialoog komen we niet of nauwelijks tegen in de Zvw, dus daarover later pas meer.

De werkende mens centraal ***(met mogelijkheden én verantwoordelijkheden)***

De probleemanalyse van de Participatiewet is dat er in de uitvoering van onder meer de bijstand te lang is gekeken naar belemmeringen om aan het werk te gaan. De overheid wil in plaats daarvan nu uitgaan van de wil om te werken en de mogelijkheden die iemand daartoe heeft. Het mensbeeld dat centraal staat in die gedachte is dat van de homo faber (werkende mens). Vanuit dit mensbeeld zijn mensen wezens met een aangeboren drang tot arbeid. De homo faber als mensbeeld staat tegenover de homo economicus, die slechts gericht zou zijn op bevrediging van de eigen behoeften. De homo economicus werkt alleen als hij daar zelf mee geholpen is.

Wijzen op de mogelijkheden staat in de Participatiewet gelijk aan wijzen op verantwoordelijkheden, want wie kansen heeft is ook verantwoordelijk om die te benutten. De Participatiewet presenteert het aanspreken op mogelijkheden en verantwoordelijkheden als een vorm van erkenning. Het zou iemands ongekende mogelijkheden erkennen:

We moeten bij uitstek oog hebben voor wat mensen wel kunnen. Mensen met een arbeidsbeperking kunnen meer dan soms wordt gedacht. Dat verdient erkenning. Niet door hun zwakte te bevestigen, maar door hen op hun mogelijkheden en verantwoordelijkheden aan te spreken. Dit wetsvoorstel neemt dat als uitgangspunt. (MvT Participatiewet, p. 3)

Het mensbeeld van de Participatiewet is dus een selectief mensbeeld. De gerichtheid op mogelijkheden laat belemmeringen met opzet buiten beschouwing. Daar laat beleid ook geen twijfel over bestaan. Het doel daarvan is het benadrukken van de verantwoordelijkheid om te werken:

Werk is beter dan een uitkering. Daarom moeten mensen die straks een beroep doen op de wwnv niet worden beoordeeld op hun beperkingen, maar op hun mogelijkheden om (deels) te werken (MvT Participatiewet, p. 5).

De Participatiewet wijst niet voor niets op mogelijkheden en verantwoordelijkheden van mensen en laat niet zomaar belemmeringen grotendeels buiten beschouwing. Belemmeringen associëren met vragen, wensen en behoeften en deze zijn van ondergeschikt belang omdat bij de homo faber - het dominante mensbeeld in de Participatiewet - de wens om te werken vooropstaat. Niet-willen behoort in dat mensbeeld niet tot de mogelijkheden. Door mogelijkheden en verantwoordelijkheden van de mens centraal te zetten, wordt iedereen die een werkloosheidsuitkering aanvraagt gewezen op het feit dat het niet gaat om wat zij willen, maar om wat zij kunnen.

Dat in de Participatiewet de mogelijkheden en niet de wensen van de mens centraal staan, wordt onderstreept door onderstaand pleidooi voor samenvoeging van de Wet werk en bijstand, de Wajong en de Wet sociale werkvoorziening onder de Participatiewet, zodat er geen verschillen meer bestaan tussen die regelingen. Daaruit blijkt dat beschikbare keuzemogelijkheden zeker niet mogen leiden tot het ontlopen van verantwoordelijkheid:

Dat de ene regeling aantrekkelijker is dan de andere heeft een belangrijk nadeel. Het kan leiden tot ongewenst gedrag: niet de stap naar werk, maar het verkrijgen of behouden van de meest

aantrekkelijke uitkering kan dan centraal komen te staan. (MvT Participatiewet, p. 4)

Dit pleidooi tegen verschillen tussen regelingen is opvallend, omdat een van de redenen om te decentraliseren nu juist was om die verschillen mogelijk te maken. Verschillen tussen regelingen die ruimte laten voor het ontlopen van verantwoordelijkheid om werk aan te pakken zijn kennelijk ongewenst.

Kortom, uit de Participatiewet spreekt het mensbeeld van de homo faber dat ervan uitgaat dat iedereen wil werken. De homo economicus is aanwezig als contrast. De wet houdt rekening met 'ongewenst gedrag', zoals een uitkering verkiezen boven werk, maar laat daarvoor zo min mogelijk ruimte door te focussen op de mogelijkheden en verantwoordelijkheden van mensen.

Integraliteit als verplaatsing

Hoe moeten professionals volgens de Participatiewet kijken om vooral mogelijkheden en verantwoordelijkheden te zien? Daar- toe stuurt de Participatiewet aan op een 'integrale aanpak'. Door middel van die integrale aanpak verplaatst de Participatiewet eventuele problemen en de verantwoordelijkheid voor oplossin- gen naar het verleden en naar overige beleidsterreinen:

Voordat mensen de arbeidsmarkt betreden, hebben zij soms al een heel traject doorlopen. Van opvoeding thuis tot onderwijs, (jeugd)zorg of contact met justitie. De oplossingen voor partici- patieproblemen liggen vaak in een eerder stadium en vaak op andere beleidsterreinen dan waar het probleem manifest wordt. (MvT Participatiewet, p. 7)

Verplaatsen van problemen maakt de gerichtheid op mogelijk- heden en verantwoordelijkheden mogelijk: het probleem is eerder

ontstaan, nu kijken we naar de oplossing! Of: het probleem ligt ergens anders, wij gaan kijken wat er wel mogelijk is!

Kortom, de Participatiewet zet de werkende mens centraal door gericht naar mogelijkheden te kijken en op verantwoordelijkheden te wijzen. De verwachting is dat wijzen op mogelijkheden de cliënt doet beseffen dat het zijn of haar verantwoordelijkheid is om de geboden kans te grijpen.

Het dilemma voor de professional is echter dat cliënten hun mogelijkheden helemaal niet als vanzelfsprekende verantwoordelijkheden beschouwen. Door problemen te verplaatsen blijven in de uitvoering van de Participatiewet de mogelijkheden centraal staan en blijven belemmeringen buiten beeld. Dat maakt het voor professionals lastig om onmogelijkheden en belemmeringen met cliënten te bespreken. Femke Kaulingfreks behandelt in hoofdstuk 5 hoe professionals hiermee omgaan en hoe jongeren in 'aandachtswijken' dit ervaren.

De autonome mens centraal *(met wensen én mogelijkheden)*

De Wet langdurige zorg is bedoeld voor mensen die voortdurend (intensieve) zorg nodig hebben in de nabije omgeving, zoals chronisch zieken, kwetsbare ouderen en mensen met een ernstige geestelijke en/of lichamelijke beperking of aandoening. Alles wat zij aan zorg nodig hebben wordt vanuit de Wlz geregeld.

De Wlz zet vooral de autonomie van zorgbehoevenden centraal, door steeds wensen en mogelijkheden te benadrukken. De memorie van toelichting maakt het centraal stellen van wensen heel concreet:

Als de verzekerde dat wil, moet hij dagelijks kunnen douchen, ook als hij daarbij vanwege zijn beperking hulp nodig heeft. De wens van de verzekerde staat hierbij centraal. Dagelijks douchen is voor de verzekerde vanzelfsprekend geen plicht. Het

gaat erom dat er afspraken over gemaakt worden. Als de verzekerde dat liever heeft, kan hij ook hulp krijgen bij het op een andere manier wassen. (MvT Wlz, p. 147)

Naast wensen zet de Wlz de behoeften en mogelijkheden van de mens centraal: 'In de Wlz wil de regering dat de wensen, behoeften en mogelijkheden van een cliënt meer centraal komen te staan' (MvT Wlz, p. 8). De tweede manier om de autonomie centraal te stellen is dus door naar de mogelijkheden van de cliënt te kijken: 'Het perspectief, drijfveren en de mogelijkheden van een cliënt zijn het uitgangspunt' (MvT Wlz, p. 39).

Net zoals de mogelijkheden en verantwoordelijkheden die de Participatiewet centraal stelt niet vanzelfsprekend met elkaar stroken, zijn ook de mogelijkheden en wensen die de Wlz centraal stelt niet zomaar te verenigen. Wat staat een zorgverlener te doen als de wens van een cliënt niet strookt met zijn of haar mogelijkheden? Denk bijvoorbeeld aan een situatie waarin de zorgbehoevende meer zelf wil doen dan goed voor hem of haar is. Of andersom: als de cliënt voortdurend om hulp vraagt, terwijl hij of zij nog prima in staat is op eigen gelegenheid naar het toilet te gaan. Wat is in dat geval de mens centraal zetten? Hulp bij toiletbezoek als behoefte respecteren of cliënten zoveel mogelijk zelf laten doen?

Volgens Van de Bovenkamp en Dwarsswaard (2016) kiezen sommige verpleegkundigen (in de palliatieve zorg) voor het eerste om op die manier de autonomie te respecteren. De mens centraal betekent voor hen dus dat de wens van de mens centraal stond. Andere verpleegkundigen uit datzelfde onderzoek vatten de mens centraal stellen echter op als de mogelijkheden van patiënten volledig benutten. Zij vinden dat het de autonomie van de patiënt juist aantast als ze alle taken overnemen. De mens centraal stellen betekent voor hen vooral de mogelijkheid tot autonoom handelen versterken (Van de Bovenkamp & Dwarsswaard 2016).

Maatwerk als ‘focus op het leven’

De Wlz kent dus veel invullingen van de mens centraal stellen: autonomie, perspectief, drijfveren, wensen, behoeften en mogelijkheden. Wanneer wensen niet stroken met mogelijkheden leidt dat tot dilemma's voor professionals. De uitweg die beleid biedt is ‘maatwerk’: zorg bieden die passend is in de specifieke situatie. Maatwerk is dus een vorm van aanpassing. De Wlz maakt heel duidelijk wie zich waaraan moet aanpassen:

De regering wil bereiken dat mensen zorg ontvangen die aansluit bij hun doelen, wensen en mogelijkheden. De cliënt hoeft zich dus niet primair aan te passen aan de zorgverlening, maar de zorg moet ondersteunend zijn aan het leven dat de cliënt nastreeft. (MvT Wlz, p. 37)

Volgens de Wlz is maatwerk een middel om ‘het leven’ van mensen centraal te stellen in plaats van ‘de zorg’:

Zeker wanneer mensen moeten verblijven in een intramurale instelling, komt de focus al snel op de zorg te liggen, in plaats van op het leven van mensen. Het realiseren van de gewenste kwaliteitsverbeteringen vraagt daarom om een versterking van de al ingezette omslag van het bestaande aanbod in instellingen: onder andere meer maatwerk en meer betrokkenheid van informele zorgverleners. (MvT Wlz, pp. 37-38)

De Wlz vraagt van zorgprofessionals dus een ‘focus op het leven van mensen’. Dat is geen gemakkelijke opdracht. Ten eerste omdat ‘het leven’ een erg breed begrip is en dat maakt focussen lastig. Ten tweede omdat ‘de zorg’ en ‘het leven’ van zorgbehoevenden nauw met elkaar verweven zijn. Daarnaast zien we ook dat de Wlz maatwerk in een adem noemt met meer betrokken-

heid van naasten.

Het leven van mensen centraal stellen kan volgens de Wlz verschillende dingen betekenen, zoals aansluiten bij het verleden of juist wensen voor de toekomst, bij culturele achtergrond en geloofsovertuiging of bij ontwikkelingsmogelijkheden:

De kwaliteit van leven van ouderen bijvoorbeeld, kan verbeterd worden als de zorg zich meer richt op het leven dat de cliënt gewend was te leiden, of gegeven zijn of haar beperkingen nu wenst te leven. Hierbij hoort het verbinden van formele en informele zorg, maar ook aandacht voor (culturele) achtergrond en levensbeschouwelijke identiteit. Bij mensen met een lichamelijke, verstandelijke en/of zintuiglijke beperking en vooral bij jongeren is veel winst te behalen in de kwaliteit van leven als er meer aandacht is voor de ontwikkelingsmogelijkheden die deze mensen nog hebben. Uiteraard gaat het hierbij om ontwikkeling naar vermogen. Kortom: het individu is het uitgangspunt bij het denken over kwaliteit. (MvT Wlz, p. 37)

De wijze waarop de Wlz maatwerk hier omschrijft laat opnieuw zien dat zorgprofessionals zich moeten laten leiden door mogelijkheden (het leven dat de cliënt gewend was te leiden, ontwikkelingsmogelijkheden) en wensen (het leven dat de cliënt wenst te leven, de achtergrond en levensbeschouwing) en dus niet door onmogelijkheden. Kortom, de term 'maatwerk' suggereert weinig sturing vanuit beleid, maar de Wlz stuurt wel degelijk aan op een 'focus op het leven' in plaats van op zorg en stuurt die focus in de richting van mogelijkheden en wensen. Berno van Meijel laat in zijn bijdrage aan dit boek zien dat die sturing richting mogelijkheden en wensen van cliënten ggz-verpleegkundigen behoorlijk in de weg kan zitten. Robbert Gobbens pleit in zijn hoofdstuk voor meer aandacht voor kwetsbaarheid in de ouderenzorg.

De zorgplanbespreking

Naast maatwerk is in de Wlz ook dialoog een middel tot het centraal stellen van de autonome mens. Dialoog zien we vooral terug in de invoering van de 'zorgplanbespreking'.

Om de autonomie van de cliënt écht centraal te zetten, zijn de (...) zorgplanbespreking en het opstellen van het zorgplan (...) wettelijk verankerd. Zorgaanbieders krijgen de plicht om met iedere cliënt een bespreking over de zorgverlening te organiseren en de resultaten daarvan vast te leggen in het zorgplan. (MvT Wlz, p. 39)

De wettelijke verankering van het zorgplan is een reactie op de gesignaleerde ontwikkeling dat er 'te vaak wordt gesproken in termen van het "mogen" meepraten over het zorgplan, of het "recht" krijgen op een gesprek over een aantal zaken'; beide kwalificeert de Wlz als schijninspraak. Met de invoering van de Wlz krijgen zorgaanbieders *de plicht* om met cliënten in gesprek te gaan.

De zorgplanbespreking moet dus een einde brengen aan schijninspraak, maar moet wel gaan over de autonomie van de cliënt. Hierboven hebben we vastgesteld dat de Wlz onder autonomie vooral wensen en mogelijkheden verstaat. De vraag is dus in hoeverre er ruimte is voor afhankelijkheid; een thema waar iedereen mee te maken krijgt, maar dat in het denken en spreken over langdurige zorg weinig ruimte krijgt (Weele et al. 2018). De richting van het gesprek wordt bovendien gestuurd door het streven om middels de zorgplanbespreking de betrokkenheid van de sociale omgeving te vergroten:

De wet bevat diverse bepalingen die beogen de langdurige zorg voor de cliënt beter te maken, zodat deze bijdraagt aan behoud of verbetering van de kwaliteit van leven. Dit wordt bereikt doordat (...) de zorgplanbespreking wettelijk verankerd wordt,

waardoor de wensen, mogelijkheden en behoeften van de cliënt meer centraal komen te staan in de zorgverlening en er meer nadruk komt op de betrokkenheid van het sociale netwerk van de cliënt. (MvT Wlz, p. 8)

Nadruk op de betrokkenheid van het sociale netwerk kan haaks staan op de wens van de cliënt. Dat zagen we bijvoorbeeld aan de ervaring van Jan Vorstenbosch waarmee dit hoofdstuk begon. Hij merkte hoe in de dialoog over 'eigen regie' tijdens een familieavond in de instelling waar zijn moeder verblijft werd aangestuurd op meer betrokkenheid van naasten terwijl zijn moeder een vaste hulpverlener wenste.

De omringde mens centraal *(met mogelijkheden én een betrokken omgeving)*

In de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015, waarin de zorg en ondersteuning voor thuiswonende mensen geregeld is, is dit mensbeeld van 'de omringde mens' of 'de mens in zijn sociale omgeving' nog dominanter dan in de Wlz. De verantwoordelijkheid om het sociaal netwerk voor zorg en ondersteuning te benutten legt de Wmo primair bij het individu. De memorie van toelichting stelt letterlijk: 'Tot de eigen verantwoordelijkheid van de ingezetene behoort ook dat hij een beroep doet op familie en vrienden – zijn eigen sociale netwerk – alvorens hij bij de gemeente aanklopt voor hulp' (MvT Wmo 2015, p. 25).

Het mensbeeld dat hier wordt opgeroepen is dat van de homo duplex. De homo duplex is een mens die zich onderdeel voelt van zowel een gemeenschap met rechten en plichten als van een persoonlijke, intieme levenssfeer (Pessers 2003).

Net als de Participatiewet schrijft de Wmo gemeenten voor om te kijken naar mogelijkheden in plaats van onmogelijkheden. Maar aangezien de Wmo gaat over mensen met een zorg- of

ondersteuningsbehoefte, is het in vergelijking met de Participatiewet ingewikkelder om onmogelijkheden buiten beschouwing te laten. In vergelijking met Wlz heeft de Wmo betrekking op mensen met behoeften aan minder intensieve zorg en daarom staan in de Wmo de mogelijkheden van het netwerk nog nadrukkelijker centraal. Het netwerk kan immers gemakkelijker lichte ondersteuning dan zware zorgtaken oppakken.

De Wmo wijst daarom voor het zoeken naar mogelijkheden van mensen met ondersteuningsbehoeften uitdrukkelijk naar hun sociale omgeving. Onder de mogelijkheden van cliënten verstaat de Wmo ook steeds de mogelijkheden van het netwerk:

Het is van belang de ondersteuning te richten op de persoon en diens omgeving in plaats van uitsluitend op diens aandoening, beperking of indicatie. Het welbevinden van mensen dient centraal te staan.' (MvT Wmo 2015, p. 2)

De Wmo zet de mens dus op een hele andere manier centraal. De Wmo zet het welbevinden van de mens centraal en beschouwt dat als mede bepaald door de sociale omgeving.

Dit perspectief op de werkelijkheid geeft aanleiding tot dilemma's in de uitvoering door professionals. De Wmo heeft vooral oog voor de positieve bijdrage die het netwerk kan leveren aan het welbevinden van zorgbehoevenden, hoewel afhankelijkheid van de sociale omgeving ook als problematisch ervaren kan worden (Grootegoed 2013; Bredewold et al. 2018a, 2018b; Kampen et al. 2018) en negatieve effecten kan hebben. De Wmo gaat met haar eenzijdige perspectief op de mogelijkheden van het netwerk gemakkelijk voorbij aan de vraag of mensen wel geholpen willen worden door de mensen die het dichtst bij hen staan.

Het invoeren van hulp door de overheid is niet zelden juist een manier om relaties met naasten goed te houden (Bredewold et al. 2018a). Bijvoorbeeld als een alleenstaande oudere hulp in

het huishouden aanvraagt omdat de kinderen niet steeds het halve bezoek op zondag met schoonmaken bezig willen zijn. Of stel dat een schuldhelpverlener een vriend vraagt om een cliënt die zich in de schulden steekt aan zijn betalingsverplichtingen te herinneren. De vriend zegt toe, maar zodra de schuldhelpverlener de deur achter zich dichttrekt, maakt hij misbruik van de situatie door de cliënt geld af te troggelen. De keerzijde van het betrekken van de sociale omgeving is dus ook risico op misbruik, intimidatie en onderdrukking.

Deze keerzijden blijven niet onopgemerkt door de overheid. Haar onbehagen bij het overlaten van zorg en ondersteuning aan het netwerk is voelbaar in recente overheidscampagnes rond oudermishandeling en financieel misbruik van ouderen. Die risico's gelden niet alleen voor ouderen. Doordat mensen met beperkingen steeds minder in instituties en meer in 'gewone' wijken wonen, neemt ook voor hen het risico op mishandeling en misbruik toe (Bredewold 2014). Een complicerende factor daarbij is dat het zicht daarop steeds verder afneemt door beleid dat erop gericht is mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen (Kampen & Tonkens 2018). Als mensen langer thuis wonen, ontstaat het risico dat nalatigheid, misbruik, mishandeling en intimidatie achter de voordeur verdwijnen en zich aan het blikveld van professionals onttrekken.

Kortom, het mensbeeld van de homo duplex dat in de Wmo centraal staat, levert een spanning op tussen wensen van cliënten en betrokkenheid van de sociale omgeving. Ook hier moet integraliteit een uitweg bieden, volgens de Wmo.

Integraliteit als oog voor de omgeving

De Wmo beschouwt integraliteit als een perspectief dat zicht biedt op zowel de situatie van de individuele cliënt als zijn of haar sociale omgeving. Onder het kopje 'Integrale ondersteuning' staat als eerste:

Mensen die zich tot de gemeente wenden voor maatschappelijke ondersteuning, moeten er op kunnen rekenen dat een gemeente bij de beoordeling van deze melding vooral kijkt naar de persoon en het huishouden waarvan betrokkene deel uitmaakt, evenals naar de mantelzorger. (...) Het bezien van de mogelijkheden om tot een goed arrangement van ondersteuning te komen, vraagt een bredere blik. (MvT Wmo 2015, pp. 17-18)

Uit de wijze waarop integraliteit hier als voorwaardelijk voor goede ondersteuning wordt gepresenteerd, blijkt hoe dominant het mensbeeld van 'de mens in zijn sociale omgeving' is. De overheid presenteert het als een belang van de zorgvrager dat er expliciet naar de sociale omgeving wordt gekeken. Uit onderzoek naar keukentafelgesprekken (Kampen et al. 2018) en netwerkversterkingstrajecten (Bredewold et al. 2018b) blijkt echter dat de perspectieven van zorgbehoevenden en hun naasten regelmatig conflicteren. De vraag is dan waaraan de professional prioriteit geeft.

De delibererende mens centraal ***(met inspraak én verantwoordelijkheid)***

De mens in zijn sociale omgeving zien we ook in de Jeugdwet, maar hierin roept de overheid ook een ander, nog dominanter mensbeeld op: dat van Sartres delibererende mens.⁵ Volgens dit mensbeeld moet de stem van de mens centraal komen te staan. De analyse van het probleem in de jeugdzorg is dat er iets moet gebeuren aan het gebrek aan inspraak van jongeren:

Bij het centraal stellen van de cliënt en het versterken van zijn positie kan het niet anders dan dat jongeren en ouders actief worden betrokken bij het inventariseren van en de keuze voor

5) Sartre noemde dit de 'vrij kiezende' mens.

de gewenste vormen van hulp die passend zijn bij hun vragen en wensen in hun directe omgeving. (MvT Jeugdwet, p. 36)

Volgens Sartre moet de mens in staat en vrij zijn om bewuste keuzes te maken tussen verschillende leefwijzen. Deze vrijheid beschouwt hij ook als een verantwoordelijkheid waaraan niemand zich mag onttrekken. De mens centraal zetten betekent volgens de Jeugdwet dus dat professionals beter luisteren naar de oplossing die jeugdigen zelf voor ogen hebben. De Jeugdwet legt daarbij wel in een adem een deel van de verantwoordelijkheid bij de sociale omgeving:

Professionals moeten bij de vaststelling van welke ondersteuning, hulp of zorg nodig is, meer samen met de jeugdigen en ouders meedenken over de meest wenselijke oplossing in aansluiting op de eigen draagkracht en de kracht van het sociale netwerk. (MvT Jeugdwet, p. 10)

Inspraak van jongeren en hun ouders staat in de Jeugdwet dus voorop, maar dan wel om te komen tot een oplossing die 'aansluit op' de verantwoordelijkheid van jongeren ('draagkracht') en hun sociale omgeving ('kracht van het sociale netwerk'). De rol van professionals is hierover meedenken. Daarbij doen zich twee mogelijke problemen voor. Ten eerste gaan meer inspraak en meer verantwoordelijkheid niet vanzelf samen, want wellicht laat een jeugdige zijn stem vooral horen om te bepleiten dat iemand anders meer verantwoordelijkheid zou moeten nemen of dat de eigen verantwoordelijkheid te zwaar weegt. Een tweede probleem is dat jongeren met problemen bij uitstek een groep zijn die het contact met hun oude sociale omgeving hebben verbroken (in geval van 'strengere ouders') of juist geen baat hebben bij meer contact met hun sociale omgeving (in geval van 'verkeerde vrienden'). Kortom, de betrokkenheid van het netwerk staat op

gespannen voet met de inspraak van de cliënt.

De sturing van inspraak in de richting van meer naastenhulp gaat niet aan jongeren voorbij. Pieter Hilhorst en Jos van der Lans stelden vast dat jongeren anticiperen op pogingen van professionals om hun netwerk te betrekken: 'Als je zegt dat je contact hebt met je moeder gaan ze meteen kijken of je weer thuis kunt wonen', vertelde een Amsterdamse dakloze jongere aan hen. De andere jongeren vielen hem bij: 'Je moet altijd zeggen: ik heb niemand, ik zie niemand, niemand kan me helpen.' (2014, p. 36)

Een cliënt die maximaal gebruik wil maken van voorzieningen, doet er verstandig aan minimale informatie prijs te geven over zijn netwerk. Dat beleid zulk calculerend gedrag losmaakt, stelt professionals voor dilemma's zoals: geloof ik iemand op zijn woord of graaf ik dieper? Het probleem daarbij is dat de een het achterste van zijn tong laat zien, mogelijk uit onbeholpenheid, en de ander niet (Kampen 2017).

Dialogoog als 'cliëntparticipatie'

De meest in het oog springende oplossing om inspraak en verantwoordelijkheden te verenigen is door beide te vatten onder de noemer 'cliëntparticipatie'. Cliëntparticipatie bevorderen betekent in de Jeugdwet het stimuleren van inspraak, verantwoordelijkheid of beide.

De Jeugdwet benoemt voorwaarden waaronder de stem van jongeren meer gehoor moet krijgen. Om inspraak mogelijk te maken vraagt de Jeugdwet ten eerste van professionals en bestuurders een gedeelde houding en visie ten aanzien van cliëntparticipatie:

Met dit wetsvoorstel wordt beoogd jeugdigen en ouders meer invloed te geven op de kwaliteit van zorg die hen geboden wordt. De praktijk wijst uit dat cliëntinvloed valt of staat met de houding van bestuurders en professionals en het hebben van een gedeel-

de visie (namelijk tussen cliënten en instelling) op cliëntenparticipatie en de uitvoering ervan. (MvT Jeugdwet, p. 36)

De houding die de overheid van professionals verwacht is een luisterende houding die 'vraaggericht' is en zich manifesteert als 'praten mét in plaats van praten óver' de cliënt. Net als bij de zorgplanbespreking van de Wlz dienen professionals in gesprek met jongeren aan te sturen op eigen verantwoordelijkheid van jeugdige en gezin:

Het moet voor ouders en professionals vanzelfsprekend zijn dat ouders zelf de regie nemen en houden over de opvoeding van hun kinderen (tenzij dit een onverantwoord risico voor het kind oplevert). Dat vraagt een vraaggerichte houding van hulpverleners, waarbij uitgegaan wordt van de 'eigen kracht' van jongeren en ouders en het besef dat zij verantwoordelijk zijn voor zichzelf en, in het geval van ouders, ook voor hun kinderen. Hierop zijn zij ook aanspreekbaar. Dit betekent praten *met* ouders en jeugdigen in plaats van *over* hen en in de hulpverlening aansluiten op wat mensen en hun sociale netwerk zelf kunnen. (MvT Jeugdwet, p. 16)

Beleid verwacht dat door een luisterende houding van de professional oplossingen aan het licht komen. Maar dat nodigt wel uit tot selectief luisteren. Jeugdigen hebben vermoedelijk veel te vertellen over problemen en moeizame relaties met ouders. Dienen professionals die gesprekken dan te sturen naar wat er nog wel mogelijk is? Voelen jongeren zich dan wel gehoord en serieus genomen? Het hoofdstuk van Roel van Goor en Marte Wiersma gaat hier dieper op in.

Een ander dilemma voor professionals is dat een luisterende houding in theorie schuurt met de opdracht om jeugdigen en hun ouders te bewegen tot het nemen van verantwoordelijkheid. Wijzen op de verantwoordelijkheid vraagt immers niet alleen om luisteren, maar ook om terugpraten; soms op dwingende

toon. Zowel Kaulingfreks als Van Goor en Wiersma raken in hun hoofdstukken aan dit dilemma.

Conclusie

De analyse van de memories van toelichting toont aan dat de behandelde wetten redeneren vanuit verschillende mensenbeelden wanneer zij het hebben over 'de mens centraal stellen'. De Zorgverzekeringswet gaat uit van de kiezende mens, de Participatiewet van de werkende mens, de Wet langdurige zorg van de autonome mens, de Wmo 2015 van de omringde mens en de Jeugdwet van de delibererende mens. Maar de wetten streven allemaal hetzelfde doel na: meer verantwoordelijkheid bij burgers leggen.

Dat gebeurt echter in verhullende termen. De Zvw geeft keuzevrijheid, maar beschouwt het nemen van die vrijheid als een verantwoordelijkheid. De Participatiewet ziet mogelijkheden en verantwoordelijkheden, waarmee vooral bedoeld wordt dat werklozen de verantwoordelijkheid hebben om hun mogelijkheden te benutten. De Wlz gaat uit van wensen en mogelijkheden, maar de nadruk op willen en kunnen riskeert dat kwetsbaarheden ondersneeuwen. De Wmo is gericht op mogelijkheden en doelt daarmee vooral op betrokkenheid van de sociale omgeving. De Jeugdwet geeft jeugd inspraak, maar dan wel in hoe zij hun verantwoordelijkheid willen nemen.

Met integraliteit, maatwerk en dialoog spoort beleid professionals aan om het streven waar te maken, maar die opdrachten zijn ook niet vrij van sturing. 'Integraliteit' is vooral een manier om de mens in zijn verantwoordelijke, sociale omgeving te beschouwen. Met 'maatwerk' nodigt beleid professionals vooral uit om de mogelijkheden en verantwoordelijkheden van cliënten en naasten als uitgangspunt voor hulpverlening te nemen. En ook de 'dialoog' moet vooral gaan over meer verantwoordelijkheid

van cliënten en naasten.

Al deze tweeslachtige beleidsopdrachten stellen niet alleen tegenstrijdige verwachtingen aan cliënten, maar zadelen ook professionals op met dilemma's. Hoe leg ik mijn patiënt uit dat ik bepaal en niet zij? Hoe maak ik deze vrouw duidelijk dat zij haar kansen op een dikbetaalde baan overschat? Stimuleer ik deze relatief gezonde man zelf naar het toilet te gaan of respecteer ik dat hij daar hulp bij wil? Schat ik de situatie in op basis van wat de cliënt of zijn netwerk mij vertelt? Wijs ik deze jongere op zijn verantwoordelijkheid om zijn leven op de rit te krijgen of schaad ik dan zijn vertrouwen in mij? Dilemma's maken onderdeel uit van de professionele uitvoering, laat daar geen misverstand over bestaan. Maar als iedere uitweg uit die dilemma's gebillijkt kan worden als een keuze voor de mens centraal zetten, dan verhuult deze kreet de morele dilemma's en blijven pijnlijke keuzes en consequenties onbesproken. Dat is problematisch, want iedere keuze kan er ook toe leiden dat de cliënt zich buitenspel gezet, niet gezien of niet gehoord voelt.

De vraag is in hoeverre verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, jongerenwerkers en andere professionals op professionele gronden weerstand kunnen bieden aan beleidssturing die het werken aan professionele doelen in de weg zit. Lukt het hen dan om in dialoog met de cliënt en zijn of haar naasten meer te horen dan wat zij volgens beleid zouden moeten horen? Slagen zij erin om de blik niet af te wenden van problemen, maar te zien wat hun professionaliteit van hen verlangt? En wat doen zij als dat niet lukt? Antwoorden op deze vragen zijn belangrijk, omdat ze een beeld geven van de huidige staat van de professionaliteit van beroepen in zorg en welzijn. De komende hoofdstukken zullen met elkaar een antwoord geven waar ik in de conclusie nog eens bij zal stilstaan.

2

De oudere centraal stellen betekent oog hebben voor kwetsbaarheid***Een model voor een realistisch mensbeeld****Robbert Gobbens*

De komende jaren neemt het aantal ouderen in Nederland snel toe. Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) waren er in 2012 2,7 miljoen mensen van 65 jaar en ouder, in 2041 zullen dat er 4,7 miljoen zijn. Vooral het aandeel 65-79-jarigen op de totale Nederlandse bevolking zal sterk stijgen; vanaf 2025 geldt dit ook voor de groep mensen van 80 jaar en ouder (CBS Bevolking Statistiek, z.d.). In grote lijnen zijn deze demografische veranderingen toe te schrijven aan de gestegen welvaart en daarmee samenhangende aspecten als betere scholing, voeding en woningen, minder schadelijke omgevingsfactoren en een betere gezondheidszorg (Gezondheidsraad 2005).

In deze bijdrage worden eerst twee tegenstrijdige beelden van ouderen geschetst, namelijk het beeld dat ouderen alleen maar een last voor de samenleving zijn en het beeld dat zelfs de hoge ouderdom heel goed kan worden doorgebracht. Tussen deze twee beelden kan een derde beeld worden gepositioneerd: het beeld dat ouderen kwetsbaar zijn. Deze ouderen hebben tekorten in functioneren, maar zij hebben ook hun kracht en mogelijkheden. Van kwetsbaarheid bestaan veel definities; enkele daarvan worden in dit hoofdstuk belicht.

Deze bijdrage is een pleidooi voor het hanteren van een inte-

grale definitie van kwetsbaarheid, omdat een dergelijke definitie het totaal functioneren van de mens centraal stelt. Er wordt een daarbij passend model gepresenteerd; dit model schetst het traject van kwetsbaarheid, dat uitmondt in gevolgen als opname in een ziekenhuis of verpleeghuis.

Vervolgens wordt nader ingezoomd op twee onderdelen van het model: levensloopdeterminanten en kwaliteit van leven. Daarna wordt aan de hand van enkele citaten duidelijk gemaakt wat voor ouderen belangrijk is in hun leven en wat hun kwaliteit van leven bepaalt. De daaropvolgende paragraaf laat zien hoe professionals tegemoet kunnen komen aan de individuele behoeften en wensen van ouderen. Het antwoord daarop is interprofessionele samenwerking. De bijdrage eindigt met een slotbeschouwing met aanbevelingen voor de praktijk, onderzoek en onderwijs.

Beelden van ouderen

Een dominant maatschappelijk beeld van ouderen is negatief. Voor veel mensen roept ouder worden het beeld op van versleten zijn, zwakker worden, aftakeling en onherroepelijk te maken krijgen met chronische ziekten. Ouderen zijn in deze opvatting een last voor de samenleving; medeburgers die hun tijd hebben gehad, die een last vormen voor de samenleving en wier onvermogen leidt tot afhankelijkheid van anderen. In de gerontologie en veel ouderenonderzoek was deze opvatting lange tijd zeer gangbaar. Deze opvatting kenmerkt bijvoorbeeld het lange tijd dominante deficit-model (Wereldgezondheidsorganisatie 1980). Volgens dit model ontwikkelt de levensloop van de mens zich als volgt: eerst een toename van kennis en vaardigheden in de jeugd, daarna het hoogtepunt ten tijde van middelbare volwassenheid en tot slot de ouderdom die wordt gekenmerkt door achteruitgang.

In de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw rekenden onderzoekers af met dit negatieve beeld van ouderen (Baltes &

Baltes 1990; Rowe & Kahn 1987). Zij verkondigden dat ouderdom plezierig kan worden doorgebracht. Goed oud worden beschouwden zij als het succesvol aanpassen van het individu aan veranderingen gedurende het ouder worden. Havighurst ontwikkelde een vergelijkbare definitie, maar zette het perspectief van de oudere meer centraal. Volgens Havighurst is er sprake van succesvol oud worden als de persoon in kwestie zelf gestelde doelen kan behalen en tevreden is over het eigen leven (Havighurst 1963).

In Nederland heeft de 'Leiden 85-plus Studie' hoge ouderdom positief voor het voetlicht gebracht. In deze studie had 45% van de participanten (mensen van 85 jaar en ouder) optimale scores voor welbevinden. Participanten beschouwden het hebben van sociale contacten als de belangrijkste voorwaarde voor welbevinden. Om succesvol oud te zijn was het volgens hen bovendien essentieel om zich te kunnen aanpassen aan beperkingen in het dagelijks leven (Von Faber et al. 2001).

Deze manier van denken is ook dominant in de tegenwoordig populaire notie van 'positieve gezondheid'. Met de focus op 'gezondheid' in plaats van op ziekte beoogt Machteld Huber het denken over zorg te veranderen. In die manier van denken wordt gezondheid gezien als het vermogen zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven (Huber 2014). De term 'positieve gezondheid' moet het 'potentieel' van mensen benadrukken en niet wat er niet meer gaat. Gezondheid wordt dan niet meer gezien als de af- of aanwezigheid van ziekte, maar als het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren.

Het pleidooi in dit hoofdstuk is dat er tussen ziekte en positieve gezondheid de notie van kwetsbaarheid gepositioneerd dient te worden en aandacht verdient. De focus hoeft niet louter te liggen op die kwetsbaarheid; dan verliezen we uit het oog wat iemand nog wel kan. Maar we moeten ook niet alleen kijken naar wat ouderen

nog wel kunnen. Want hoewel positieve gezondheid een optimistisch beeld van ouderen oproept, zullen er nu en in de toekomst vele ouderen in Nederland zijn die leven met beperkingen en chronische ziekte.

Van de 65- tot 74-jarigen kampt 20% met beperkingen in het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) of instrumentele algemene dagelijkse levensverrichtingen (IADL); bij 75-plussers neemt dit percentage toe tot 48% (CBS, z.d.a). Naast lichamelijke beperkingen kunnen ouderen ook psychische beperkingen hebben. Depressie is de meest voorkomende psychische beperking; 25% van de 65-plussers ervaart deze klachten (Zorg voor beter, z.d.). Bekend is dat na het 65ste levensjaar de kans om dementie te krijgen iedere vijf jaar verdubbelt (Alzheimer Nederland, z.d.). Ook het hebben van een of meer chronische ziekten (multimorbiditeit) hangt samen met ouder worden. Van de 65- tot 75-jarigen heeft 46% twee of meer chronische ziekten en van de 75-plussers betreft dit 57%. Reumatoïde artritis, cerebro vasculair accident, hartaandoeningen en arteriosclerose komen het meest voor in combinatie met andere ziekten (CBS, z.d.b).

In 2015 is de hervorming van de langdurige zorg ingevoerd. Sindsdien ligt er meer verantwoordelijkheid voor zorg en steun aan hulpbehoevende ouderen bij burgers. Daarmee wil de overheid stimuleren dat ouderen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) heeft laten zien dat zelfstandig wonen tot op hoge leeftijd goed mogelijk is indien ouderen beschikken over een goede gezondheid, een groot sociaal netwerk en eigen regie (Van Campen et al. 2017). Thuis ouder worden – of ‘ageing in place’ – heeft ook de voorkeur van het merendeel van de ouderen (Gilleard, Hyde & Higgs 2007). Deze voorkeur komt echter wel onder druk te staan als ouderen meerdere problemen gaan ervaren. Dit kan er bijvoorbeeld toe leiden dat de woonomgeving onvoldoende aansluit bij de behoeften van ouderen.

Binnen de geriatrie wordt een combinatie van

problemen bij ouderen aangeduid met de term 'kwetsbaarheid', in het Engels '*frailty*'. Kwetsbare ouderen is het derde beeld van ouderen en dit beeld kan worden gepositioneerd tussen de twee andere gepresenteerde beelden, de oudere als last voor de samenleving en de oudere die succesvol oud wordt. Het is een relevant en actueel beeld, omdat er veel zelfstandig wonende kwetsbare ouderen zijn en dit aantal in de toekomst nog sterk zal toenemen. Volgens het SCP neemt het aantal kwetsbare ouderen tussen 2010 en 2030 toe met ruim 300.000 (Van Campen, Ras & Den Draak 2011).

Kwetsbaarheid

Kwetsbaarheid is van origine een concept dat medici gebruiken. Dit verklaart waarom de focus bij kwetsbaarheid in eerste instantie sterk was gericht op lichamelijke problemen die ouderen kunnen krijgen. Dit komt tot uitdrukking in de veelvuldig geciteerde definitie van kwetsbaarheid van Fried en zijn collega's: 'een biologisch syndroom waarbij sprake is van een verminderde reserve en weerstand tegen stressoren, dat het resultaat is van dalingen van diverse fysiologische systemen' (Fried et al. 2001). Wie deze smalle definitie hanteert, zoomt in op lichamelijke kwetsbaarheid en gaat voorbij aan het totaal functioneren van ouderen. Ouderen kunnen echter ook problemen hebben die betrekking hebben op psychische en sociale kwetsbaarheid. Een eenzijdige focus op lichamelijke kwetsbaarheid kan leiden tot fragmentatie van zorg en daarmee samenhangend een gebrek aan aandacht voor het centraal stellen van de mens met al zijn persoonlijke behoeften en wensen. (Gobbens et al. 2010a; Markle-Reid & Browne 2003).

De laatste jaren komen er gelukkig steeds meer definities van kwetsbaarheid waarin het integraal functioneren van ouderen goed tot uiting komt. In deze definities is niet alleen aandacht voor lichamelijke problemen, maar ook voor psychische en so-

ciale problemen die ouderen kunnen ervaren. Onze definitie van kwetsbaarheid luidt: 'een dynamische toestand waarin een individu verkeert die tekorten heeft in één of meerdere domeinen van het menselijk functioneren (lichamelijk, psychisch, sociaal), die door een diversiteit van variabelen wordt beïnvloed en de kans op het optreden van ongewenste uitkomsten vergroot' (Gobbens et al. 2010a).

Bovenstaande twee definities van kwetsbaarheid zijn zogeheten conceptuele definities; ze beschrijven een bepaald concept, in dit geval kwetsbaarheid, in abstracte termen. Voor het daadwerkelijk identificeren van kwetsbaarheid bij ouderen, en daar gaat het uiteindelijk om, is een operationele definitie noodzakelijk. Zo'n operationele definitie bevat waarneembare gegevens die duiden op kwetsbaarheid. Ook bij operationele definities en de bijbehorende meetinstrumenten zien we de twee verschillende opvattingen over kwetsbaarheid terug.

Voor het bepalen van lichamelijke kwetsbaarheid wordt in studies en in de praktijk het fenotype van *frailty* vaak gebruikt (Fried et al. 2001). In vele internationale studies is aangetoond dat het fenotype van frailty een valide instrument is om lichamelijke kwetsbaarheid bij zelfstandig wonende ouderen vast te stellen (Ensrud et al. 2007; Fried et al. 2001; Makizako et al. 2015; Op het Veld et al. 2015). Het fenotype bestaat uit de volgende componenten: onbedoeld gewichtsverlies, zwakheid, uitputting, traagheid in lopen, lage fysieke activiteit. Als een oudere ten minste drie van deze problemen heeft dan is de oudere volgens deze definitie kwetsbaar. Voor het vaststellen hiervan worden zowel fysieke testen als zelf-rapportage ingezet.

Als alternatief heb ik met collega's de *Tilburg Frailty Indicator* (TFI) ontwikkeld. Met behulp van de TFI kan zowel de lichamelijke als de psychische en sociale kwetsbaarheid worden bepaald (Gobbens et al. 2010b). Dit noemen wij multidimensionele kwetsbaarheid. Acht componenten verwijzen naar lichamelijke kwets-

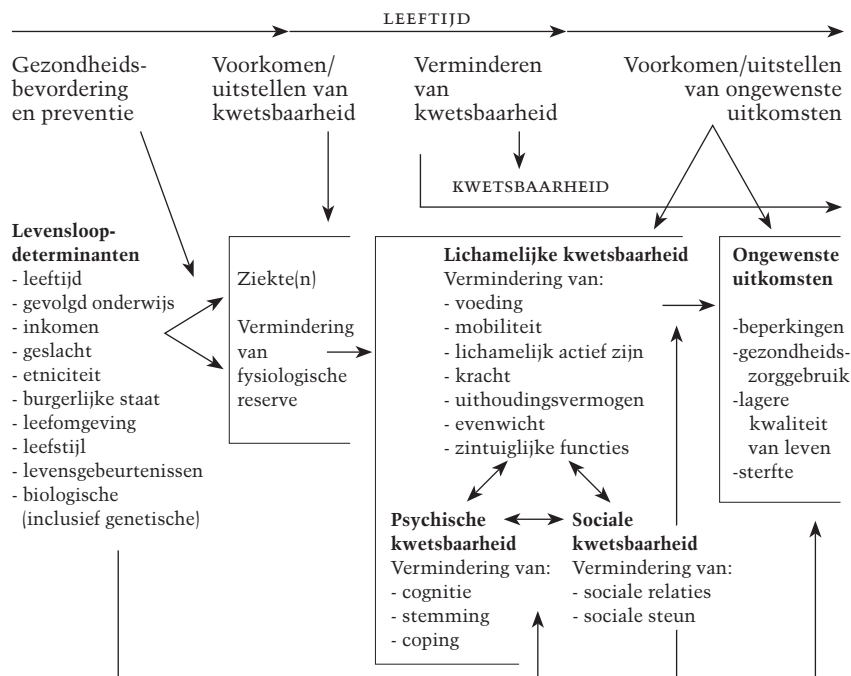
baarheid: lichamelijke ongezondheid, onbedoeld gewichtsverlies, slecht lopen, slecht evenwicht, slecht gehoor, slecht gezichtsvermogen, weinig kracht in de handen, lichamelijke moeheid. Vier componenten hebben betrekking op psychische kwetsbaarheid: geheugenklachten, somberheid, nervositeit of angst, slecht omgaan met problemen. Sociale kwetsbaarheid bestaat uit drie componenten: alleenwonend, eenzaamheid en onvoldoende sociale steun.

De TFI is een vragenlijst die ouderen zelf invullen. De TFI is ontwikkeld in Nederland en daar ook gevalideerd onder zelfstandig wonende mensen van 75 jaar en ouder (Gobbens, Van Assen, Luijkx & Schols 2012; Gobbens et al. 2010b). Inmiddels is de TFI vertaald en gevalideerd door acht buitenlandse onderzoeksgroepen waaronder groepen in Brazilië, Denemarken, China en Polen (Andreasen et al. 2014; Dong et al. 2017; Santiago et al. 2013; Uchmanowicz et al. 2016).

Een integraal model van kwetsbaarheid

De componenten van kwetsbaarheid die samen de TFI vormen zijn de kern van een integraal model van kwetsbaarheid (zie figuur 1).

Dit model is een verbijzondering van een model dat ontwikkeld is door een groep Canadese onderzoekers: *A working framework in development* (Bergman et al. 2004). Het geeft het traject weer van kwetsbaarheid naar ongewenste uitkomsten. Links in het model staan levensloopteterminanten: leeftijd, gevolgd onderwijs, inkomen, geslacht, etniciteit, burgerlijke staat, leefomgeving, leefstijl, levensgebeurtenissen, biologische (inclusief genetische) determinanten. Ze zijn van invloed op het verloop van het verouderingsproces van de mens en bepalen ook of deze gedurende zijn/haar leven wordt getroffen door een ziekte. In de volgende paragraaf wordt ingezoomd op bevindingen uit studies over de samenhang tussen levensloopteterminanten en kwetsbaarheid. Kennis over deze samenhang biedt professionals hand-



FIGUUR 1. INTEGRAAL MODEL VAN KWETSBAARHEID (GOBBENS ET AL. 2010B)

vatten voor vroegsignalering van kwetsbaarheid en zet aan tot preventieve interventies. Verderop in dit hoofdstuk volgen voorbeelden hiervan.

Omdat het hebben van een ziekte of een combinatie van ziekten (multimorbiditeit) een belangrijke determinant is van kwetsbaarheid bij ouderen, heeft dit een aparte plaats gekregen in het model. Van de ziekten diabetes mellitus, anemie en hartfalen is bekend dat zij kunnen leiden tot kwetsbaarheid (Fried et al. 2001; Morley et al. 2006; Van Oostrom & Spijkerman 2016). Kwetsbaarheid en multimorbiditeit komen samen voor bij ouderen. Het is echter niet zo dat bij alle kwetsbare ouderen sprake is van multimorbiditeit; dit geldt voor ongeveer 50% van de ouderen en verschilt bovendien per domein van kwetsbaarheid. Ouderen die kampen met lichamelijke kwetsbaarheid hebben vaker mul-

timorbiditeit ten opzichte van ouderen die psychisch of sociaal kwetsbaar zijn (Van Oostrom & Spijkerman 2016).

Centraal in het conceptueel model van kwetsbaarheid staan de drie vormen van kwetsbaarheid (lichamelijk, psychisch, sociaal) met bijbehorende componenten. De drie pijlen geven aan dat de drie vormen van kwetsbaarheid niet los van elkaar moeten worden beschouwd; ze hangen met elkaar samen. Uit een studie onder Nederlandse zelfstandig wonende ouderen bleek dat de samenhang tussen lichamelijke kwetsbaarheid en psychische kwetsbaarheid het sterkst was (Gobbens et al. 2010b).

Rechts in het model staan ongewenste uitkomsten van kwetsbaarheid: beperkingen, gezondheidszorggebruik, een lagere kwaliteit van leven, sterfte. Beperkingen kunnen ouderen belemmeren bij het uitvoeren van activiteiten van het dagelijks leven (ADL). Twee vormen van ADL worden onderscheiden: basale activiteiten van dagelijks leven (BADL) en instrumentele activiteiten van dagelijks leven (IADL). BADL heeft betrekking op zelfverzorging, bijvoorbeeld zelf uit bed kunnen komen en jezelf kunnen aan- en uitkleden. IADL verwijst naar de huishouding kunnen voeren, bijvoorbeeld zelfstandig maaltijden klaar kunnen maken en boodschappen kunnen doen. Meestal ervaren ouderen eerst beperkingen in het uitvoeren van IADL, daarna volgen de beperkingen in BADL (Wong et al. 2010).

Kwetsbaar zijn en beperkingen hebben is overigens niet hetzelfde. Studies laten zien dat er wel overlap bestaat, maar dat de concepten beperkingen en kwetsbaarheid onderscheidend zijn; de meeste onderzoekers beschouwen kwetsbaarheid als een voorstadium van beperkingen (Abellan van Kan et al. 2008). Uit een Nederlandse studie blijkt bijvoorbeeld dat onverklaarbaar gewichtsverlies, slecht lopen, slecht evenwicht en gezichtsverlies een beperking voorspelden in het uitvoeren van ADL één of twee jaar later (Gobbens & Van Assen 2014).

Kwetsbaarheid kan ook leiden tot gezondheidszorggebruik, een

lagere kwaliteit van leven en sterfte (Fried et al. 2001; Kojima 2016; Kojima et al. 2016; Rockwood et al. 2005; Shamliyan et al. 2013). Bij gezondheidszorggebruik moet niet alleen worden gedacht aan ziekenhuis- of verpleeghuisopname, maar ook aan de inzet van wijkverpleging, het gebruikmaken van een fysiotherapeut, diëtist, pedicure, maatschappelijk werk en mantelzorg. Uit een eerdere studie is gebleken dat kwetsbare ouderen vaker een huisarts bezoeken, vaker een beroep doen op mantelzorg en van meer verschillende disciplines gebruikmaken in vergelijking met niet-kwetsbare ouderen (Gobbens et al. 2012). Omdat een lagere kwaliteit van leven een belangrijke ongewenste uitkomst voor ouderen is, wordt daar in een aparte paragraaf uitgebreid bij stilgestaan.

Naast de operationele definitie van kwetsbaarheid, levensloopdeterminanten en ongewenste uitkomsten presenteert het model aangrijpingspunten voor interventies die door zorg- en welzijnsprofessionals kunnen worden uitgevoerd. De verticale pijlen in het model verwijzen naar de verschillende momenten waarop geïntervenieerd kan worden om kwetsbaarheid of gevolgen daarvan te voorkomen (zie figuur 1). Met gezondheidsbevordering en preventie wordt beoogd kwetsbaarheid te voorkomen of de aanvang ervan uit te stellen. Er kan ook worden geïntervenieerd als ouderen al kwetsbaar zijn; doelen zijn dan het verminderen van kwetsbaarheid of het voorkomen of uitstellen van de ongewenste uitkomsten ervan, zoals beperkingen in het uitvoeren van ADL en vroegtijdig overlijden.

Levensloopdeterminanten

Dat een hoge leeftijd gepaard gaat met meer kwetsbaarheid zal weinig verbazing wekken; dit is met name van toepassing op lichamelijke kwetsbaarheid (Fried et al. 2001; Gobbens et al. 2010a). Uit de meeste studies blijkt dat vrouwen kwetsbaarder zijn dan mannen. Dit geldt voor lichamelijke (Collard et al. 2012)

en sociale kwetsbaarheid (Gobbens et al. 2010a). Een goede verklaring voor de eerste bevinding is nog onvoldoende aan te dragen. De hogere prevalentie van sociale kwetsbaarheid bij vrouwen is eenvoudig te verklaren door het feit dat meer vrouwen alleenstaand zijn; bovendien geven meer vrouwen dan mannen aan dat zij kampen met gevoelens van eenzaamheid. Dit is overigens ook het geval bij gevoelens van somberheid en nervositeit en angst; op deze twee psychische componenten van kwetsbaarheid verschillen vrouwen en mannen (in de leeftijdscategorie 58-64 jaar) significant van elkaar (Gobbens et al. 2012). Ook burgerlijke staat is gerelateerd aan kwetsbaarheid; bij verweduwde ouderen is hier vaker sprake van (Runzer-Colmenares et al. 2014).

Er is ook veel bewijs dat mensen die uitsluitend lager onderwijs hebben gevolgd en een laag inkomen hebben, meestal uitgedrukt in sociaal-economische status, een verhoogde kans hebben op kwetsbaarheid (Hoogendijk et al. 2018; Szanton et al. 2010). Een recente Nederlandse studie toont aan dat ook etniciteit samenhangt met kwetsbaarheid; Turkse, Marokkaanse en Surinaamse ouderen blijken kwetsbaarder te zijn dan autochtone ouderen (Van Assen et al. 2016). Het doormaken van negatieve levensgebeurtenissen zoals het overlijden van een dierbaar persoon, een ernstige ziekte of een verbreking van een duurzame, intieme relatie is geassocieerd met psychische kwetsbaarheid.

Twee levensloopdeterminanten belichten we nader: leefstijl en leefomgeving. Indien aan ouderen wordt gevraagd hoe zij hun leefstijl beoordelen en zij geven zelf aan hun leefstijl ongezond te vinden, dan blijkt de prevalentie van kwetsbaarheid hoger te zijn dan bij ouderen die hun leefstijl goed vinden (Gobbens et al. 2010a; Gobbens et al. 2012). In meerdere studies is al gewezen op het belang van een gezonde leefstijl om kwetsbaarheid te voorkomen (Bortz 2002; Morley et al. 2006). Aspecten waar dan ten minste aandacht naar uit moet gaan zijn gezonde voeding en voldoende beweging. Bewegen gaat op latere leeftijd moeilij-

ker, maar ook gezond eten kan voor ouderen lastiger zijn door ziekte en beperkingen die kauw- en slikproblemen veroorzaken. Ook kunnen bijwerkingen van medicijnen zorgen voor voedingsproblemen zoals een slechte eetlust. Volgens de beweegrichtlijnen 2017 opgesteld door de Gezondheidsraad dienen ouderen minstens 150 minuten per week matig intensief te bewegen, verdeeld over diverse dagen, bijvoorbeeld door te wandelen of te fietsen. Bovendien wordt ouderen geadviseerd op zijn minst tweemaal per week spier- en botversterkende oefeningen te doen, zoals traplopen en balansoefeningen (Gezondheidsraad 2017).

Dat de meeste ouderen de voorkeur hebben om oud te worden in de eigen leefomgeving (Gilleard et al. 2007) stelt eisen aan die leefomgeving. Zeven relevante leefomgevingsfactoren voor ouderen zijn: woning, overlast, bewoners, inrichting buurt, verkeer, voorzieningen en stank/lawaai. De eerste vijf factoren zijn gerelateerd aan lichamelijke, psychische en sociale kwetsbaarheid. Bij mensen van 70 jaar en ouder ($N=671$) bleek, na corrigeren voor enkele sociaal-demografische kenmerken en de andere leefomgevingsfactoren, dat een hogere tevredenheid over de woning samenhang met een lagere lichamelijke kwetsbaarheid. Ook gold dat een hogere tevredenheid over medebuurtbewoners samenhang met een lagere sociale kwetsbaarheid en minder ervaren overlast hing samen met zowel een lagere als psychische kwetsbaarheid.

Alle leefomgevingsfactoren tezamen verklaarden een significant deel van de drie vormen van kwetsbaarheid (lichamelijk, psychisch, sociaal) (Gobbens & Van Assen 2017). In dit kader kan bij een lage beoordeling van de leefomgeving met recht gesproken worden over 'leefomgevingskwetsbaarheid' (De Witte et al. 2013). Deze vorm van kwetsbaarheid is ook gerelateerd aan een lagere kwaliteit van leven; dit bleek uit een studie onder 1031 65-plussers. Ouderen die tevreden waren over hun huis (grootte, aantal kamers, comfort, voorzieningen, geheel), beoordeelden hun kwaliteit van leven goed op alle domeinen (Gobbens & Van Assen 2018).

Zicht krijgen op de beschreven levensloopteterminanten (zie ook Figuur 1) is belangrijk. Op basis van studies weten we inmiddels nog beter welke groepen ouderen in de samenleving een verhoogd risico lopen op kwetsbaarheid, zoals alleenstaande ouderen, de oudste leeftijdsgroepen en ouderen met een lage sociaal-economische status. De focus bij het screenen op kwetsbaarheid zou op deze groepen gelegd moeten worden met als doel vroegtijdig te kunnen ingrijpen om erger, vaak resulterend in een ziekenhuis- of verpleeghuisopname, te kunnen voorkomen en hun kwaliteit van leven te verbeteren.

Kwaliteit van leven

In essentie is goede zorg aan kwetsbare ouderen gericht op behoud en zo mogelijk verbetering van kwaliteit van leven. Net als voor kwetsbaarheid geldt voor kwaliteit van leven dat er veel verschillende definities zijn. Vaak wordt de volgende definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) gebruikt: 'Kwaliteit van leven is de perceptie van individuen op hun levenspositie in de context van de cultuur en het waardensysteem waarin zij leven en de relatie tot hun doelen, verwachtingen, standaarden en belangen' (The WHOQOL Group 1995). Deze definitie richt zich op de subjectieve beleving van het individu, waarin de evaluatie van diverse domeinen van het leven door het individu zelf centraal staat.

Kwaliteit van leven van ouderen is onderzocht volgens zowel kwalitatieve als kwantitatieve methoden. We bespreken achtereenvolgens een aantal kwalitatieve en kwalitatieve studies. In het kader van een grootschalige studie naar kwetsbare ouderen heeft het SCP kwetsbare ouderen aan het woord gelaten (Verhoeven et al. 2011). Het SCP voerde gesprekken met 21 mensen tussen de 70 en 91 jaar. Deze ouderen bezochten de geriatriepoli van een ziekenhuis in Amsterdam en waren daarnaar doorverwezen door hun huisarts. Aan al deze ouderen werd de vraag gesteld: wat is

belangrijk in uw leven?

Veel ouderen gaven aan gezondheid en het hebben van een partner en (klein)kinderen erg belangrijk te vinden. Uit de interviews kwam duidelijk naar voren dat het beleven van verlies en de angst voor verlies de kwaliteit van leven sterk kunnen aantasten. Zo is het verlies van naasten voor veel ouderen een ingrijpende ervaring. Dit wordt geïllustreerd aan de hand van onderstaand citaat:

In de loop der jaren gaat je moeder door. Je vader gaat dood. Die gaat dood. Weet je wel. Kennissen allemaal om me heen. Die wordt ziek. Die wordt ziek. En de vreugde van het leven kan ik dan niet zo goed meer zien. (Verhoeven, Kooiker & Van Campen 2011, p. 27)

Volgens ouderen zijn, naast het verlies van de partner en van sociale contacten, de verharde maatschappij en het afhankelijk zijn van anderen belangrijke oorzaken van kwetsbaarheid. Uit de gesprekken die het SCP voerde bleek dat ouderen het woord kwetsbaarheid niet snel op zichzelf betrekken. Opvallend was verder dat zij de term kwetsbaarheid niet relateerden aan lichamelijke problemen, maar aan relaties met andere mensen (Verhoeven et al. 2011), dus aan sociale kwetsbaarheid. De focus van kwaliteit van leven verandert als ouderen kwetsbaar worden. Voor niet-kwetsbare ouderen is gezondheid het belangrijkste, voor kwetsbare ouderen staat het hebben van sociale contacten bovenaan (Puts et al. 2007).

Voor het kwantitatief vaststellen van kwaliteit van leven zijn diverse instrumenten beschikbaar. Een voor ouderen aantrekkelijk instrument is de WHOQOL-OLD, want deze vragenlijst is gebruiksvriendelijk en kost niet veel tijd om in te vullen. De lijst bevat 24 items, gelijkelijk verdeeld over zes domeinen van kwaliteit van leven, die allemaal zeer relevant zijn voor ouderen. Deze domeinen zijn: zintuiglijk functioneren; autonomie; activiteiten in het verleden, heden en toekomst; sociale participatie;

dood en doodgaan; intimiteit. De items worden gescoord op een 5-punts Likertschaal (1–5). In 2016 is de WHOQOL-OLD gevalideerd in een steekproef onder Nederlanders van 60 jaar en ouder (Gobbens & Van Assen 2016). Daarna is de vragenlijst gebruikt in twee cross-sectionele studies gericht op het bepalen van de samenhang tussen de domeinen en componenten van kwetsbaarheid (gemeten met de TFI) en de domeinen van kwaliteit van leven (Gobbens & Van Assen 2017; Renne & Gobbens 2018).

In beide studies bleken de domeinen van kwetsbaarheid en de domeinen van kwaliteit van leven significant samen te hangen; ouderen die kwetsbaar scoorden op de TFI beoordeelden hun kwaliteit van leven lager dan ouderen die niet-kwetsbaar scoorden. De studies lieten zien dat zowel lichamelijke als psychische en sociale componenten van kwetsbaarheid de scores op meerdere domeinen van kwaliteit van leven van zelfstandig wonende ouderen verklaren. Uit deze bevinding blijkt dat bij het vaststellen van de invloed van iemands kwetsbaarheid op de kwaliteit van leven het totaal functioneren van het oudere individu in kaart moet worden gebracht.

In een van de studies (Gobbens & Van Assen 2017) was de psychische component somberheid de enige component van kwetsbaarheid die samenhang met alle zes domeinen van kwaliteit van leven. Dit betekent dat professionals aandacht moeten hebben voor gevoelens van somberheid bij ouderen, indien zij de kwaliteit van leven willen bevorderen. Eenzaamheid verklaarde een lage kwaliteit van leven op vier domeinen. Aangezien somberheid en eenzaamheid in belangrijke mate de kwaliteit van leven bepalen, is het van groot belang dat er maatschappelijke en politieke aandacht voor is. Het is dan ook te hopen dat het actieprogramma 'Eén tegen eenzaamheid' van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) helpt om eenzaamheid eerder te signaleren en bespreekbaar te maken.

Interprofessionele samenwerking

Om de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen te verhogen is interprofessionele samenwerking essentieel, wordt hier tot slot betoogd. Dit voorkomt een eenzijdige blik op ouderen. Samenwerking tussen zorg- en welzijnsprofessionals is belangrijk voor zelfstandig wonende kwetsbare ouderen, omdat zij samen over benodigde competenties beschikken om de mogelijke problemen die ouderen kunnen hebben goed in kaart te brengen en zo nodig te interveniëren.

De verbinding tussen deze professionals kan worden gerealiseerd in sociaal wijkteams. Dit zijn teams die integraal, generalistisch, interdisciplinair en 'outreaching' werken ten behoeve van de zorg- en dienstverlening die een gemeente biedt aan haar inwoners in het kader van de Wmo, de Jeugdwet en de Participatiewet (Van Arum & Van den Enden 2018). Het sociaal wijkteam heeft als belangrijke opdracht op wijk- en huishoudensniveau multiproblematiek te signaleren en ervoor te zorgen dat kwetsbare bewoners, waaronder kwetsbare ouderen, op een passende manier geholpen worden.

Uit onderzoek blijkt dat elke gemeente een eigen invulling geeft aan de organisatievorm 'sociaal wijkteam' (Van Arum & Van den Enden 2018). Professionals die er zitting in hebben komen onder meer vanuit de gemeente, politie, opbouwwerk, woningcorporaties, maatschappelijke dienstverlening en zorg. Ze worden uiteenlopend getypeerd als generalist, specialist of T-shaped professional; de laatste is een professional die een eigen specialisme heeft, maar naar buiten toe als generalist optreedt en signaleert. Uit een recente studie blijkt dat in 72 % van de gemeenten T-shaped professionals actief zijn in wijkteams. In 5 % van de gemeenten participeerden ook inwoners (vrijwilligers, ervaringsdeskundigen) in de wijkteams (Ibid.).

Om goede interprofessionele samenwerking in een wijkteam

tot stand te brengen moeten professionals inzicht hebben in elkaars deskundigheid. Dat is van belang omdat gerelateerd aan de problematiek van de kwetsbare oudere steeds de meest deskundige professional(s) moet(en) worden ingezet. Daarnaast moet elke professional bereid zijn om eigen activiteiten ter discussie te stellen als een andere professional in de voorliggende situatie meer te bieden heeft.

In ongeveer de helft van de gemeenten participeert de wijkverpleegkundige in het sociale wijkteam (Ibid.). Dat zou in elk wijkteam het geval moeten zijn, willen zij de oudere doelgroep adequaat kunnen bedienen. In wijkteams worden casussen ingebracht en wordt afgesproken wie het aanspreekpunt voor de cliënt zal zijn. Indien een casus van een kwetsbare oudere wordt besproken dan kan de inbreng van een wijkverpleegkundige eigenlijk niet worden gemist. In de rol van zorgverlener is de wijkverpleegkundige gericht op het vaststellen van de behoefte aan verpleegkundige zorg door middel van klinisch redeneren, therapeutische interventies en persoonlijke verzorging, informatievoorziening, educatie, advies en voorspraak, en lichamelijke, emotionele en geestelijke ondersteuning (De Bont et al. 2012). Deze competenties zijn aanvullend op competenties van andere wijkteamleden. Bovendien heeft een wijkverpleegkundige structureel overleg met een huisarts. Op deze wijze kan een wijkverpleegkundige een schakel vormen tussen het verpleegkundig/medisch domein en het sociaal domein en kan een totaalbeeld worden gevormd van het functioneren van een kwetsbare oudere.

Interprofessionele samenwerking moet uiteindelijk uitmonden in een zorg- en welzijnsarrangement dat past bij de specifieke situatie van de kwetsbare oudere. Deze samenwerking moet ervoor zorgen dat zorg- en welzijnsinterventies voor kwetsbare ouderen niet gefragmenteerd worden aangeboden, en de verwachting is dat dit een positieve invloed zal hebben op hun kwaliteit van leven. De oudere moet zelf de regie kunnen voeren over dit arrangement,

eventueel met ondersteuning van naasten. Dit betekent dat de oudere overzicht moet hebben over betrokken professionals en sturend moet kunnen optreden voor de inzet van deze professionals. Mocht dit niet mogelijk zijn bijvoorbeeld door cognitieve problemen van de oudere en het ontbreken van een sociaal netwerk, dan dient een van de betrokken professionals de regie over het zorg- en welzijnsarrangement op zich te nemen. Bij deze besluitvorming dient de stem van de oudere leidend te zijn.

De samenwerking die nodig is, voert overigens verder dan het wijkteam en ook verder dan zorg en welzijn. We hebben in het voorgaande ook gezien dat leefomgevingskwetsbaarheid leidt tot een lagere kwaliteit van leven. Diverse partijen hebben een verantwoordelijkheid in het creëren van een geschikte leefomgeving voor ouderen. Denk hierbij aan gemeenten, ouderenzorg- en welzijnsorganisaties, maar ook woningcorporaties en de politie. Om een geschikte leefomgeving te realiseren is een goede, structurele samenwerking tussen alle betrokken partijen essentieel.

Nabeschouwing

Deze bijdrage heeft laten zien dat het belangrijk is kwetsbaarheid bij oudere mensen breed te benaderen. Breed benaderen betekent dat professionals zoals verpleegkundigen, huisartsen, fysiotherapeuten en ouderenadviseurs bij het identificeren van kwetsbaarheid niet alleen lichamelijke tekorten van ouderen in ogenschouw nemen, maar ook letten op psychische en sociale tekorten. Zo zijn voor veel ouderen gevoelens van eenzaamheid en depressieve klachten een groot probleem. Dit pleit ervoor kwetsbaarheid niet alleen in het zorgdomein te plaatsen, maar in een breder maatschappelijk perspectief.

Naast dat professionals breder aandacht moeten besteden aan kwetsbaarheid dienen zij alert te zijn op factoren die van invloed zijn op kwetsbaarheid, zoals een ongezonde leefstijl en

ontevredenheid over de woonomgeving. Om kwetsbaarheid te voorkomen zullen interventies zich meer op deze beïnvloedende factoren moeten richten. De besproken studies naar deze determinanten en de samenhang tussen (vormen van) kwetsbaarheid en ongewenste gevolgen bieden dus aangrijpingspunten voor interventies (bijvoorbeeld gericht op bewegen, voeding en woonomgeving), maar nader onderzoek naar de effectiviteit van interventies is noodzakelijk.

Professionals dienen niet alleen als individu breed te kijken, maar ook gezamenlijk. Interprofessionele samenwerking biedt meer garanties dat de oudere mens centraal komt te staan; het is een passende manier om integrale ouderenzorg te bieden. Daartoe zijn een aantal zaken onmisbaar: optimale communicatie, complementariteit, adequate coördinatie en continuïteit van zorg. Het is verheugend dat steeds meer zorg- en welzijnsopleidingen aandacht besteden aan het verwerven van *competenties* die noodzakelijk zijn voor goede interprofessionele samenwerking, zoals reflecteren en leiderschap. Het is zaak de toekomstige professionals te leren over de grenzen van de eigen discipline te kijken, zodat zij de expertise van andere professional kennen en op gepaste momenten weten in te schakelen. Daartoe is het nodig om interprofessioneel onderwijs in meerdere opleidingen te verzorgen. Hierbij kan gedacht worden aan onderzoeks- of kwaliteitsprojecten in wijken of buurten gericht op het verminderen van kwetsbaarheid en het bevorderen van het zelfstandig kunnen uitvoeren van ADL.

Een brede benadering van kwetsbaarheid heeft niet alleen gevolgen voor professioneel handelen, maar ook voor de gehanteerde instrumenten en methoden. Bij deze brede benadering hoort bijvoorbeeld een integrale meting. Daarvoor zijn meerdere valide en betrouwbare instrumenten beschikbaar, zoals de TFI (Gobbens et al. 2010b). Maar daarmee zijn we er nog niet. Al deze instrumenten hebben als manco dat ze alleen tekorten bij

ouderen in kaart brengen en niet hun mogelijkheden. Als we niet alleen tekorten maar ook mogelijkheden van kwetsbare ouderen als uitgangspunt nemen, dan volstaan de huidige instrumenten om kwetsbaarheid te bepalen dus niet meer. Bij de ontwikkeling van instrumenten en methoden zou in plaats van een deficit-model een balansmodel als uitgangspunt moeten dienen, waarin aandacht is voor zowel de draagkracht als de draaglast van kwetsbare ouderen.

Uiteindelijk gaat het ouderen om hun kwaliteit van leven. De verschuiving van een deficit-model naar de populariteit van positieve gezondheid toont aan dat er maatschappelijk gezien meer oog voor is voor mogelijkheden van mensen. Toch gaat een eenzijdige focus op gezondheid en de positieve kant ervan voorbij aan de kwetsbaarheid van ouderen. De focus op gezondheid sluit op hogere leeftijd niet langer aan bij de realiteit van ouderen. Gezondheid is belangrijk, maar vooral in het licht van de kwaliteit van leven. Die kwaliteit wordt niet alleen bepaald door te kijken wat iemand nog wel kan, maar ook door oog te hebben voor kwetsbaarheid.

3

Jongeren in overgang naar volwassenheid centraal***Een pleidooi voor een relationeel opvoedperspectief
op professionele ondersteuning****Roel van Goor en Marte Wiersma*

Voor veel jongeren is de overgang naar volwassenheid een turbulente tijd. In deze fase van 'ontluikende volwassenheid' (Arnett 2014) krijgen jongeren te maken met grote veranderingen en nieuwe verwachtingen (Spanjaard & Slot 2015). Er vinden belangrijke ontwikkelingen plaats op lichamelijk, intellectueel en sociaal-emotioneel gebied (Van Duijvenvoorde et al. 2016; Anderson 2016). En het is een periode waarin zij school en opleiding(en) afronden, hun eigen geld gaan verdienen en hiermee leren omgaan, relaties aangaan en onderhouden met vrienden en partner(s), op zichzelf gaan wonen en formele zaken zelf moeten (leren) regelen (zorgverzekering, uitkering, studiefinanciering, inschrijving opleiding). In deze roerige fase dienen zich nieuwe kansen en ontwikkelingsmogelijkheden aan, maar hebben jongeren ook een grotere kans om problemen te ontwikkelen (Paulsen & Berg 2016); problemen die tot lang in hun volwassen leven negatieve consequenties kunnen hebben (Putnam 2015; Dryfoos 1998).

Zonder de juiste aandacht en begeleiding lopen jongeren die in deze overgangsfase moeilijkheden ervaren het risico dat hun volwassen leven begint met een valse start en dat ze maatschappelijk aan de kant komen te staan (VNG 2016; NJI 2017a). Echter,

Twee jongeren met moeilijkheden: Sara en Jayden⁶

Sara (16) is een spontane, creatieve meid met een hechte vriendengroep. Sinds haar vader een paar jaar geleden overleed heeft ze regelmatig depressieve periodes met suïcidale gedachten. Sara's relatie met haar moeder is niet optimaal. Zodra ze achttien is, wil ze zo snel mogelijk het huis uit en haar eigen leven leiden. Ze oriënteert zich al op plekken waar ze – al dan niet begeleid – zelfstandig kan wonen. Sara zit in havo 4. Ze weet hoe belangrijk het halen van een diploma is, maar ze vindt het moeilijk om elke dag naar school te gaan. Sara ervaart druk om aan de eisen van school en van haar moeder te voldoen; ze heeft behoefte aan ruimte. Er zijn periodes geweest waarin ze dagen niet thuis en niet op school was. Ze hing dan de hele dag rond in portieken in de stad en blowde veel.

Jayden (23) brengt al op jonge leeftijd veel tijd op straat door. In deze periode komt hij regelmatig in aanraking met politie en justitie. Het gezin waarin Jayden opgroeit kent veel problemen. Na verschillende aanvaringen met zijn moeder wordt Jayden op zijn zestiende door zijn ouders uit huis gezet. Daarna stapelen de problemen zich op. Hij komt nog vaker in aanraking met justitie, gaat niet naar school, ontwikkelt schulden en heeft geen (vaste) woonplek. Ondertussen krijgt Jayden een zoontje. De relatie met de moeder loopt al snel stuk en blijft na de scheiding problematisch. Jayden wil graag betrokken zijn bij de opvoeding van zijn zoon, maar zijn problemen zitten hem daarbij in de weg.

6) Alle gebruikte namen van jongeren en professionals in dit hoofdstuk zijn gefingeerd. De casussen zijn echt, maar op punten gewijzigd om mogelijke herkenning van personen te voorkomen.

juist voor jongeren in deze levensfase blijkt het lastig om passende hulp en ondersteuning te bieden.

Steketee, Vandenbroucke en Rijkschroeff constateerden in 2009 een drietal tekortkomingen: onduidelijkheid over wie de verantwoordelijkheid voor de zorg draagt; een te vrijblijvend karakter van hulpverlening na achttien jaar; en slechte aansluiting tussen de jeugdhulp en de volwassenenzorg. De hoop was dat de drie decentralisaties in het sociaal domein in 2015 de situatie zouden verbeteren. Gemeenten zouden kunnen zorgen voor een doorgaand, integraal en passend ondersteuningsaanbod voor alle jongeren. Maar brandbrieven van de Kinderombudsman (2015; 2018), evaluaties van de Jeugdwet (ZonMw 2018), rapportages van landelijke toezichtsorganen (TSD/STJ 2017) en overig onderzoek (o.a. Van Dijk et al. 2016) laten zien dat ook gemeenten moeite hebben om ondersteuning te realiseren die aansluit bij jongeren in overgang naar volwassenheid.

Inmiddels wordt de noodzaak dat het beter moet breed gevoeld, blijkt uit de talloze notities die recentelijk zijn verschenen en initiatieven of werkgroepen die zijn opgericht. Een gedeelde analyse is dat de jongere het uitgangspunt moet vormen bij het inrichten van hulp en ondersteuning: 'het is de bedoeling dat de jongere centraal staat en dat die gemotiveerd én in staat gesteld wordt om binnen zijn eigen mogelijkheden een volwaardige rol te vervullen in de samenleving' (Nji 2017b, p. 7). De ambitie is dus om jongeren in overgang naar volwassenheid als mens centraal te zetten. In dit hoofdstuk gaan we in op de volgende vragen: hoe komt het dat jongeren in het recente verleden kennelijk niet centraal stonden? Waarom is dit juist voor jongeren die de overgang maken naar een volwassen leven problematisch gebleken? Wat is er nodig om deze groep centraal te zetten? En in hoeverre dragen actuele initiatieven daaraan bij? We doen bij de beantwoording van deze vragen een beroep op literatuur, deskresearch en empirisch materiaal dat is verzameld in het kader van twee

onderzoeken naar ondersteuning van jongeren in overgang naar volwassenheid.⁷

De jeugdige centraal als principe

De gedachte dat jongeren centraal moeten staan is op het meest basale niveau verwoord in het Internationale Verdrag voor de Rechten van het Kind (IVRK, Algemene Vergadering van de Verenigde Naties 1989). Dit verdrag vertaalt de belangen van alle kinderen – verwijzend naar kinderen en jongeren tot achttien jaar – in onvervreembare kinderrechten. Het uitgangspunt is dat de belangen van kinderen de eerste overweging zijn bij alle maatregelen die hen aangaan (artikel 3, lid 1). Hierin toont zich een *principieel perspectief* op wat het centraal zetten van jongeren inhoudt, namelijk: het zo goed mogelijk dienen van alle belangen van jongeren. De belangen in het verdrag lopen uiteen van aandacht, warmte en het hebben van een gezinsleven tot beschikbare kwalitatief goede zorgvoorzieningen, of van onderwijs volgen tot (mee)beslissen over zaken die hen zelf aangaan. De staten die het IVRK hebben ondertekend verplichten zich om ‘alle passende wettelijke en bestuurlijke maatregelen en maatregelen op sociaal en opvoedkundig gebied [te nemen] om te voorzien in wat het kind nodig heeft’ (artikel 19, lid 1 en 2). De Nederlandse wet- en regelgeving voor jeugdigen wordt daarom ook gelegitimeerd met een verwijzing naar het IVRK.

7) Het betreft de volgende twee onderzoeken: 1) Ondersteuning Jeugd in Overgang naar Volwassenheid (OJOV), een vierjarig onderzoek in de steden Amsterdam, Haarlem en Rotterdam, uitgevoerd door Hogeschool Inholland, Verwey-Jonker Instituut en Hogeschool Rotterdam in samenwerking met het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), de drie betrokken gemeenten, lokale mbo's en instellingen voor jongerenwerk en jeugdhulp (financiering Stichting Innovatie Alliantie (SIA), RAAK PRO), zie www.opwegnaarvolwassenheid.nl; 2) Bevordering van maatschappelijke participatie van jongeren met gedrags- en psychische problematiek in Amsterdam, uitgevoerd door Hogeschool van Amsterdam, Verwey-Jonker Instituut en Hogeschool Inholland in samenwerking met Gemeente Amsterdam, Arkin/F-ACT Jeugd Amsterdam en Spirit! Jeugdhulp (financiering ZonMw).

In onze wetgeving voor jeugdigen is de inhoud van het IVRK vertaald in een verdeling van verantwoordelijkheden. De verantwoordelijkheid voor verzorging, bescherming en opvoeding ligt bij de ouders, zo stelt het Burgerlijk Wetboek (De Nederlandse Overheid 2018, artikel 82 en 247). De overheid ondersteunt ouders in hun taak, controleert of die taak naar behoren wordt uitgevoerd en regelt voorzieningen voor die zaken waarin ouders niet kunnen voorzien. Met de recente veranderingen in het jeugdstelsel is op de verantwoordelijkheid van ouders nog meer nadruk komen te liggen. Uitgangspunt is dat zij zoveel mogelijk zelf zorg dragen voor het welbevinden, de gezondheid en ontwikkeling van kinderen. Indien er bij ouders en/of jeugdigen behoefte ontstaat aan ondersteuning, dan dient deze snel en dichtbij te worden geboden door laagdrempelige voorzieningen. Hulp en ondersteuning moet zo worden 'ingericht en opgezet dat een "normale" manier van opgroeien en opvoeden wordt gestimuleerd' (VWS 2013, p. 16).

Met de decentralisatie is het de verantwoordelijkheid van de gemeente geworden om adequate ondersteuning te realiseren. In nagenoeg alle gemeenten zijn wijkteams ingericht die ouders en jeugdigen snel kunnen helpen met vragen, moeilijkheden bij het opgroeien of de opvoeding. Ondersteuning is er in eerste instantie op gericht om het vermogen van ouders en kinderen te versterken om het (weer) zelf te kunnen, zo nodig met hulp van familie, vrienden, andere naasten of informele voorzieningen in hun directe omgeving. De teams verwijzen zwaardere of meervoudige opvoed- en/of opgroei problemen door naar specialistische hulpverlening. Wijkprofessionals blijven idealiter in beeld als 'regisseur' volgens de gedachte 'één gezin, één regisseur, één plan'. Zo moet samenhang en afstemming van hulp gewaarborgd zijn en voorkomen worden dat ouders en/of jongeren verloren lopen in het veld van hulpaanbieders.

Gebrekkige aansluiting met de levensfase

De uitgangspunten van het nieuwe jeugdstelsel sluiten om verschillende redenen niet goed aan bij de levensfase waarin jongeren in overgang naar volwassenheid verkeren. In de eerste plaats kunnen we er niet zomaar van uitgaan dat ouders de verantwoordelijkheid (kunnen) dragen voor alle aspecten van de opvoeding van jongeren in de tweede helft van hun tienerjaren. Ouders blijven voor de meeste jongeren belangrijk (vgl. Wijsbroek et al. 2019), maar hun invloed op het leven van de jongere neemt af. Jongeren richten hun leven veelal zelfstandig in, grotendeels buiten het gezichtsveld van ouders. Bovendien kloppen ze voor sommige zaken niet meer aan bij hun ouders terwijl ze wel ondersteuning kunnen gebruiken. Bijvoorbeeld problemen met alcohol- en drugsgebruik, geldproblemen, schoolverzuim- of uitval, seksualiteit, psychosociale gezondheid, politie en justitie; problemen die zich vaak voor het eerst manifesteren in de periode van 16-23 jaar (Stevens et al. 2018; Van Middelkoop et al. 2017).

Het voorkomen en verhelpen van dit soort problemen vraagt om inzet van meer partijen dan alleen de ouders. Wijkteams zijn echter geen vanzelfsprekende partij, omdat het leven van jongeren zich vaak niet beperkt tot de wijk waarin zij wonen. Bovendien zijn veel wijkteams vooral gericht op gezinnen en kinderen in de basisschoolleeftijd (Van Dijk et al. 2016). Maatschappelijk werk, opgroei- en opvoedondersteuning en jeugdgezondheidszorg worden wel aangeboden in het onderwijs, maar na het voortgezet onderwijs zijn dit soort voorzieningen vaak afwezig. Onlangs ontving jeugdarts Wico Mulder een nominatie voor de Briljante Mislukking Zorg Award 2018 voor zijn observatie dat er doorgaans geen jeugdartsen of jeugdverpleegkundigen zijn op het mbo, terwijl een groot deel van jongeren vanaf 16 jaar zich hier bevindt. Hij noemt dit – het eindigen van veel basiszorgvoorzieningen na de middelbare school – een ‘historische weeffout’, ‘omdat ziek-

teverzuim, voortijdig schooluitval en mentale problematiek juist relatief vaker voorkomt bij jongeren tussen 16 en 23 jaar' (Mulder 2018).

Voor jongeren met zwaardere (vaak meervoudige) problematiek, onveiligheid in het gezin, beperkingen, ontwikkelingsproblematiek, psychiatrische klachten of dak- en thuisloosheid zijn in alle gemeenten vormen van intensievere hulpverlening beschikbaar. Daar komen jongeren echter vaak pas terecht als het in hun leven al flink is misgelopen en zij al langere tijd op eigen houtje hebben geworsteld met allerlei problemen. Deze realiteit botst met het beleidsuitgangspunt dat ondersteuning ervoor moet zorgen dat kleine problemen klein blijven. Voor jongeren blijkt het lastig om zelf hun ondersteuningsbehoefte in kaart te brengen en geschikte bijpassende hulp te vinden (VNG 2016). Jongeren in deze leeftijdsfase leven veelal in het nu en hebben moeite met plannen en regelen (Anderson 2016). Ook hebben ze te maken met uitdagingen op meerdere leefgebieden: school, werk, geld, huisvesting, sociaal leven, psychische en lichamelijke gezondheid, terwijl professionele voorzieningen zich vooral richten op een van deze gebieden. 'Eén cliënt, één plan, één regisseur' zou voor jongeren een uitkomst kunnen zijn, maar het is vaak onduidelijk wie de regiefunctie heeft of zou moeten hebben (Van Dijk et al. 2016).

Jongeren die gebruikmaken van een voorziening binnen de jeugd-ggz, jeugdbescherming, ambulante of residentiële jeugdhulp moeten deze meestal verlaten zodra ze 18 jaar zijn. 'Na het 18e jaar vinden ondersteuning, hulp en zorg in de regel plaats uit een ander wettelijk kader, zoals Wmo, Zvw of AWBZ', zo valt in de memorie van toelichting op de Jeugdwet te lezen (vws 2013, p. 19). Voor de wetgever vallen jongeren onder de 18 jaar onder de primaire verantwoordelijkheid van de ouders. Jongeren ouder dan 18 jaar worden geacht volwassen te zijn. De ondersteuningsstructuur in gemeenten en het hulpaanbod van zorg- en

welzijnsinstellingen volgt vaak dezelfde scherpe leeftijdsgrens. Van mensen boven de achttien jaar verwacht beleid zelfredzaamheid, maatschappelijke participatie en vooral ook eigen verantwoordelijkheid. Maar waar het voor veel volwassenen al de vraag is of zij de verwachte verantwoordelijkheid kunnen dragen, geldt dat zeker voor veel 18-jarigen. Daar komt bij dat de begeleiding van jongeren en jongvolwassenen om een specifieke aanpak en expertise vraagt die niet altijd voorhanden is binnen voorzieningen voor volwassenen (Steketee 2009). Het lijkt erop dat de overheid de focus op het belang van jongeren rond de leeftijd van 18 jaar uit het oog is verloren, zo constateert kinderombudsvrouw Margrite Kalverboer (De Kinderombudsman 2018). Ook zij vindt de grens tussen jeugd en volwassenheid te scherp getrokken, de overgang te groot en de bijkomende verantwoordelijkheden te zwaar.

Jongeren centraal vanuit juridisch, organisatorisch en methodisch perspectief

De kritiek op de ondersteuning aan jongeren in de overgang naar volwassenheid heeft zijn uitwerking niet gemist. De groep is een speerpunt geworden in beleid, er zijn speciale taskforces opgericht, congressen georganiseerd en expertmeetings gehouden. Nederlandse gemeenten werken samen met landelijke kennisinstellingen en cliëntverenigingen aan een landelijke aanpak 16-27.⁸ In het landelijke actieprogramma Zorg voor de Jeugd van het ministerie van vws besteedt een van de actielijnen speciale aandacht aan de groep (2018, p. 7). De gedeelde ambitie in alle initiatieven en voorstellen is om de jongere 'nu echt' centraal te zetten. Deze ambitie vertaalt zich in het handelen van (lokale) overheid, instellingen en professionals die met jongeren werken. Elke partij hanteert daarbij een ander perspectief op wat het centraal zetten van jongeren inhoudt. In deze paragraaf behandelen we de drie perspectieven.

8) Zie voor meer informatie en achtergrond: www.16-27.nl

Juridisch perspectief

De rijksoverheid hanteert een *juridisch perspectief* op het centraal zetten van jongeren in overgang naar volwassenheid; de focus ligt op het versoepelen van overgangen tussen verschillende wettelijke kaders waar jongeren mee te maken krijgen. Dat blijkt uit vijf maatregelen die de afgelopen jaren zijn genomen. Ten eerste verplicht de Wmo gemeenten in hun beleidsplan op te nemen hoe zij zorgen dragen voor de continuïteit van ondersteuning aan jongeren die vanwege hun leeftijd niet langer onder de Jeugdwet vallen (Rijksoverheid 2014, artikel 2.1.2.). Ten tweede schrijft de Jeugdwet voor dat hulp of ondersteuning op dat moment – indien gewenst – ongemerkt doorloopt bij dezelfde aanbieder (vws 2013). Ten derde is in de Wmo de mogelijkheid opgenomen om onder omstandigheden verlengde jeugdhulp te bieden. Ten vierde zijn gemeenten wettelijk verplicht om jongeren zonder startkwalificatie te volgen tot ze 23 jaar zijn (VNG 2017a, p. 23). Ten vijfde is de wettelijke leeftijdsgrens voor het recht op pleegzorg onlangs verhoogd naar 21 jaar. Met deze bepalingen onderkent de overheid dat het hanteren van een scherpe knip bij 18 jaar niet altijd wenselijk is (zie ook Raad voor Volksgezondheid en Samenleving 2018).

Organisatorisch perspectief

Lokale overheden hanteren doorgaans een *organisatorisch perspectief*. Gemeenten werken aan de ambitie om jongeren in overgang naar volwassenheid centraal te zetten middels de (door)ontwikkeling van de lokale ondersteuningsstructuur. Volgens de eerdergenoemde ‘landelijke aanpak 16-27’ moeten zij zorgen dat jongeren zelfredzaam worden en naar vermogen participeren in de samenleving (Van Middelkoop et al. 2017a, p. 8). Vanuit gemeentelijk perspectief is het vooral zaak ondersteuning te

organiseren *rondom* de jongeren. Samen met lokale aanbieders proberen gemeenten tot een dekkend aanbod van zorg, hulp en ondersteuning te komen dat is afgestemd op jongeren in deze leeftijdsfase. Gemeenten hebben daarbij drie opdrachten: ondersteuning moet dicht bij burgers worden georganiseerd (lokaliseren); verschillende vormen van benodigde hulp moeten worden verbonden en/of verenigd (integreren); en het aanbod moet afgestemd zijn op de ervaringen, wensen en behoeften van burgers (accommoderen). De gemeentelijke aanpak moet zich verder vooral richten op jongeren in een kwetsbare positie; jongeren met een licht verstandelijke beperking, dak- en thuisloze jongeren, voortijdig schoolverlaters, jongeren met (meervoudige) psychosociale problematiek, spookjongeren, thuiszitters, vluchtelingen.

De opdracht om te *lokaliseren* leidt tot pogingen om zorg te organiseren op plekken waar jongeren in de beoogde leeftijdsgroep zich begeven. Er wordt professioneel veldwerk georganiseerd in de openbare ruimte – op straat, pleintjes, in parken, rond coffeeshops – om ‘outreaching’ contact te leggen met jongeren en hun ondersteuning te bieden. Sommige gemeenten organiseren jeugdhulp op vo- en mbo-scholen of zorgen voor toegankelijke locaties in de wijk waar jongeren terecht kunnen voor ontmoetingen met leeftijdsgenoten, informatie, een goed gesprek of toegang tot hulp.

De opdracht om hulp aan de doelgroep te *integreren* blijkt bijvoorbeeld uit de landelijke aanpak 16-27 die van de gemeente verlangt dat voorzieningen aansluiten bij ‘vragen en behoeften van jongeren op alle leefgebieden: wonen, werken, inkomen, onderwijs en zorg’ (Van Middelkoop et al. 2017a, p. 11). Dit wordt bijvoorbeeld beoogd met de F-ACT-teams Jeugd waarin professionals uit verschillende disciplines op wijkniveau samenwerken om cliënten met psychiatrische problematiek te ondersteunen bij hun poging een betekenisvol alledaags leven te realiseren.⁹ Ook zijn er instellingen voor jeugd- en volwassenenzorg die

9) Zie voor meer informatie: www.f-actnederland.nl/f-act-jeugd

gezamenlijk een aanbod inrichten en financieren om doorgaande ondersteuning voorbij de leeftijdsgrens van 18 jaar te realiseren.

Het *accommoderen*, oftewel afstemmen van het hulp- en ondersteuningsaanbod op de wensen en behoeften van jongeren, zien we terug in initiatieven van gemeenten om met jongeren en hun ouders in gesprek te gaan. Bijvoorbeeld in de vorm van jongerenplatforms of cliëntraden, het organiseren van jongerenpanels rond speciale thema's en het betrekken van ervaringsdeskundige jongeren bij het maken van beleid. Allemaal manieren om dialoog en inspraak te organiseren (zie ook hoofdstuk 1).

Methodisch perspectief

Als het gaat om het uitvoerend niveau dichten beleidsadviezen professionals primair een *methodisch perspectief* op het centraal zetten van de jongeren toe. Dit perspectief is vooral gericht op de concrete stappen die professionals daarvoor moeten zetten. Een voorbeeld hiervan is het advies om te werken met toekomstplannen. In een toekomstplan geven jongeren hun wensen aan voor de toekomst, wat hiervoor nodig is, op welke leefgebieden ze ondersteuning nodig hebben en wie deze ondersteuning zou kunnen realiseren. Dit plan wordt samen met de professional(s) opgesteld, maar de jongere is eigenaar. 'Het plan is van de jongere, hij of zij heeft het (eventueel met ondersteuning) opgesteld en heeft de regie over de uitvoering ervan. Het perspectief en de doelen van de jongere zijn leidend' (Van Middelkoop 2017b, p. 21). Ruimte geven voor eigen 'regie' van jongeren geldt ook als werkzaam principe van ondersteuning aan jongeren in deze leeftijdsfase waarin onafhankelijkheid en zelfstandigheid kernthema's zijn (Head 2011; Rogers 2016).

Jongeren tussen de 16 en 27 jaar krijgen dus steeds meer aandacht als aparte doelgroep in wetgeving, beleid en professioneel hande-

len. De meerwaarde daarvan is onmiskenbaar, maar we moeten kritisch blijven bevragen in hoeverre de jongeren zelf daadwerkelijk met alle aanbevelingen, maatregelen en initiatieven zijn gediend. Het inrichten van ondersteuning vanuit juridisch, organisatorisch en methodisch perspectief op de jongere centraal stellen garandeert nog geen passende ondersteuning op individueel niveau. We kunnen ons bijvoorbeeld afvragen of het aansturen op meer integrale hulp altijd leidt tot betere hulp. Een re-integratieconsulent van een gemeente zei tegen ons: 'Wat ik zie is dat mensen zeggen: geef het allemaal aan mij, ik ben de oplossing. Maar dat werkt niet zo in de praktijk. Er is niet één iemand die alles voor een jongere gaat regelen.' En de methodische aanwijzing dat de regie in ondersteuning bij de jongeren zelf moet liggen riskeert dat dit een doel op zich wordt, zonder dat er 'goed wordt onderzocht wat het kind nodig heeft' (De Kinderombudsman 2018, p. 2). Het lijkt op zijn minst nodig om de kwaliteit van de ondersteuning te toetsen aan het perspectief van jongeren zelf. In de volgende paragrafen staan we stil bij de verhalen van jongeren en hoe deze zich verhouden tot de beschreven perspectieven in wetgeving en beleidsrapportages.

Het relationele perspectief

Politici, beleidsmakers en professionals hebben de ambitie om hulpverlening en begeleiding te realiseren die aansluit bij de jongeren in overgang naar volwassenheid. Maar welke begeleiding en ondersteuning willen deze jongeren zelf? Wat helpt hen op weg naar een volwassen leven? En wat houdt 'centraal zetten' in als we het bezien vanuit hun perspectief? Die vragen beantwoorden we aan de hand van een verzameling gesprekken die gevoerd zijn in het kader van twee onderzoeken. De interviews zijn afgenomen bij jongeren in de leeftijd van 16 tot 23 jaar die gebruikmaken van professionele ondersteuning. Dat loopt uiteen

van lichtere ondersteuning en begeleiding vanuit school tot residentiële jeugdhulp en ambulante hulp bij psychiatrische problematiek.

Stabiele omgeving

Voor alle jongeren is het van groot belang dat zij een min of meer stabiele plek hebben die ze kunnen beschouwen als een thuis. Daaronder verstaan zij een plek die je met zekerheid jouw plek kunt noemen. Voor de meeste jongeren is thuis de woonplek bij ouders of verzorgers; het nest van waaruit jongeren op den duur kunnen uitvliegen. Zoals een meisje van 17 jaar aangeeft: 'Ja, uiteindelijk wil ik wel op mezelf wonen, maar wel wanneer ik een steady baan heb en m'n school heb afgemaakt en gewoon genoeg geld heb om uit dit huis te gaan'. Ook voor jongeren die niet in hun eigen gezin opgroeien is het belangrijk dat de plek waar ze verblijven echt voelt als een stabiele plek, maar dat is niet altijd vanzelfsprekend. '[T]oen ik thuis woonde, dat voelt altijd gewoon als thuis', zo zegt een meisje van 17 jaar, 'maar in een groep heb je heel veel anderen, moet je rekening houden, heb je andere regels, alles werkt anders, aanpassen ook. Dan is het heel moeilijk om je thuis te vinden'. En een jongen van 17 zegt: 'Ik hoop dat die mensen me gewoon zo snel mogelijk op m'n eigen plek zetten. Dat ik weet dat ik daar ga wonen voor een tijdje, want nu wissel ik heel de tijd'.

Naast het feit dat thuis een stabiele plek is, verwijst het ook naar de mensen bij wie je je thuis voelt en waarop je kunt terugvallen. Uiteraard zijn dit voor de meeste jongeren hun ouders, bij wie ze al dan niet nog in huis wonen. Ook de jongeren die wel contact hebben met hun ouders maar waarbij dit niet altijd even soepel verloopt, noemen hun ouders als degenen op wie zij onvoorwaardelijk kunnen terugvallen. Dit benadrukt het uitgangspunt – zoals in het ivrk, wetgeving en beleid – om ouders te

beschouwen als de belangrijkste anderen in het leven van jongeren, ook wanneer ze ouder worden.

Opbouwende aandacht

Jongeren hebben aandacht nodig voor wat er speelt en waar ze tegenaan lopen in hun leven. Bijvoorbeeld aandacht voor hoe het op school gaat, spijbelgedrag, huiswerk, waar en met wie een jongere buiten school uithangt, of iemand die zicht houdt op geldzaken, bijvoorbeeld door inzage in hun bankrekening: '(...) ja, het helpt wel soms dat ik weet dat mijn vader kan kijken, want ik weet dat ik daarna gewoon een appje krijg van... Wat heb je nou weer uitgespookt [lacherig] (...) ik kan het ook gewoon ergens blokkeren en dan denk ik: doe maar niet. Dus dat helpt wel dan wel soms ofzo' (meisje, 17).

Voor jongeren is het hierbij belangrijk dat ze op een positieve manier worden gecoacht of begeleid bij de activiteiten die ze ontplooiën. Positief vinden zij ondersteuning waaruit blijkt dat ze waarde hebben, dat het ertoe doet hoe het met ze gaat, dat er vertrouwen is in hun kunnen en dat maakt dat zij zelf geloven dat dingen zullen lukken als ze er samen de schouders onder zetten. Dit alles geldt zowel voor ondersteuning door ouders als door hulpverleners waarmee jongeren te maken hebben. 'Ik zeg je eerlijk: ik ben toch wel trots op Mourad [hulpverlener]. Want ja, hij wil toch het beste zien van mij. Daarom doe ik ook mijn best en sta ik ook open voor alles' (jongen, 17 jaar).

Aan deze positieve ondersteuning kan op verschillende manieren invulling worden gegeven, positief bekrachtigend ('je kunt het'), motiveren en stimuleren ('nog even en je hebt je diploma en dan kun je doen wat je wilt') en soms ook streng toespreken. Een 17-jarig meisje legt uit dat de bemoedigende woorden van haar ouders haar het vertrouwen geven dat ze het kan. 'Ze helpen niet, maar ze zitten er dan gewoon (...) Ja. Af en toe als ik dan in

de stress raak, kunnen zij zeggen: “Leontien, niet zo aanstellen doe gewoon rustig aan, het komt allemaal wel goed”. Ja, gewoon een beetje extra helpende gedachte’.

Voor jongeren die eerder in hun leven problemen hebben gehad blijkt het extra van belang dat begeleiding wordt ingezet van-uit vertrouwen in de jongeren. Zij kampen vaak met een diep-geworteld gebrek aan zelfvertrouwen, waardoor ze gevoelig zijn voor een negatief verwachtingspatroon. Zoals een jongen van 17 verwoordt: ‘Mensen denken vaak dat je het tegenovergestelde gaat doen, omdat je zo in het verleden bent geweest, waardoor je ook gelijk meer wordt onderschat. Dat fokt je ook gelijk op, want dan heb je gelijk geen zin meer om te beginnen’.

Kortom: voor jongeren is de relatie met hun ondersteuners, of het nu gaat om ouders, mentoren of hulpverleners, en de manier waarop die ondersteuningsrelatie is ingevuld van cruciale betekenis. Jongeren hebben behoefte aan positieve ondersteuning van belangrijke anderen. Dat is een belangrijk inzicht, omdat er voor de relationele kant van hulp en ondersteuning in actuele wetgeving, beleid of beleidsadviezen beperkte aandacht is.

Interesse en betrokkenheid

Om ondersteuning te laten aansluiten bij de concrete ondersteuningsbehoeften die jongeren hebben wordt het door jongeren vooral belangrijk geacht dat er sprake is van oprechte interesse en betrokkenheid. Dat is een belangrijke voorwaarde voor een goede (werk)relatie met professionals. Jongeren zien en voelen het als er echt commitment is. ‘[V]oor bij Michiel [hulpverlener] heb ik zoiets van: dat is een goede man. (...) Ik zie dat hij mij graag wil helpen. Hij steekt meer tijd in mij dan jeugdzorg, dat vind ik toch wel leuk om te zien en goed van hem’ (jongen, 19 jaar).

Een belangrijk element van de betrokkenheid is dat er goed naar de jongeren wordt geluisterd. Dit vraagt om een andere

manier van luisteren dan de manier die nodig is voor het *accommoderen* van de wensen en behoeften van jongeren bij het inrichten van een ondersteuningsstructuur (zie paragraaf 3). Het gaat niet om inspraak of medezeggenschap, maar om uitwisseling op persoonlijk niveau. Jongeren willen gezien en gehoord worden; echt alles kunnen zeggen wat ze te zeggen hebben, ook als dat ongemakkelijk is of niet past bij verwachtingen van professionals of de maatschappij.

Verschillende jongeren geven aan dat er vaak slecht wordt geluisterd wanneer ze (even) geen hulp willen of behoefte hebben aan andere hulp of ondersteuning. Zoals een jongen (17 jaar) die 'geen klik' voelt met zijn voogd: 'Ik heb al een halfjaar geleden gezegd dat ik niks met m'n voogd heb, maar ik zit nog steeds met haar in gesprek. Nu boeit het me niet meer wat ze zegt, want ik weet toch dat ik er niks aan kan doen.'

Jongeren hoeven niet alles te bepalen wat er gebeurt of de volledige regie te hebben over de hulp, ze weten ook dat sommige dingen gewoon moeten. Wel vragen zij om ondersteuning die op basis van interesse in hun situatie is afgestemd op waar zij toe in staat zijn. Zoals een jonge vrouw van 21 jaar zegt: 'Ook begin dit jaar zat ik er doorheen en ik had gewoon wat tijd voor mezelf nodig. Ik gaf dat aan en ze hebben me ook echt de tijd gegeven in plaats van te pushen om werk te zoeken. Dat is echt fijn geweest.'

Praktische ondersteuning

Wanneer jongeren wordt gevraagd waar ze begeleiding bij willen, blijkt dat veel van hen behoefte hebben aan praktische ondersteuning; hulp bij alledaagse zaken waarmee ze geconfronteerd worden. Bijvoorbeeld: het bieden van een rustige plek waar huiswerk gemaakt kan worden, omdat het thuis te klein en/of te druk is; hulp bij het wegwerken van schulden; begeleiding bij het vinden van een geschikte stageplek, het vinden van een passende

opleiding, een plek om te wonen; of voorbereiding op nieuwe verantwoordelijkheden die zich aandienen in deze leeftijdsfase. Studenten van een entree-opleiding (mbo, niveau 1) zeggen baat te hebben (gehad) bij de voorbereiding op het moment dat ze 18 worden. 'Ik vond het ook fijn toen mijn mentor naar mij toe kwam van dit en dit moeten we doen als je 18 wordt en we gaan dit regelen en we gaan zaterdag dit doen en volgende week dit. Dat geeft mij dan echt een gevoel van: er wordt gepland en alles komt goed' (meisje, 17 jaar).

Voor veel jongeren met een hulpverleningsgeschiedenis geldt dat ze zorgmoe zijn; geen zin hebben in hulpverleningsgesprekken waarin ze (weer) al hun problemen en ervaringen met hulp op tafel moeten leggen. Dit geldt zowel voor jongeren met lichte problemen als jongeren in een intensief behandeltraject, bijvoorbeeld in verband met een psychiatrische stoornis. Jongeren in de laatste groep onderkennen de problematiek waarmee ze te maken hebben, maar benadrukken dat hun wensen en ambities in het leven het uitgangspunt moeten zijn in de hulpverlening en niet de behandelprotocollen.

Deze geluiden sluiten aan bij het pleidooi in beleid om toekomstgericht met jongeren aan de slag te gaan en niet te blijven hangen bij wat zich in hun levens heeft afgespeeld. In de verhalen van de jongeren gaat het niet zozeer over omliggende ideeën voor later, maar over heel concrete zaken die op dat moment of op korte termijn spelen. Ze zoeken niet zozeer naar iemand die een uitgebreid plan met ze maakt voor de toekomst, maar iemand die hen helpt bij wat ze op dat moment nodig hebben.

De professional als opvoeder

De gesprekken met jongeren tonen een perspectief op de jongere centraal zetten dat we nog niet zijn tegengekomen; we noemen dit het *relationeel perspectief*. In dit perspectief gaat het er vooral

om dat de ondersteuner zich vanuit een oprechte interesse persoonlijk verhoudt tot de jongere. Het volgende citaat vat mooi samen hoe een stabiele omgeving, aandacht, interesse en betrokkenheid een jongere het gevoel kan geven als mens gezien en behandeld te worden:

Ja, ik moet je eerlijk zeggen dat ik mijn leiding van [instelling x] zeg maar (...), die hebben mij echt goed geholpen, maar meer gewoon door wie ze zijn of zo (...). Ik weet niet goed hoe ik dat moet uitleggen. Wat mij vaak hielp is gewoon een knuffel, weet je wel, af en toe als het niet goed ging. En op [instelling y] deden ze dat eigenlijk nooit (...). Op [instelling y] waren ze gewoon net alsof ze uit de fabriek kwamen, zeg maar. En dat is gewoon echt niet leuk. En op de [instelling x] zijn het gewoon mensen. (meisje, 17 jaar)

Jongeren geven aan meer zelfvertrouwen en motivatie te ontleenen aan ondersteuners die echt geïnteresseerd zijn in wie ze zijn en wat ze te zeggen hebben, die vertrouwen uitstralen dat het goed komt en dat zij er zijn om ondersteuning te bieden. Vanuit dit vertrouwen zijn jongeren ook eerder geneigd om samen met een hulpverlener te kijken naar wat er nodig is in hun leven en hoe dit gerealiseerd kan worden.

In feite is het relationeel perspectief heel alledaags; jongeren centraal zetten betekent dat er iemand voor de jongeren is die hen begeleidt bij zaken waar ze zelf nog niet de (volledige) verantwoordelijkheid voor kunnen dragen. Het relationeel perspectief is in die zin ook een opvoedperspectief, waarbinnen professionals net als ouders de rol van opvoeder aannemen. Zoals een maatschappelijk werker zegt: 'Ik hoorde dat ik eigenlijk "social parenting" doe en toen dacht ik: dat klopt inderdaad'. Het verschil tussen een professionele opvoeder en een ouder is dat de eerste vervangbaar en tijdelijk is, waar het ouderschap onvervangbaar en voor altijd is. De professionele opvoeding kan daarom ook nooit de plek

innemen van de gezinsopvoeding; hooguit een zo goed mogelijke aanvulling bieden.

Hoe gaat het nu met Sara en Jayden?

Sara voelt zich de laatste tijd een stuk beter. Ze is nog steeds regelmatig neerslachtig, maar nooit meer zo depressief als vroeger. Op de vraag wat eraan heeft bijgedragen dat ze de weg omhoog weer heeft gevonden, vertelt ze over hartverwarmend contact met haar tweede psycholoog. 'Zij luisterde heel goed – natuurlijk, het is een psycholoog, het is een baan – maar zij luisterde heel goed naar mij, en snapte me gewoon heel goed. En begrepen worden is voor iemand als ik zoiets goeds. Je hebt heel snel het gevoel dat niemand je begrijpt, dat je alleen op de wereld bent. (...) Mijn moeder snapte er niks van, mijn vrienden ook niet en school al helemaal niet.' Terwijl Sara het zwaar had en stoned op straat rondhing, had ze regelmatig telefonisch contact met haar psycholoog, ze kon er altijd terecht. Haar psycholoog hielp haar met het regelen van een nieuwe school. Daar voelt ze zich thuis en heeft ze het naar haar zin. Ze gaat er alles aan doen om volgend jaar de havo af te maken.

Ook met Jayden gaat beter. Hij heeft nog wel schulden, krijgt nog begeleiding van de reclassering en ziet zijn dochtertje nog steeds weinig, maar hij is positief; hij wil z'n leven weer op de rails krijgen en niet terugvallen in zijn oude gedrag. Straathoekwerker Ibrahim begeleidt hem nu bij het afronden van zijn opleiding en wil hem ook helpen bij het vinden van werk. Ibrahim kent Jayden al vanaf zijn twaalfde, van de straat en het pleintje. Hij begeleidde Jayden bij problemen in het gezin, op school en met de politie, leerplichtambtenaren en justitie. Jayden vertrouwt Ibrahim; hij kent hem ondertussen al zo lang. Uiteindelijk moest er bij hemzelf een knop om, aldus Jayden. Na de geboorte van zijn zoon

wist hij ineens dat hij klaar was om zijn leven te veranderen. En hij wist dat hij voor hulp altijd op Ibrahim kon rekenen.

Een goede relatie en doen wat nodig is

Het relationeel perspectief onderscheidt zich van het methodisch perspectief door de onderlinge verhouding tussen professionals en jongeren, en niet het professioneel handelen, als uitgangspunt te nemen. Deze verhouding is niet te vatten in een eenduidige taakomschrijving, te volgen handelingsrichtlijnen of vaststelbare resultaten. De professional vervult zijn of haar rol vanuit een gevoel van betrokkenheid en verantwoordelijkheid. De opbrengst van de ondersteuning zit primair in de kwaliteit van de werkrelatie en de waarde ervan in het leven van de jongere; deze opbrengst leidt niet altijd tot aanwijsbare resultaten.

Omdat een relationeel perspectief niet te vatten is in tijd of een aantal sessies, verhoudt het zich slecht tot afgebakende ondersteuningstrajecten. Zoals een jongerenwerker illustreert: 'Het gaat om de vertrouwensrelatie. Je kan een traject doen, starten en afsluiten. Maar je kan niet zomaar een relatie afsluiten. Dat botst met de huidige hulpverlening'. Werken aan een relationeel perspectief op het centraal zetten van jongeren in overgang naar volwassenheid betekent een cultuuromslag in het denken over hulp en ondersteuning.

Een maatschappelijke opvoedverantwoordelijkheid

Als het centraal zetten van jongeren in professionele ondersteuning inhoudt dat we in de eerste plaats doen wat hun belang het beste dient, dan moet het relationeel perspectief in die ondersteuning een centrale rol krijgen. Echter, het volstaat niet om louter een relationeel perspectief in te nemen. Een organisatorisch en juridisch perspectief is nodig om te komen tot het opstellen

van wet- en regelgeving, een geschikte ondersteuningsstructuur en een passend ondersteuningsaanbod. Daarbij is het de vraag hoe de juiste randvoorwaarden te scheppen voor begeleiding en ondersteuning waarin aandacht en ruimte is voor het opbouwen van een goede hulpverleningsrelatie. Een methodisch perspectief is nodig voor het aanreiken van kennis over methoden en richtlijnen die bruikbaar en werkzaam zijn bij hulp en ondersteuning aan jongeren. De vraag is hoe deze richtlijnen – interventies, behandelmethodieken, protocollen – in te passen *binnen* een relationele benadering van ondersteuning, zonder de ondersteuning te domineren.

Op dit moment zijn er verspreid over Nederland mooie initiatieven waarin duidelijk wordt dat organisaties een breder, opvoedkundig perspectief hanteren op hun maatschappelijke opdracht. We zien mbo-instellingen die middels voorlichting en workshops bijdragen aan de financiële opvoeding van jongeren; ggz-hulpverlening die jongeren begeleidt bij het zoeken naar werk of een geschikte woning; gemeenten die schulden van jongeren tijdelijk overnemen zodat ze de ruimte krijgen om hun leven op orde te brengen; instellingen voor jeugdhulp, volwassenenzorg en onderwijs die allianties aangaan om jongeren passende, doorgaande ondersteuning te bieden, los van scheidslijnen tussen wettelijke bepalingen, beleidsterreinen en sectoren in het professionele werkveld. Dit soort vernieuwende initiatieven zijn echter vaak een uitzondering op de regel en bovendien gaat het vaak om op zichzelf staande projecten of voorzieningen gericht op specifieke problemen of doelgroepen (schulden, dak- en thuisloze jongeren, jongeren met een licht verstandelijke beperking, drop-outs). Vooralsnog ontbreekt het aan een brede opvoedkundige visie op de begeleiding van jongeren. Met dit hoofdstuk hebben we hiertoe een eerste aanzet willen doen.

In deze visie moeten we ons als samenleving afvragen of er bij de verschillende uitdagingen waarvoor jongeren staan – op

school of in een opleiding, op de arbeidsmarkt, in de openbare ruimte, in relatie tot officiële instanties – mensen beschikbaar zijn die vanuit de relatie en met oog voor wat nodig is zicht houden, begeleiden, ondersteunen en helpen. Het is te makkelijk om te veronderstellen dat de (opvoed)taak van de overheid, van professionele instanties of van de samenleving als geheel pas begint wanneer die van ouders ophoudt. Adequate begeleiding van jongeren die de overgang naar volwassenheid maken vereist een brede maatschappelijke opvoedverantwoordelijkheid. Dat voorkomt dat ouders, overheden, instellingen en professionals verantwoordelijkheden voor het welzijn, de vorming en erkenning van jongeren kunnen afschuiven.

4

**De interpersoonlijke relatie centraal
in de GGZ-verpleegkunde*****Over (grenzen aan) zelfmanagement bij zelfbeschadiging
en leefstijlverandering****Berno van Meijel*

De verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten die werkzaam zijn binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) hebben een bijzondere opdracht. In hun alledaagse werk komen zij in contact met mensen die lijden aan zeer uiteenlopende psychiatrische aandoeningen. Bijvoorbeeld de depressieve cliënt die zichzelf al jaren verloren ziet gaan in zijn sombere, apathische en hopeloze stemming en voor wie het doorkomen van de dag een welhaast onmogelijke opgave is. Of de jonge vrouw die haar toekomstdromen ziet vervagen op het moment dat zij gevelde wordt door steeds weer terugkerende psychosen met alle angst, verwarring en verstoring van persoonlijke relaties. De verpleegkundige ontmoet ook de patiënte met anorexia nervosa die gevangen zit in haar gefixeerde percepties rond eten en bewegen, waarbij zij steeds verder verzwakt, tot aan het levensbedreigende toe. Zij komt ook de man tegen die zijn leven lang kampt met een bipolaire stoornis, steeds weer pendelend tussen de manie en de depressie; 'Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt', zoals Goethe de wisselende stemming typeert in het treurspel *Egmont*. Of zij ontmoet de persoon bij wie alles misgegaan lijkt te zijn in het leven: langdurig en ernstig seksueel misbruik, gediagnosticeerd

met een borderline persoonlijkheidsstoornis; die hevig *acting out* gedrag vertoont met agressie, zelfbeschadiging en suïcidaliteit, die verslaafd is aan alcohol en steeds weer geconfronteerd wordt met de ontwrichte relaties met naasten en hulpverleners.

De verpleegkundige draagt bij aan de preventie van psychiatrische aandoeningen, aan de diagnostiek ervan, aan de behandeling, aan het voorkomen van terugval, en aan het zo goed mogelijk omgaan met de gevolgen van de psychiatrische aandoening, met als doel optimaal functioneren en een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. Niet enkel de psychiatrische symptomen en de behandeling ervan staan centraal, maar ook (en soms vooral) het psychosociale functioneren van de cliënt binnen de sociale context waar hij of zij deel van uitmaakt. Mieke Grypdonck typeerde het treffend toen zij stelde dat het mede de taak van de verpleegkundige is om 'het leven boven de ziekte uit te tillen' (Grypdonck 1999).

Gegeven deze typering van het uitdagende en vooral complexe werk van de ggz-verpleegkundige, dringt de vraag zich op of de stelling dat de mens centraal zou moeten staan binnen het verpleegkundige werk niet een vanzelfsprekend positief antwoord verdient. Wie of wat zou er anders centraal moeten staan binnen het werk van de ggz-verpleegkundige? Maar het laat zich raden: de werkelijkheid is niet zo eenvoudig. De dynamiek van het werk van de ggz-verpleegkundige draagt ertoe bij dat het centraal stellen van de mens door een veelheid aan factoren onder druk kan komen te staan.

Dat begint al bij de persoon van de verpleegkundige zelf, met zijn of haar mogelijkheden en beperkingen, met kwetsbaarheden en krachten. In het beste geval worden deze professioneel gehanteerd in de therapeutische relatie met de cliënt, maar ook voor de verpleegkundige geldt dat niets menselijks hem of haar vreemd is. En soms kan het dus 'misgaan' in dat contact.

De verpleegkundige ziet zich ten tweede geconfronteerd met gedrag van cliënten of naasten dat hem of haar voor grote uitdagingen stelt en waar op dat moment geen passend antwoord op gevonden wordt en waarbij ook de grenzen van de eigen professionele mogelijkheden in beeld komen.

De verpleegkundige werkt ten derde in een team met collega-behandelaren, met wie soms goede afstemming bestaat, maar waarbinnen ook conflicten ontstaan omtrent de wenselijke koers van behandeling, zorg en bejegening. Hierdoor kan de aandacht sterk naar conflictueuze teamprocessen verschuiven, wat niet zelden ten koste gaat van de (eenduidige) behandeling van de cliënt.

Ten vierde werkt de verpleegkundige tegenwoordig steeds vaker binnen netwerken met ggz-partners, gemeenten, wijkteams, eerstelijnsprofessionals en de algemene en specialistische gezondheidszorg. In die context van vaak tegenstelde belangen wordt gezocht naar nieuwe wegen. Daarbij is het een uitdaging om de belangen van de cliënt steeds centraal te blijven stellen.

De verpleegkundige ziet zich ten vijfde geconfronteerd met hoge productieafspraken, met een hoge registratielast, die ten koste kunnen gaan van de aandacht voor de cliënt en dan de kwaliteit van zorg aantasten.

Ten zesde worden er enerzijds eisen gesteld ten aanzien van het werken volgens richtlijnen, protocollen en zorgstandaarden, terwijl het anderzijds de complexe opdracht is om 'gepersonaliseerde zorg' te leveren.

Tot slot dient volgens de uitgangspunten van 'evidence-based practice' (EBP) de wetenschappelijke evidentie gecombineerd te worden met praktijkkennis van de verpleegkundige, die op hun beurt weer dienen aan te sluiten bij de wensen en voorkeuren van de cliënt (Munten et al. 2016).

Dit alles stelt hoge eisen aan de professionaliteit van de ggz-verpleegkunde en bemoeilijkt de uitdaging om de persoon van de cliënt in het middelpunt van de aandacht te houden.

In deze bijdrage zal nader worden uitgewerkt wat de notie 'de mens centraal' betekent voor het alledaagse werk van de ggz-verpleegkundige. We gaan eerst in op relevante ontwikkelingen binnen de ggz, te weten de herstelgerichte benadering en de aandacht voor zelfmanagement en empowerment. Vervolgens worden twee thema's uitgediept om een licht te werpen op wat 'de mens centraal' in de praktijk van de ggz-verpleegkunde kan betekenen. Ten eerste kijken we naar de betekenis ervan in de omgang met cliënten die zelfbeschadigend gedrag vertonen en ten tweede doen we hetzelfde bij de bevordering van de fysieke gezondheid en een gezonde leefstijl van cliënten in de ggz. Deze thema's hebben de afgelopen jaren veel aandacht gekregen binnen het onderzoeksprogramma van het lectoraat GGZ-verpleegkunde. Tot slot zal toegewerkt worden naar integratie van perspectieven, met nadruk op (1) de totstandkoming van effectieve therapeutische relaties met de cliënt, en (2) het effectief gebruikmaken van wetenschappelijke en praktijkkennis, afgestemd op de wensen en voorkeuren van de cliënt.

Ontwikkelingen binnen de geestelijke gezondheidszorg

Naar schatting ligt de jaarprevalentie van psychische aandoeningen in Nederland ergens tussen 20 en 25% (De Graaf et al. 2012; Van Os & Delespaul 2018). Tegen 6% van de personen met een psychische aandoening doet daadwerkelijk een beroep op de geestelijke gezondheidszorg. Hierbij zullen ongetwijfeld selectiemechanismen een rol spelen, waarbij een deel van de mensen die eigenlijk intensieve zorg nodig heeft deze niet ontvangt, terwijl er ook ggz-capaciteit wordt ingezet voor mensen met relatief lichte psychische problematiek (Van Os & Delespaul 2018).

Binnen de totale psychiatrische populatie wordt de zogenaamde EPA-groep onderscheiden, waarbij de afkorting staat voor cliënten met een ernstige psychische aandoening. Het onderzoek dat bin-

nen ons lectoraat ggz-verpleegkunde wordt uitgevoerd richt zich vooral op deze doelgroep. De populatieprevalentie wordt in Nederland geschat op zo'n 280.000 cliënten. Het gaat hier om mensen die lijden aan een psychiatrische aandoening die zorg of behandeling nodig maakt en die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat. De beperkingen zijn zowel oorzaak als gevolg van de psychiatrische aandoening en zijn langdurig aanwezig, ten minste enkele jaren. Er is gecoördineerde inzet nodig van professionals in zorgnetwerken om het behandelplan van de cliënt ten uitvoer te brengen (Delespaul & Consensusgroep EPA 2013).

Lange tijd bestond er binnen de ggz, zowel in Nederland als internationaal, een sterke nadruk op symptoomreductie bij psychiatrische behandeling. Succes van behandeling werd gedefinieerd in termen van vermindering van psychiatrische symptomen. Dit sloot echter slecht aan bij de praktijk van alledag in de GGZ en vooral bij de beleving van cliënten. Cliënten met een behoorlijke mate van symptomatisch herstel konden toch nog lang hinder ondervinden van functioneel en maatschappelijk disfunctioneren, met een hiermee corresponderende lage kwaliteit van leven. En cliënten die symptomatisch matig of slecht herstelden konden desondanks een zeer bevredigend leven opbouwen met een niveau van functioneren dat zeer naar hun tevredenheid was.

Naast de medisch-psychiatrische dimensie kwamen de afgelopen decennia ook de psychische, sociale en zingevende dimensies meer in de schijnwerpers te staan. In de jaren negentig promootte William Anthony het concept van 'recovery' (herstel) dat hij breed definieerde als 'een intens persoonlijk, uniek proces van verandering van iemands houding, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en rollen. Het gaat over het leiden van een bevredigend, hoopvol en zinvol leven mét de beperkingen die psychische klachten met zich meebrengen' (Anthony 1993). Naast het symptomatisch, functioneel en maatschappelijk herstel kwam hiermee

ook het persoonlijke herstel in de aandacht. Het gaat hierbij om zélf betekenis kunnen verlenen aan datgene wat in het verleden is gebeurd en meer greep krijgen op het eigen leven (Van der Stel 2015). Juist deze ervaring van persoonlijke autonomie zet mensen aan tot herstelactiviteiten, zo is de redenering.

‘De mens centraal’ betekent recht doen aan de persoon in al zijn facetten van bestaan met daarbij de betekenisgeving van de persoon zelf als uitgangspunt. In de alledaagse zorgverlening door verpleegkundigen is dit uitgangspunt niet altijd even eenvoudig te vervullen, zo wordt later in dit hoofdstuk betoogd.

Zelfmanagement

In het verlengde van bovenstaande is de afgelopen jaren ‘zelfmanagement’ in zwang geraakt. Ondersteuning van het zelfmanagement van patiënten is volgens de beroepsorganisatie voor verpleegkundigen en verzorgenden v&vn een kerntaak van deze beroepsgroep.¹⁰ Er zijn vele definities van zelfmanagement in omloop (Van Schie et al. 2016). In de beroepsprofielen voor verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten wordt de volgende definitie gehanteerd: ‘het individuele vermogen van personen om waar mogelijk gezondheidsproblemen te voorkomen, en, wanneer deze toch optreden: om te gaan met de symptomen, de behandeling, de lichamelijke, psychische en sociale consequenties van de gezondheidsproblemen en aanpassingen in leefstijl. Hierdoor is men in staat om de eigen gezondheidstoestand te monitoren en te reageren op een manier die bijdraagt aan een bevredigende kwaliteit van leven’ (Stuurgroep Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020, 2012).

Voor het vakgebied van de ggz-verpleegkunde kent het concept zelfmanagement interessante toepassingsmogelijkheden. De onderzoeken die de afgelopen jaren zijn uitgevoerd binnen ons lectoraat richtten zich op deze toepassingsmogelijkheden.

10| www.venvn.nl/Themas/Zelfmanagement

We hebben onderzoek gedaan naar de rol van de patiënt zelf in de omgang met suïcidaal, zelfbeschadigend en agressief gedrag (Fluttert et al. 2010). Steeds gaat het erom dat cliënten zelf meer grip krijgen op hun emoties en gedrag binnen de omstandigheden waarin zij leven, en waarbinnen zij in meer of mindere mate aan ernstige stressoren staan blootgesteld.

Zelfmanagement is ook effectief gebleken bij het voorkomen van terugval na onder meer psychotische, stemmingsstoornissen en eetstoornissen (Berends et al. 2012; Berends et al. 2018). Cliënten en hun naasten leren zelf om tijdig de vroege voortekenen van een naderende terugval te signaleren en om vervolgens passende acties uit te voeren die bijdragen aan herstel van evenwicht.

Andere voorbeelden van onderzoek naar de toepassing van zelfmanagement zijn de ‘collaborative care’ interventies die de afgelopen jaren zijn ontwikkeld, onder meer voor patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis (Stringer et al. 2015a, 2015b) en voor patiënten met een bipolaire stoornis (Van der Voort et al. 2015a, 2015b). Deze collaborative care-programma's omvatten verschillende inhoudelijke behandelmodules, zoals Problem Solving Treatment (Probleemoplossende behandeling), psycho-educatie, terugvalpreventie, crisismanagement en medicatiemanagement. De bevordering van zelfmanagement neemt binnen deze interventieprogramma's een belangrijke plek in: patiënten en naasten krijgen meer kennis over en inzicht in de psychische aandoening en de gevolgen ervan voor hun dagelijks leven. Zij leren op een gestructureerde manier oplossingen te vinden voor alledaagse of minder alledaagse problemen waar zij mee geconfronteerd worden. Samen met hen wordt gekeken naar effectieve strategieën voor terugvalpreventie en crisismanagement. En tevens wordt met hen gesproken over medicatiegebruik: de waarde die het voor hen heeft en manieren om therapietrouw te bevorderen.

Een laatste voorbeeld van effectieve toepassing is zelfmanage-

ment van de patiënt ten aanzien van zijn of haar lichamelijke gezondheid en leefstijl (Van Meijel et al. 2015). Hierop zal later uitvoeriger worden ingegaan.

Wat de hierboven genoemde interventies en zorgarrangementen met elkaar gemeen hebben is dat de patiënt geen passieve ontvanger van zorg is, maar zelf – naar eigen vermogen – verantwoordelijkheid draagt voor het effectief omgaan met de ziekte en de gevolgen ervan. Door ondersteuning van zelfmanagement van patiënten met een psychiatrische aandoening kunnen ggz-verpleegkundigen een wezenlijke bijdrage leveren aan psychische en lichamelijke gezondheidswinst (Van Meijel 2015).¹¹

Echter, waar nieuwe concepten worden geïntroduceerd is een (waarschuwend) kanttekening ook op zijn plek. Het gevaar dreigt dat concepten als ‘zelfmanagement’ uiteindelijk voorbijgaan aan de vaak begrensde mogelijkheden van ggz-cliënten. Het kan ten onrechte tot de veronderstelling leiden dat cliënten in alle gevallen zelf hun leven en de bijbehorende problemen (moeten) kunnen managen. De reden dat cliënten bij de ggz aankloppen is echter juist dat zij hiertoe voor kortere of langere duur niet meer in staat zijn. Zelfmanagement als leidraad voor professioneel handelen kan dus leiden tot overschatting van cliënten door verpleegkundigen, met desillusies en faalervaringen tot gevolg. Het kan echter ook de andere kant op werken: ten gevolge van bijvoorbeeld stigmatisering kunnen de vermogens van cliënten door verpleegkundigen te laag worden ingeschat, waardoor onderveraging plaatsvindt en de cliënt met te weinig uitdagingen wordt geconfronteerd.

Overschatting of onderschatting kan ook aan de zijde van de cliënt (en diens naasten) plaatsvinden. De cliënt kan het eigen vermogen tot zelfmanagement overschatten (bijvoorbeeld in geval van psychose) of onderschatten (bijvoorbeeld ten gevolge van zelfstigma of depressie).

11) Een Nederlandstalige beschrijving van bovengenoemde (en andere) studies en bijbehorende interventies is te vinden in (Van Meijel, 2016).

Een voorwaarde voor het realistisch inschatten van het vermogen tot zelfmanagement is een goede therapeutische alliantie waarin perspectieven en ervaringen van zowel cliënten, naasten als hulpverleners worden uitgewisseld.

Er is tot op heden bijzonder weinig onderzoek gedaan naar het zelfmanagementvermogen van de cliënt. Verpleegkundig specialist Dayenne van Schie doet momenteel empirisch onderzoek naar zelfmanagement bij cliënten met schizofrenie en hoopt hiermee praktische handvatten te bieden aan professionals in de geestelijke gezondheidszorg om cliënten doelgericht te ondersteunen in het toepassen van zelfmanagementstrategieën (Van Schie et al. 2016).

Twee thema's nader bekeken

In de voorgaande paragraaf is een bescheiden schets gegeven van diverse onderzoeken die binnen het lectoraat GGZ-verpleegkunde worden uitgevoerd.¹²

In de volgende paragrafen worden twee onderzoeksthema's nader belicht om te zien wat 'de mens centraal' stellen in verschillende praktijken betekent en onder welke voorwaarden het tot goede zorg leidt. We behandelen achtereenvolgens zelfbeschadiging door ggz-cliënten en somatische gezondheid en leefstijl in de ggz.

Zelfbeschadiging

De term zelfbeschadiging verwijst naar het bewust of onbewust toebrengen van letsel aan het eigen lichaam zonder de intentie het eigen leven te beëindigen (Hawton et al. 2006). Dit letsel kan verschillende vormen aannemen: snijden, branden, krassen, krabben, haren uittrekken, hoofdbonken, voorwerpen in het lichaam

¹²) Zie voor een vollediger overzicht de website van het lectoraat: www.ggzverpleegkunde.nl

brengen of schadelijke stoffen innemen. Zelfbeschadiging is sterk geassocieerd met de aanwezigheid van psychiatrische aandoeningen: naar schatting 90-99% van de personen die zichzelf beschadigt heeft een diagnosticeerbare aandoening. Veelvoorkomende diagnoses zijn depressie, eetstoornis, dissociatieve stoornis, posttraumatische stressstoornis, persoonlijkheidsstoornis en verslaving (Bosman & Van Meijel 2009). Uit onderzoek weten we dat er een sterk verband bestaat tussen zelfbeschadiging en suïcide(pogingen). Onder jongeren is de kans op suïcide of een poging daartoe tot 50 keer hoger indien zij eerder zelfbeschadigend gedrag hebben vertoond (Nixon et al. 2008).

Hoe vaak zelfbeschadigend gedrag zich voordoet is niet precies bekend. Een grove schatting is dat zo'n 4% van de algemene populatie op enig moment in het leven schade toebrengt aan het eigen lichaam (Briere & Gil 1998). Onder cliënten die behandeling ontvangen via de ggz ligt dit percentage rond 20-30% (Zlotnick et al. 1999). Jongeren vormen hier een bijzondere risicogroep, zowel binnen als buiten de ggz. Internationaal wordt de prevalentie van zelfbeschadigend gedrag onder adolescenten geschat op 12-24% (Jacobson & Gould 2007). Negentig procent van alle personen die zichzelf verwonden deed dit voor het eerst in hun jeugdijaren (Claes & Vandereycken 2007). Deze prevalentiecijfers zijn waarschijnlijk een onderschatting van het werkelijke cijfer. Een deel van de zelfbeschadiging is namelijk niet zichtbaar voor buitenstaanders en/of er wordt geen professionele hulp voor gevraagd. Schaamte- en schuldgevoelens, evenals angst voor negatieve en weinig begripvolle reacties van buitenstaanders spelen hier een belangrijke rol.

Voor buitenstaanders is het inderdaad moeilijk om te begrijpen wat mensen die zichzelf beschadigen drijft tot dit gedrag. En de redenen kunnen ook zeer uiteenlopend zijn. Zelfbeschadiging kan een vorm van zelfbestrafing of een roep om hulp zijn. Vaak is het een poging tot zelfregulering of zelfbescherming. Zelfbe-

schadiging reguleert bij veel mensen een als negatief ervaren gemoedstoestand. Zij houden zich hiermee staande en beschermen zich tegen verdergaande gevoelens van vervreemding, isolatie en neiging tot suïcide (Bosman & Van Meijel 2006). Voor veel personen geldt dat het zelfbeschadigende gedrag daarmee een manier is om om te gaan met emoties die als zeer intens en onverdraaglijk worden beleefd (Nixon et al. 2002). In veel gevallen hangen de sterk onregelende emoties samen met eerder ervaren traumata in het verleden. Voor een deel van hen draagt de hevigheid van ervaren emoties bij aan gevoelens van vervreemding en dissociatie. Door zichzelf te verwonden kunnen deze gevoelens worden tegengegaan (Bosman & Van Meijel 2009).

Vanuit het perspectief van de cliënt gezien is zelfbeschadiging noodzakelijk en 'functioneel' gedrag. Het heeft voor de cliënt een stabiliserende functie en het kan daarmee niet zonder meer worden beëindigd. Want hoe dan om te gaan met de overweldigende en niet te hanteren emoties van wanhoop, somberheid, angst, depressie, verdriet, vervreemding, dissociatie, ervaren onbegrip vanuit de omgeving en eenzaamheid? De persoon wil de gevoelens van desintegratie opheffen en weer controle over zichzelf krijgen. Door het verwonden - door het zien en voelen van bloed - ervaren cliënten weer contact met zichzelf en de omringende wereld. Het zelfverwonden is een fysieke stimulans om zich weer 'levend' te voelen, als individu afgegrensd ten opzichte van de omringende wereld (Bosman & Van Meijel 2009; Verschueren et al. 2015).

Vanuit het perspectief van de cliënt is het zelfbeschadigende gedrag dus 'functioneel' in de zin dat het tot op zekere hoogte bijdraagt aan zijn of haar emotionele stabiliteit. Maar hoe zien verpleegkundigen dit? Karman en collega's verrichtten systematisch literatuuronderzoek naar de perspectieven van verpleegkundigen op (cliënten met) zelfbeschadigend gedrag (Karman et al. 2015).

Zij vonden – op basis van de 15 geïncludeerde studies – dat negatieve attitudes van verpleegkundigen in relatie tot zelfbeschadiging frequent voorkwamen. Studies uitgevoerd binnen de ggz laten zien dat er veel onzekerheid en boosheid onder verpleegkundigen leeft ten aanzien van cliënten met zelfbeschadigend gedrag. De verpleegkundigen gaven aan moeilijk om te kunnen gaan met het onvoorspelbare en soms shockerende gedrag van cliënten. Het kostte hen veel moeite om empathie voor deze cliënten op te brengen en ze hadden het gevoel dat ze zichzelf gevoelsmatig af moesten sluiten in het onderlinge contact. Ggz-verpleegkundigen in een gesloten setting typeerden de cliënten met zelfbeschadigend gedrag vooral als ‘aandachtzoekers’ en ‘manipulators’. Onderzoek naar de interactie tussen verpleegkundigen en cliënten liet bovendien zien dat de bejegening van de verpleegkundigen beschuldigend en vijandig was.

De overzichtsstudie van Karman en collega's liet verder zien dat onder verpleegkundigen werkzaam op de afdelingen voor spoedeisende hulp van algemene ziekenhuizen veel gevoelens van frustratie en machteloosheid leefden ten aanzien van cliënten die opgenomen werden met zelfbeschadiging. Sommigen vonden deze cliënten manipulatief en het voelde als verloren tijd om zich voor hen in te zetten. Verpleegkundigen van een medische opnameafdeling vonden dat deze cliënten het zorgsysteem blokkeerden met hun complexe zorgbehoeften en ten onrechte een beroep doen op de gezondheidszorg. Schoolverpleegkundigen gaven aan dat zij zich vooral richtten op de medische complicaties van de zelfbeschadiging, maar nauwelijks aandacht hadden voor de onderliggende oorzaken van zelfbeschadiging en de emoties die ermee gepaard gaan. Overigens liet een deel van de studies ook positieve attitudes zien bij een deel van de verpleegkundigen. Zij straalden begrip, betrokkenheid en hoop op verbetering uit en ervoeren de zorg voor deze cliënten als belonend (Karman et al. 2015).

Gegeven de merendeels tegenstrijdige perspectieven van cliënten (functioneel) en verpleegkundigen (disfunctioneel) is het niet verwonderlijk dat ongeveer driekwart van de cliënten met zelfbeschadigend gedrag ontevreden is over de zorg die zij ontvangen (Cook et al. 2004). Door de frustraties die over en weer worden ervaren, wordt er eerder afstand van elkaar genomen in de vorm van vijandig of vermijgend gedrag dan dat er toenadering wordt gezocht. Negatieve ervaringen met verpleegkundigen kunnen weer aanleiding vormen voor hernieuwd zelfbeschadigend gedrag waarmee de vicieuze cirkel rond is (Bosman & Van Meijel 2009). De literatuur laat overigens overtuigend zien dat veel verpleegkundigen zelf ook ontevreden waren over de zorg die zij verleenden en dat zij een tekort aan kennis en vaardigheden constateerden om hier verandering in te brengen.

Wij hebben als onderzoeksgroep van het lectoraat GGZ-verpleegkunde een interventiepakket voor verpleegkundigen ontworpen getiteld 'Begeleiden van patiënten die zelfverwonden. Contact maken en herstellen' (Bosman & Van Meijel 2009). Dit pakket ontwikkelden wij samen met ervaringsdeskundigen van de Landelijke Stichting Zelfbeschadiging om te garanderen dat het voldoende recht zou doen aan het cliëntenperspectief. We wilden zo goed mogelijk aansluiten bij de ervaren problemen in de zorgpraktijk. Het interventiepakket bestaat uit de volgende onderdelen:

1. *Goede communicatie en afstemming van zorg.* Het accent ligt hier op open communicatie met de cliënt omtrent zelfbeschadiging en de emoties en gedragingen die hiermee gepaard gaan. Dit moet leiden tot vertrouwen in de therapeutische relatie tussen de cliënt en de verpleegkundige, wat de basis vormt voor verdere therapeutische acties. Acceptatie van het gedrag en de emoties van de cliënt door de verpleegkundige vormt het uitgangspunt om dit te realiseren.

2. *Vroegtijdig signaleren van oplopende stress en dreigende zelfverwonding.* Het doel is hier om meer inzicht te krijgen in het proces van zelfbeschadiging van de individuele cliënt. De verpleegkundigen en de cliënt onderzoeken samen wat er gebeurt voordat zelfbeschadiging optreedt. Er wordt gekeken naar uitlokkende factoren en naar gedachten en gevoelens die voorafgaand aan de zelfbeschadiging optreden. En tevens naar de gedragingen die hierop volgen. Zodoende wordt een goed beeld verkregen van oplopende stress en hoe dit uiteindelijk leidt tot zelfbeschadigend gedrag.
3. *Acties om met stress en (dreigende) zelfverwonding om te gaan.* Deze acties sluiten aan bij de inzichten verkregen in de eerste twee stappen en zijn zodoende afgestemd op de wensen en mogelijkheden van de cliënt.
4. *Nazorg en afronding:* Hoe kan er effectief worden gewerkt met het signaleringsplan dat wordt opgesteld op basis van de resultaten uit de voorgaande fasen? Ook wordt afgesproken hoe om te gaan met situaties waarin de cliënt geen weerstand heeft kunnen bieden aan de zelfbeschadiging.

Met dit interventiepakket beogen we de individuele cliënt met haar of zijn lijden centraal te stellen in de verpleegkundige begeleiding. Als verpleegkundige streven we ernaar om een goede relatie met de cliënt tot stand te brengen van waaruit open over emoties en (zelfbeschadigend) gedrag gesproken kan worden. We willen de verpleegkundigen ook de tools in handen geven om samen met de cliënt te streven naar meer grip op emoties en gedrag. De eerste stap daartoe is de kennis en competenties van de verpleegkundigen te verhogen ten aanzien van oorzaken van zelfbeschadigend gedrag en passende interventiestrategieën.

Zijn we daarin geslaagd? Om dit te testen implementeerden we het interventiepakket in negen ggz-instellingen met deelname van 281 professionals (respons n=178). We vergeleken hun

attitude en zelf-ingeschatte competenties ten aanzien van cliënt- en met zelfbeschadigend gedrag vóór en na de implementatie. De professionals lieten een significante verbetering zien in hun attitude, hun zelf-ervaren competentie in de begeleiding van deze cliënten, en een meer nabije houding ten opzichte van de cliënt (Kool et al. 2014). Deze aangetoonde verbeteringen zijn bemoedigend. Een volgende stap is het meten of een dergelijk interventieprogramma ook leidt een betere kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de cliënt.

Somatische gezondheid en leefstijl

Een tweede thema dat hier (in iets korter bestek) besproken wordt betreft de somatische gezondheid en leefstijl van cliënten met een ernstige psychische aandoening. Ook ten aanzien van dit thema leeft de vraag hoe we de cliënt centraal kunnen stellen, mede met het oog op het bereiken van zo gunstig mogelijke resultaten op het gebied van de lichamelijke gezondheid en leefstijl van cliënten.

De somatische gezondheid van cliënten met een ernstige psychische aandoening is de laatste jaren toenemend in de belangstelling komen te staan. Dit hangt samen met het besef dat zij een sterk verhoogd risico hebben op een reeks fysieke aandoeningen, zoals cardiovasculaire aandoeningen, longaandoeningen, diabetes, bepaalde vormen van kanker en infectieziekten. Zo ligt de prevalentie van obesitas rond de 50% en de prevalentie van diabetes type 2 rond 10-15%, hetgeen een viervoudig risico betekent ten opzichte van de algemene populatie (De Hert et al. 2011). De verhoogde ziektelast leidt tot een verkorting van de levensverwachting die geschat wordt op 20 à 30 jaar (De Hert et al. 2011; Laursen et al. 2014).

Een reeks van factoren draagt bij aan deze verhoogde gezondheidsrisico's: kenmerken van de ziekte zelf (bijvoorbeeld apathie

en initiatiefloosheid), genetische risico's, het leefstijlgedrag van de cliënt (slechte voeding, weinig bewegen, roken, middelengebruik), beperkte aandacht van ggz-professionals voor somatiek en leefstijl, barrières in de ketenzorg en samenwerking tussen professionals, beperkt hulpzoekgedrag van cliënten, en stigmatiserende en discriminerende attitudes van professionals waardoor cliënten suboptimale somatische zorg ontvangen (De Hert et al. 2011; Meeuwissen et al. 2015a).

De complexiteit van de problematiek noopt tot inzet van uiteenlopende professionals binnen en buiten de ggz, met intensieve betrokkenheid van de cliënt zelf en leden uit diens sociaal netwerk. Maar hoe kan de cliënt binnen deze complexiteit van problematiek en drukte van professionals toch nog zijn of haar centrale positie behouden?

Recent zijn twee multidisciplinaire landelijke richtlijnen ontwikkeld, de eerste gericht op uitvoering van somatische screening (Meeuwissen et al. 2015a) en de tweede gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl van cliënten met een ernstige psychische aandoening (Meeuwissen et al. 2015b). De verpleegkundige krijgt als casemanager op het gebied van somatiek en leefstijl een coördinerende rol toebedeeld binnen deze richtlijnen. Hij/zij moet bewaken dat de activiteiten op het gebied van somatiek en leefstijl worden uitgevoerd op basis van de aanbevelingen uit deze richtlijn en dat deze tevens goed worden afgestemd op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. In hoeverre lukt dat tot nu toe en wat is er nodig om dat mogelijk te maken?

Eerdere studies hebben laten zien dat toepassing van leefstijlinterventies bij kunnen dragen aan verlaging van lichaamsgewicht en metabole risico's (o.a. buikomvang, triglyceridenen en glucosegehalte) (Bruins et al. 2014; McGinty et al. 2016). De effecten zijn echter bescheiden qua omvang en weinig duurzaam: na beëindiging van de studie en de daarin opgenomen leefstijlcoaching ver-

minderen of verdwijnen de effecten in veel gevallen weer.

Binnen onze onderzoeksgroep voerden we een implementatiestudie uit gericht op somatische screening en toepassing van leefstijlinterventies bij cliënten met een ernstige psychische aandoening (Van de Voort et al. 2015a, 2015b). Tezamen met de bevindingen uit een recent Nederlands proefschrift (Looijmans 2018) kunnen we interessante lessen trekken over hoe professionals de cliënt centraal kunnen stellen bij gezondheidsbevordering.

De eerste les is dat er goed geluisterd dient te worden naar de zorgen en wensen van de cliënt ten aanzien van zijn of haar gezondheid. Alleen zo kan er goed aangesloten worden bij zijn gezondheidsbeleving, en wensen en mogelijkheden tot verandering. Ten tweede is het van belang dat er gekeken wordt op welke gebieden hij of zij gemotiveerd is om zich in te zetten voor een betere lichamelijke gezondheid en leefstijl, om vervolgens de vertaalslag te maken naar realistische doelen die kunnen leiden tot successen. Daarbij moet ten derde aandacht zijn voor de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt om hier zelf invulling aan te geven, maar ook waar ondersteuning nodig is. Ten vierde is het van belang dat de ondersteuning in de loop ter tijd zo vormgegeven wordt dat het zelfmanagement van de cliënt geleidelijk wordt versterkt. Dit is van belang om duurzame gedragsverandering ten aanzien van eigen gezondheid en leefstijl mogelijk te maken.

Het vormgeven van die ondersteuning kan op verschillende manieren: het organiseren van opvang en ondersteuning (via professionals, naasten en medecliënten) voor als het op een bepaald moment niet of minder goed lukt; het monitoren van veranderingen op basis van objectieve meetgegevens waardoor eenieder weet heeft van de vorderingen; het met regelmaat ter sprake brengen van de beleving en percepties van de cliënt ten aanzien van lichamelijke gezondheid en de aangeboden behandeling; het goed onderscheiden van 'niet kunnen' (bijvoorbeeld gebrek aan initiatief door negatieve symptomen) en 'niet willen' (gebrek aan

motivatie); het effectief toepassen van motiverende interventies; en – last but not least - het vieren van successen op manieren die verdere leefstijlveranderingen aanmoedigen.

Daarbij zijn geen 'one size fits all'-benaderingen denkbaar, omdat er veel verschillende factoren van invloed zijn op de slagingskansen van de gezondheidsbevorderende interventies. Naast variabelen op het niveau van de cliënt is er nog een veelheid aan andere factoren die succes of het gebrek daaraan beïnvloeden. Op het niveau van de professional spelen vooral de competenties en rolopvattingen ten aanzien van somatiek en leefstijl een bepalende rol. En tevens de beschikbaarheid van effectieve en bruikbare methoden en instrumenten die ingezet kunnen worden voor succesvolle gezondheidsbevordering.

De afgelopen tijd is door het lectoraat gewerkt aan de ontwikkeling van een *e-health*-tool die cliënten en verpleegkundigen ondersteunt bij het doelgericht aandacht geven aan de lichamelijke gezondheid en gezond leefstijlgedrag. De *e-health* draagt de naam 'My GILL', waarbij GILL staat voor 'gezond in lichaam en leefstijl'. We verwachten dat deze e-health-tool competentieverhogend en zelfmanagementbevorderend is voor respectievelijk professional en cliënt. Deel 1 van deze tool is gericht op somatische screening. De cliënt brengt – desgewenst met ondersteuning van professionals of naasten – klachten ten aanzien van de eigen fysieke gezondheid in kaart via een vragenlijst. Er worden metingen gedaan door de verpleegkundige (bijvoorbeeld vaststelling van het metabool syndroom), de medicatie wordt in kaart gebracht, bijwerkingen van medicatie worden geobserveerd en beschreven, en er wordt laboratoriumonderzoek verricht. In geval van afwijkingen worden deze met de cliënt doorgenomen en er worden behandelopties besproken. De verpleegkundige is samen met de cliënt verantwoordelijk voor de opvolging ervan. Deel 2 bestaat uit het afnemen van een leefstijlanamnese en het opstellen en uitvoeren van een leefstijlplan. Samen met de cliënt wordt

in kaart gebracht op welke leefstijlgebieden (voeding, bewegen, roken, alcohol, middelmisbruik, seksueel gedrag, hygiëne) er verbetering mogelijk is, en op basis van motivatie en mogelijkheden van de cliënt worden leefstijldoelen en -acties vastgesteld. De verpleegkundige heeft een coachende rol bij de uitvoering van het plan en coördineert de uitvoering, vooral daar waar andere professionals ingezet worden (bijvoorbeeld een diëtist wanneer voedingsaspecten en gewichtsverlies centraal staan; of een fysiotherapeut wanneer er problemen met het bewegingsapparaat bestaan; of de huisarts wanneer de diabetes ontregeld is). Voor de haalbaarheid is het belangrijk dat de leefstijlactiviteiten zoveel mogelijk worden ingepast in het dagelijks leven van de cliënt. De My GILL-tool is beschikbaar via het e-healthplatform van Mind-District (www.minddistrict.com).

Nabeschuwing

In deze bijdrage hebben we een blik geworpen op het werk van de verpleegkundige en de verpleegkundig specialist in de ggz en ons daarbij de vraag gesteld hoe we de mens centraal kunnen stellen in ons werk. Het lectoraat GGZ-verpleegkunde ontwikkelt interventieprogramma's met als uitgangspunt om de cliënt steeds volwaardig in het centrum van de aandacht te stellen. In het verlengde van de herstelgerichte benadering die wij in dit hoofdstuk hebben beschreven, streven we naar een integrale benadering van de cliënt. Hieronder verstaan wij een benadering die persoonlijk, functioneel, maatschappelijk en symptomatisch herstel de plek geeft die de cliënt wenst en die voor hem of haar haalbaar is. En tevens een benadering die soma en psyche weet te integreren.

Ook de bevordering van zelfmanagement, autonomie en vermindering van afhankelijkheid van zorgprofessionals zien wij als een belangrijk uitgangspunt binnen de door ons ontwikkelde interventieprogramma's. Maar dit is geen doel op zich. Het dient

ingepast binnen de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt, en binnen de omgeving waarbinnen de cliënt verblijft. Het centraal stellen van de cliënt en het bereiken van optimale resultaten in de zorg en behandeling kan verder bevorderd worden via de volgende principes die we binnen ons lectoraat als uitgangspunt nemen.

Ten eerste proberen we de verpleegkundige en verpleegkundig specialist in de rol van casemanager in staat te stellen verantwoordelijkheid te dragen voor continuïteit en coördinatie van zorg. Juist gebrek aan coördinatie en continuïteit tast kwaliteit van zorg aan en draagt eraan bij dat de blik op de cliënt met diens wensen en behoeften verloren gaat. Wanneer de verpleegkundige samen met de cliënt effectief de regie voert over het veelal complexe zorgproces, kan een betere kwaliteit van zorg worden gerealiseerd.

Ten tweede willen we verpleegkundigen bewuster maken van het belang van wetenschappelijke kennis, naast hun professionele kennis en de ervaringskennis van de cliënt. Er ligt een uitdagende taak voor de ggz-verpleegkunde om wetenschappelijke kennis, gebundeld in een veelheid aan richtlijnen, zorgstanden en generieke zorgmodules (zie www.ggzstandaarden.nl), op een verantwoorde manier te implementeren in de alledaagse praktijk. Daarbij willen we (aankomende) verpleegkundigen een kritische houding aanleren zodat zij aanbevelingen die op groepsniveau voor een bepaalde populatie cliënten gelden kunnen vertalen naar de n=1 situatie. Neem de effectief gebleken leefstijlinterventies die in dit hoofdstuk staan beschreven: om deze interventies ook effectief te kunnen laten zijn op n=1 niveau zullen verpleegkundigen moeten beoordelen wat betekenisvol, motiverend en mogelijk is voor hun specifieke cliënt, en wat er aan steun nodig is vanuit de professional en het omringende netwerk om goede resultaten te kunnen bereiken. Effectief samenwerken met de cliënt en zijn of haar naasten en interprofessionele samenwerking met andere

professionals zijn voorwaarden voor positieve effecten. Dit hebben we duidelijk gezien op het gebied van lichamelijke gezondheidsbevordering waarbij samenwerking en interprofessionaliteit kernvoorwaarden zijn voor goede resultaten.

Ten derde: de cliënt centraal stellen vereist een goede therapeutische relatie met de cliënt en met de mensen in zijn of haar netwerk. De kwaliteit van deze relaties bepaalt voor een belangrijk deel de uitkomsten van behandeling en zorg binnen de ggz (Hafkenscheid 2014). Dit hebben we gezien bij de bespreking van het thema zelfbeschadiging: zonder goede therapeutische relatie is het bijzonder moeilijk om het zelfbeschadigend gedrag, de achterliggende motieven en de gevolgen voor het alledaagse functioneren te bespreken. Des te opmerkelijker is het dat we aan de kwaliteit van de therapeutische relatie zo weinig aandacht besteden. En ook dat het ons aan een bruikbaar begrippenkader ontbreekt om over de therapeutische relatie na te denken, erop te reflecteren en om deze bewust te hanteren.

Het lectoraat GGZ-verpleegkunde wil daarom de komende jaren in het bijzonder aandacht schenken aan bevordering van de kwaliteit van de therapeutische relatie, dit in combinatie met systematische reflectie op eigen functioneren van de ggz-verpleegkundige. Onder die reflectie verstaan we: nadenken over, reflecteren op en bewust omgaan met de relaties met de cliënt. Een methodiek en taal waar wij ten aanzien van reflectie op de therapeutische relatie veel van verwachten, mede vanwege haar eenvoud en directe toepasbaarheid, is die van het 'mentaliseren'.

Mentaliseren is het proces waarbij mensen hun eigen gedrag en dat van anderen interpreteren en verklaren vanuit achterliggende mentale toestanden zoals gedachten, gevoelens, verlangens, overtuigingen, motieven en behoeften. Hierdoor kunnen naar verwachting relaties tussen ggz-verpleegkundigen en cliënten verbeteren, vooral wanneer die onder druk staan vanwege de complexiteit van de psychiatrische aandoening en de (gedrags-

matige) gevolgen ervan. Dit zagen we ook bij de bespreking van de omgang met cliënten met zelfbeschadigend gedrag, waarbij emotionele en gedragsmatige ontregeling aan de zijde van de cliënt optreedt, maar waarbij ook aan de zijde van de verpleegkundige tegenoverdrachtsreacties plaatsvinden, bijvoorbeeld in de vorm van afwijzing en schuldinducerende responses. De methode van mentaliseren is succesvol toegepast als Mentalization-Based Treatment in de psychotherapie (Allen et al. 2015), maar inmiddels ook goed toepasbaar gebleken in de alledaagse multidisciplinaire zorg (Bevington et al. 2017). Mentaliseren geeft naar onze verwachting de relatie met de cliënt de benodigde gefocuste aandacht. Het zet de intermenselijke relatie tussen zorgverlener en cliënt centraal.

5

Van aapjes kijken naar de mens zien***Over de impact van negatieve framing
op jongeren uit ‘aandachtswijken’****Femke Kaulingfreks*

Het Sociaal Cultureel Planbureau concludeerde in 2016 dat post-codegebied 3034 het armste postcodegebied van Nederland is; 30,8% van de inwoners leeft er onder de armoedegrens.¹³ Het gaat hier om de Rotterdamse wijk Crooswijk. De cijfers van het SCP kwamen uit 2013 en in de laatste jaren is Crooswijk, net als andere wijken dicht bij het centrum van Rotterdam, enorm populair geworden. De gemeente investeerde in de wijk en sociale huurwoningen maakten plaats voor duurder koopappartementen die inmiddels als warme broodjes over de toonbank gaan. Door deze ontwikkelingen verandert het aanzicht en de sociale dynamiek in de wijk gestaag.

PowNed zond in april 2018 de documentaire ‘Crème de la Crooswijk’ uit, waarin te zien is hoe oudere bewoners die er al hun hele leven hebben doorgebracht mopperen op de yuppen die langzaam maar zeker hun volkswijk overnemen. Niet lang na de uitzending besloten twee oud-journalisten van *Trouw* om een ‘journalistieke dagtocht naar de armste wijk van Nederland’ te organiseren. Voor 89 euro per persoon konden geïnteresseerde *Trouw*-lezers zelf komen kijken hoe het de bewoners vergaat in deze buurt. Het plan leidde tot breed gedeelde verontwaardiging in de wijk en na protesten op sociale media werd de tour afgeblazen. ‘Wat ik

13) Bron: http://digitaal.scp.nl/armoedeinkaart2016/waar_wonen_de_armen_in_nederland/

eigenlijk wil zeggen: pleurt op naar je eigen wijk en ga daar door het raam gluren!’ zei buurtbewoonster Sara tegen het AD. ‘Het is aapjes kijken’.¹⁴

Een paar weken later sprak ik jongerenwerker Hassan¹⁵ die me vertelde over de zorgen van de Crooswijkse jeugd. Het slechte imago van de wijk zit hen dwars, net als het contrast tussen de oude en de nieuwe Crooswijkers. Als Hassan het over oude Crooswijkers heeft, dan bedoelt hij niet de witte Rotterdammers, veelal boven de zestig, die in de documentaire ‘Crème de la Croos-wijk’ figureren, maar ‘zijn’ pubers die bij hem in het buurthuis komen en veelal een Marokkaans-Nederlandse of een andere migratieachtergrond hebben. Net als de oude Crooswijkers uit de documentaire storen deze jonge-oude Crooswijkers zich aan de bakfietsmoeders en hippe kofffientjes die hun vertrouwde straatbeeld zijn gaan domineren. Door de komst van die nieuwe Crooswijkers zegt men nu dat de wijk ‘verbeterd’ is, maar de jongeren merken hier zelf weinig van.

In Crooswijk wordt duidelijk dat gentrificatie, of het ‘opwaarderen’ van oude stadswijken, een onevenredig effect heeft op bewoners. Voor nieuwe inwoners met een hoger inkomen heeft de buurt steeds meer te bieden, terwijl oude, minder kapitaal-krachtige inwoners de huurprijzen zien stijgen en hun directe leefomgeving steeds duurder zien worden. Tegelijkertijd zijn de jongeren trots op hun wijk en proberen ze er het beste van te maken. Ze vinden het vervelend dat de oude Crooswijkers, mede door toedoen van alle media-aandacht, op een eenzijdige manier als probleemgevallen bekeken worden. Daarom willen zij, de jonge-oude Crooswijkers, net als de oude-oude Crooswijkers, niet als aapjes bekeken worden. ‘Ze voelen zich steeds meer verjaagd uit de jungle, om het zo maar te zeggen’, zei Hassan tegen mij.

14) Bron: www.ad.nl/rotterdam/aapjes-kijken-in-crooswijk-afgelast-na-commotie-a3758oef/

15) Om de anonimiteit van de betrokkenen te garanderen zijn de namen in dit artikel gefingeerd.

Een eenzijdig perspectief

Dit Crooswijkse verhaal, over oude bewoners van een arme volkswijk die zich als probleemgevallen bekeken en opgejaagd voelen door een sensatiebeluste buitenwereld, resoneert voor mij als etnografisch onderzoeker met andere verhalen uit andere volkswijken. Bijzonder aan de kwestie in Crooswijk is dat alle bewoners die er geboren en getogen zijn zich kwaad maken, zowel jong als oud, zowel met als zonder migratieachtergrond. In andere wijken waar ik onderzoek deed, zoals Kanaleneiland in Utrecht en de Schilderswijk in Den Haag, waren het vooral jongeren met een migratieachtergrond, en dan met name de jongeren die veel tijd op straat doorbrengen, die zich bekeken en behandeld voelden als een 'vreemde diersoort'.

Ik kom de metafoor van aapjes kijken in de dierentuin, safari-toerisme of jagen op wilde beesten in de jungle op verschillende plekken en in verschillende contexten regelmatig tegen. Deze metaforen geven uitdrukking aan het gevoel van jongeren dat zij in hun eigen wijk door 'onbekenden' of 'buitenstaanders' op een eenzijdige en veelal negatieve manier bekeken worden. Of het nu gaat om jongeren die vertellen over de effecten van gentrificatie op hun wijk, of over de toenemende nadruk op veiligheid – de jongeren die ik spreek voelen zich vaak geobjectiveerd, vooral door publieke dienstverleners. In hun beleving zoomen niet alleen de politie en 'de gemeente' – waarmee ze vaak beleidsmakers, maar soms ook lokale jeugdprofessionals bedoelen – maar ook de media alleen in op bepaalde problematische aspecten van hun leven, terwijl andere delen van hun leef- of belevingswereld onderbelicht blijven. Dit komt ook omdat jongeren uit wijken met een slecht imago vaak het gevoel hebben dat er wel óver maar niet mét ze wordt gesproken.

Antropoloog Anouk de Koning beschrijft bijvoorbeeld hoe Marokkaans-Nederlandse jongens uit de Amsterdamse 'aandachts-

wijk' de Diamantbuurt in het kader van een intensiever veiligheidsbeleid als specifieke risicodoelgroep worden aangemerkt. Ook zonder concrete verdenkingen krijgen ze te maken met een diffuus en omvattend web van surveillance, repressie en interventie, waar ze zelf heel moeilijk grip op kunnen krijgen, over in gesprek kunnen gaan of verandering in kunnen aanbrengen.¹⁶ Het gevoel object te worden van een generaliserende blik waar je zelf geen invloed op uit kunt oefenen kan leiden tot wantrouwen en een groeiende afstand tussen jongeren en de overheid.

In dit hoofdstuk wil ik dit proces van vervreemding analyseren en bespreken hoe jeugdprofessionals een bijdrage kunnen leveren aan een herstel van deze vertrouwensbreuk. De ambitie binnen het sociaal domein om de mens centraal te stellen kan hierbij een vruchtbaar uitgangspunt vormen, door het gevoel van jongeren dat ze behandeld worden als 'vreemde diersoort' te doorbreken.

'Mijn wijk is geen jungle of dierentuin'

In 2010 en 2011 deed ik veldwerk in Kanaleneiland (Utrecht), een wijk die toen al jaren regelmatig negatief in het nieuws kwam door overlast van hangjongeren, criminaliteit en kleine relletjes. Ik werkte met een focusgroep van jongens die waren aangemerkt als risicojongeren. Bij de media en hun eenzijdige berichtgeving hadden ze zonder uitzondering negatieve associaties. 'Alleen alle negatieve dingen halen het nieuws, niet de positieve dingen. Zo is het niet in andere wijken', merkte de achttienjarige Tariq op.

Op een middag keken we de film *La Haine*, over drie vrienden die opgroeien in een arme buitenwijk van Parijs. In een van de scènes verjagen de vrienden een auto met journalisten die met draaiende camera's de wijk in komen rijden. Er hebben rellen plaatsgevonden en de journalisten maken daar een reportage over. Ze filmen op een veilige afstand vanuit hun auto. 'Eh, hebben

16) Zie: www.volkskrant.nl/columns-opinie/ook-niet-criminele-jongeren-lijken-al-snel-verdacht-b97fc9ca/ en De Koning 2015

jullie ook meegedaan aan de rellen? Hebben jullie iets vernield, misschien wat auto's in de brand gestoken?' roept de verslaggeefster de jongens toe vanachter het autoraampje. 'Wat willen jullie nou, zeker alleen een scoop!' roepen de vrienden boos. 'Waarom komen jullie niet die auto uit, we zijn hier niet in de dierentuin!' De camera draait gretig en de beelden van het schreeuwende drietal bevestigen precies het stereotiepe verhaal dat hen zo woedend maakt.

'Wow, zo gaat het hier ook!' riep Hamid terwijl hij bij de scène opveerde van zijn stoel. De rest van de groep knikte instemmend. De hevige rellen in de film waren voor de jongens uit Kanalen-eiland een ver-van-hun-bed-show, maar deze confrontatie met journalisten die zich gedragen alsof ze op safari zijn en komen kijken naar een stel wilde beesten herkenden de jongens in mijn focusgroep wel.

Een vergelijkbaar sentiment kwam ik tegen in mijn onderzoek naar het gebrek aan vertrouwen in de politie van jongeren uit de Schilderswijk. 'Sommigen weten niet eens dat ze in de Schilderswijk zijn. Ze denken dat ze in de jungle zijn, of zo. Ik maak geen grap. Wij zijn de apen en zij zijn de tarzans' (Duijndam et al. 2017, p. 107). Dit zegt de achttienjarige Samia, een van de 49 respondenten die mijn oud-collega's van de Haagse Hogeschool en ik in 2014 en 2015 interviewden.

Het merendeel van de jonge Schilderswijkers die we spraken had het gevoel dat de politie het slecht met hen voor had. Sterker nog, ze dachten dat de politie het op hen gemunt had, ook als ze niets verkeerd hadden gedaan. We kregen veel verhalen te horen over ID-controles waarbij agenten zich onvriendelijk of arrogant opstelden, en waarover jongeren zeggen niet goed geïnformeerd te zijn over de reden waarom ze zijn staande gehouden. Daardoor ontstaat een gevoel van willekeur. 'Waarom word ik er steeds uitgepikt?' De verhalen die we hoorden getuigen van frustratie

en machteloosheid.

Tegelijkertijd maakten de jongeren die we spraken onderscheid tussen surveillanten en de wijkagent. Jongeren die zich door surveillanten onheus bejegend voelen en een negatief beeld hebben van de politie in het algemeen, ervaren het contact met de wijkagent vaak wel als positief. Farouk zegt bijvoorbeeld: 'De wijkagent mengt zich echt met de jongeren. Hij weet wat er speelt, hij snapt jongeren. Dat doen andere agenten niet. Andere agenten gaan af op één instinct: iedereen is een crimineel' (Duijndam et al. 2017, p. 79). De manier waarop jongeren aangesproken worden door agenten, en de mate waarin agenten intensiever contact met hen opbouwen, heeft invloed op hun vertrouwen in de politie. Hoe meer ze het gevoel hebben dat de agent naast een ordehandhaver ook een aanspreekpunt is, hoe minder ze zich onterecht vanuit een eenzijdig perspectief bekeken en opgejaagd voelen.

Behalve de media en de politie komen ook onderzoekers volgens veel jongeren 'aapjes kijken' in zogenaamde aandachtswijken. De wijk Poelenburg kwam in 2016 negatief in het nieuws door de YouTube-video's van Ismail Ilgun, die bekend kwam te staan als 'treitervlogger'. De gemeente Zaanstad besloot te investeren in de wijk. Er is een actieplan ontwikkeld, en onderzoekers zijn samen met studenten bezig om te inventariseren welke grootstedelijke vraagstukken er spelen in de wijk en welke ondersteuningsbehoeften bewoners hebben.

Ik sprak jongerenwerker Jerry die niet onverdeeld enthousiast is over de stroom aan onderzoeksvragen die tegenwoordig op zijn bureau belandt. 'Natuurlijk is het mooi dat er bekeken wordt wat mensen in deze wijk nodig hebben, maar niet iedereen stapt hier met een open blik de wijk in, en dat merken de jongeren ook. Sommige van die studenten gaan er al bij voorbaat van uit dat iedereen hier in de shit zit of zich niet wil aanpassen. Ze komen even kijken en schrijven wat op, maar wat hebben de jongeren

daar zelf aan? Die studenten moeten niet doen alsof ze in de dierentuin komen kijken, ze moeten wel echt gevoel voor de wijk krijgen en iets teruggeven aan bewoners.'

De woorden van Jerry doen me denken aan wat de Amerikaans-Mexicaanse socioloog Victor Rios de 'jungle book trope' noemt. Hij gebruikt deze metafoor om de relatie tussen sociaal-wetenschappelijke onderzoekers en jongeren uit achterstandswijken in de Verenigde Staten te beschrijven. Sommige witte, geprivilegieerde onderzoekers schrijven over hun onderzoeksgebied alsof ze een expeditie naar de jungle hebben gemaakt, de gewoonten van de 'wilden' hebben leren kennen, het overleefd hebben en nu aan de gewone mensen uitleggen hoe het er daar aan toegaat. In hun werk leggen ze vaak de nadruk op de sociale misstanden die ze in het 'getto' zijn tegengekomen, en doen het voorkomen alsof alle bewoners van dergelijke wijken lijden aan dezelfde sociale pathologische condities.¹⁷ Bovendien blijft het aspect van wederkerigheid in dergelijk onderzoek onderbelicht. Onderzoekers staan te weinig stil bij de vraag wat voor impact hun onderzoek heeft op hun respondenten, of wat zij respondenten kunnen bieden in ruil voor hun deelname.

Wat jongeren die veel tijd op straat doorbrengen in wijken als Crooswijk, Kanaleneiland, de Schilderswijk en Poelenburg met elkaar gemeen hebben is dat ze zich vaak niet behandeld voelen als gelijkwaardig medemens, maar zich weggezet voelen als 'vreemde diersoort'. In de metaforen die ze gebruiken verbeelden zij de wijk als een 'jungle' of een 'dierentuin' waarin zij als 'vreemde' en 'wilde' wezens nieuwsgierig maar ook vaak misprijzend worden bekeken, of met overmatig machtsvertoon worden opgejaagd door autoriteitsfiguren. In het vervolg van mijn bijdrage zal ik eerst de ontmenselijkingslogica van de negatieve 'framing' die zij ervaren analyseren, dan zal ik laten zien hoe

17) www.slate.com/articles/news_and_politics/jurisprudence/2014/07/alice_goffman_s_on_the_run_she_is_wrong_about_black_urban_life.html

ontmenselijking het vertrouwen tussen jongeren en instituties beschadigt, en tot slot zal ik aandragen dat jeugdprofessionals met een houding van interesse en medemenselijkheid het vertrouwen kunnen herstellen.

Dominante mensbeelden

Jeugdprofessionals komen bij de ondersteuning van jongeren uit aandachtswijken vaak voor een lastige opgave te staan. In lijn met de huidige beleidsdoelen in de jeugdsector is het hun opdracht om jongeren te activeren en 'in hun eigen kracht te zetten', terwijl de jongeren zelf vaak grote twijfels hebben bij de goede bedoelingen van professionele hulpverleners. Ze voelen zich door de gemeente en andere overheidsinstanties eerder weggezet als probleemgeval dan serieus genomen in hun wensen en behoeften. Jeugdprofessionals moeten daarom opboksen tegen een flinke dosis wantrouwen. Daarbij komen ze soms klem te zitten tussen de beleavingswereld van de jongeren, hun eigen normatieve overwegingen en generaliserende beleidskaders. Wat jongeren zelf willen, wat een professional van jongeren verwacht of met ze hoopt te bereiken, en wat de overheid vindt dat professionals met jongeren zouden moeten bereiken, zijn vaak drie verschillende dingen. Zakaria, jongerenwerker in Kanaleneiland, verzuchtte een keer tegen mij:

Ik snap de gedachtegang achter het beleid soms niet helemaal. Ik hoor van alles over eigen verantwoordelijkheid, maar in de praktijk gaat het steeds over monitoren en bestraffen, en niet over structurele begeleiding waar we in kunnen investeren. Die jongens worden zorgvermijders genoemd, maar soms denk ik dat de hulpverlening hen ook vermijdt, omdat ze te moeilijk te *handelen* lijken. Ze passen simpelweg niet in het plaatje en dan weten we niet wat we met ze aan moeten.

De tegenstrijdige eisen die het beleid aan Zakaria stelt, bemoeilijken de structurele begeleiding die hij de jongeren eigenlijk zou willen geven. Het beleid vraagt eigen verantwoordelijkheid van de jongeren, maar wil die verantwoordelijkheid wel monitoren, volgens Zakaria. Dat resulteert in ondersteuningsaanbod dat uitgaat van de verwachting dat jongeren maatschappelijk participeren op een manier die de overheid voor ogen heeft, in plaats van de wensen en behoeften van de jongeren centraal te stellen, zoals Zakaria graag zou willen. Vooral jongeren die in aandachtswijken wonen en veel tijd op straat doorbrengen – en dus gemakkelijk als hangjongeren gelabeld kunnen worden – voldoen niet aan het dominante mensbeeld dat ten grondslag ligt aan de actuele beleidskaders.

Om welk dominant mensbeeld gaat het dan precies? In hoofdstuk 1 van deze bundel zijn een aantal belangrijke aannames benoemd waaraan ook het maatschappelijk slagen van jongeren wordt afgemeten. Ten eerste is er het mensbeeld van de vrij kiezende mens: van jongeren wordt verwacht dat zij zelf bewust kiezen voor een bepaalde leefwijze. Die leefwijze moet echter wel voldoen aan de beleidsverwachtingen die gebaseerd zijn op een tweede belangrijke aanname achter de Participatiewet; de werkende mens met een aangeboren drang tot arbeid. Jongeren zonder startkwalificatie, die werkloos zijn of op straat hangen, lijken de tegenhanger te zijn van dit mensbeeld. Ze worden impliciet beschouwd als niet-willers die niet voldoende hun best hebben gedaan om hun eigen mogelijkheden waar te maken. Werkloosheidsuitkering of niet, wie zijn of haar mogelijkheden niet volledig lijkt te benutten wordt gewezen op de eigen verantwoordelijkheid om zelfstandig te participeren, en zo nodig onder druk in de gewenste richting geduwd. Dat ervaren veel jongeren als tegenstrijdig, want voor hen is het vaak andersom: zij willen wel, maar zien de mogelijkheden niet. De achttienjarige Fouad uit Crooswijk vertelde mij bijvoorbeeld:

Ik zou willen dat meer jongeren uit mijn wijk een stageplek konden vinden. Het is mij ook nog niet gelukt. Ik doe mbo juridisch, maar ik ken helemaal geen mensen die zulk werk doen en school vindt dat ik het zelf moet regelen. Soms denk ik: hoe dan? Met mijn Marokkaanse achternaam maak ik toch minder kans.

In het kader van de Jeugdwet kunnen jongeren die het niet lukt om op eigen kracht te participeren professioneel ondersteund worden, maar het doel blijft om jongeren en hun sociale omgeving verantwoordelijk te houden voor het vinden van de juiste oplossingen. Thomas Kampen merkt in hoofdstuk 1 terecht op dat deze doelstelling kan botsen wanneer jongeren juist bij jeugdzorg terechtkomen omdat ze moeizaam of schadelijk contact hebben met hun sociale omgeving, of het contact zelfs verbroken hebben. Niet iedereen wil of kan van zijn sociale omgeving afhankelijk zijn.

Het gevoel weggezet te worden als 'vreemde diersoort' in plaats van als medemens ondersteund te worden, kan bij jongeren versterkt worden als zij er constant impliciet of expliciet op gewezen worden dat zij niet voldoen aan het verwachtingspatroon dat samenhangt met het dominante mensbeeld achter het jeugdbeleid. Alhoewel jongerenwerkers vaak belangrijke vertrouwenspersonen zijn in de wijken waar ik onderzoek doe, worden zij soms ook gezien als onderdeel van de instituties waar jongeren zich op een eenzijdige en weinig respectvolle manier door benaderd voelen. Dit wantrouwen wordt soms ook door de manier van spreken van jongerenwerkers zelf in de hand gewerkt.

Niet lang geleden woonde ik een vergadering van het jongerenwerk bij in een middelgrote gemeente. Onderwerp van gesprek was een voorstel voor een nieuw activiteitenaanbod waarmee de gemeente de hangjongeren in een bepaalde wijk van de straat wil houden. Een van de aanwezige jongerenwerkers uit zijn zorgen:

‘Het is wel de vraag of we ze nog kunnen bereiken, die jongens. De laatste maanden was dat in ieder geval heel moeilijk, ze waren heel wantrouwend. Als er een nieuw iemand naar ze toe komt, bijvoorbeeld een stagiair van ons, dan denken ze toch al snel: die is van de gemeente, en dan houdt het al op.’ Een collega vult aan: ‘Ja, we willen natuurlijk niet dat we de activiteiten gaan volzetten met de *usual suspects*. We moeten ook loslopende jongeren benaderen op andere vindplaatsen, dus gewoon in het wild, zeg maar.’

Ook hier zien we de objectiverende manier van spreken die het wantrouwen van jongeren jegens gemeente en jongerenwerk in de hand zou kunnen werken. Door over ‘vindplaatsen’ te spreken waar je ‘loslopende’ jongeren ‘in het wild’ aantreft is de associatie met het jungleboek-verhaal waar jongeren nu juist niet in willen figureren al snel gelegd.

Drie ontmenselijkingslogica's

Aanvullend op bovengenoemde mensbeelden in beleid is er nog een dominant mensbeeld dat van invloed is op de dynamiek tussen jongeren, jeugdprofessionals en de overheid. Het witte, en westerse mensbeeld waaraan mensen met een niet-westerse achtergrond worden afgemeten, is een dominant mensbeeld dat vandaag de dag nog steeds invloed heeft op het onderscheid dat we maken tussen goede, participerende burgers en afwijkende ‘risicogroepen’ (Kaulingfreks 2017). Hierna zal ik laten zien dat dit mensbeeld samenhangt met drie vormen van framing die een rol spelen in het gevoel van jongeren dat zij als ‘aapjes bekeken worden’: (impliciet) racisme, exotisering en demonisering.

(Impliciet) racisme

Van oudsher heeft het dominante witte en westerse mensbeeld ertoe geleid dat mensen van kleur en mensen met een niet-westerse

achtergrond met dieren werden vergeleken. Dit gebeurt helaas nog steeds; Giel Beelen vergeleek Sylvana Simons in 2016 met een krijsende aap op de radio,¹⁸ voetballers van kleur worden nog steeds regelmatig op het veld begroet met oerwoudgeluiden¹⁹ en anti-Zwarte Piet-activisten werden in 2018 bij de intocht in Eindhoven met bananen bekogeld.²⁰

Jongeren van kleur en jongeren met een migratieachtergrond die zich als een aapje bekeken voelen in hun eigen wijk appelleren ook aan impliciete vooroordelen die een negatieve, exotiserende werking hebben. De metaforen die zij gebruiken geven uitdrukking aan ervaringen met stereotypen gebaseerd op huidskleur, etniciteit en cultuur, die jongeren niet alleen relateren aan de 'witte blik' van de media, maar ook aan de politie, zo blijkt bij-voorbeeld uit hun verhalen over etnisch profileren. Souhaida vertelde bij-voorbeeld over de politie in de Schilderswijk:

Ja, een groot gedeelte is best racistisch. Nou, racistisch durf ik niet te zeggen. Maar ze bevooroordeelen. Ze geven geen kans. Dus stel ze komen in contact met een Marokkaanse jongen, of een Turkse, dan hebben ze al een vooroordeel, van: die zal hetzelfde zijn als de rest. Dat heb ik ook gezien, en dat is mijn ervaring met de politie in de Schilderswijk. (Duijndam et al. 2017, p. 107)

De Kameroense postkoloniale denker Achille Mbembe gaat in zijn boek 'Kritiek van de zwarte rede' (2015 [2013]) expliciet in op dierlijke vergelijkingen die volgens hem voortkomen uit een bepaalde diepgewortelde ontmenselijkingslogica. Mbembe stelt dat we in Europa nog steeds letterlijk in zwart-wit denken. Wit

18) Zie: www.nu.nl/media/4343573/giel-beelen-noemt-eigen-apengrap-sylvana-simons-smakeloos.html

19) Zie: <https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2175287-vervolgen-van-oerwoudgeluiden-in-stadion-gebeurt-amper.html>

20) Zie: www.nrc.nl/nieuws/2018/11/17/in-eindhoven-voert-even-ongebreideld-racisme-de-boventoon-a2755595

wordt niet gezien als kleur, het is de neutrale standaard die het goede en eigene bepaalt. Zwart is de kleur die we niet willen zien en die we associëren met negativiteit, de kleur van duisternis, de kleur van de bedreigende ander. Ten tijde van het kolonialisme en de slavernij werd de mensen die als zwart werden gezien hun menselijkheid ontzegd, omdat hun lichaam als werktuig kon worden gebruikt en economische waarde had. Aan hen werden allerlei dierlijke en dus verachtelijke eigenschappen toegeschreven, van onstuitbare seksuele drift tot agressie en irrationele overgave aan emoties. Deze koloniale mindset laat tegenwoordig nog steeds haar sporen na in onze impliciete vooroordelen, legt Mbembe uit.

Sinds de koloniale tijd is het westerse mensbeeld als dominante maatstaf genomen en bepaalde uitsluitingsmechanismen op basis van dit mensbeeld werken ook nu nog door in onze huidige samenleving. Soms uit dit zich in expliciet racisme, wanneer mensen van kleur eerder als lui, dom of boos worden beschreven dan witte mensen, soms uit het zich in de vorm van impliciete vooroordelen, bijvoorbeeld als kinderen van kleur op een lager niveau worden ingeschat door hun leraren op school (Weiner 2016). Ook op de arbeidsmarkt en woningmarkt spelen (onbewuste) uitsluitingsmechanismen op basis van kleur en migratieachtergrond nog steeds een rol.²¹ De zorgen die Fouad uit Crooswijk zich maakt over het vinden van een stageplek met zijn Marokkaanse achternaam zijn dus niet onterecht.

Exotisering

Volgens Mbembe is racisme in de eenentwintigste eeuw niet meer alleen gebaseerd op het idee van ras, maar uit het zich ook in een onderscheid op basis van cultuur of religie. Een andere

21) Zie: www.groene.nl/artikel/goede-bedoelingen-zijn-niet-genoen

postkoloniale denker, Edward Said, legt in zijn boek *Orientalism* uit 1978 uit hoe een eindimensionale, stereotiepe beeldvorming over culturen uit de islamitische wereld en 'het Oosten' ontstaat.²² Arabieren en moslims worden vaak door een eurocentrische bril bekeken, wat ertoe kan leiden dat exotische, oosterse culturen over-geromantiseerd worden, maar ook kunnen er essentialistische karikaturen en valse vijandbeelden worden gecreëerd van barbaarse of gevaarlijke Arabieren. Nog steeds worden moslims en mensen met een Arabisch uiterlijk vaak als vreemde, mysterieuze, gevaarlijke, seksueel onderdrukte of juist geseksualiseerde en/of irrationele anderen gezien. De interne diversiteit van een groep met een bepaalde religie, cultuur en identiteit wordt door dergelijke framing gemakkelijk over het hoofd gezien. Jonge moslims hebben last van deze stereotyping, zoals blijkt uit talloze incidenten waarbij ze in de openbare ruimte vijandig worden bejegend, of in de media negatief worden geframed (Papaikonomou & Dijkman 2018).

Dit soort 'framing' doet ook denken aan de exotiserende blik waarmee antropologen vroeger naar vreemde volken in verre oorden keken. Culturen werden beschreven als een soort homogene entiteiten die in essentie sterk van elkaar verschilden, terwijl het fluïde, grijze gebied waarin de identiteit van veel mensen wordt gevormd over het hoofd werd gezien. Bovendien is er vaak een impliciet of expliciet waardeoordeel verbonden aan een dergelijke essentialistische benadering van cultuur; sommige culturen worden gezien als goed, beschaafd en progressief, andere als slecht, onbeschaafd en achtergesteld. Het risico dreigt dat de eigen cultuur als objectieve maatstaf wordt genomen waaraan andere culturen worden afgemeten, en dat mensen met een afwijkende culturele identiteit door een exotiserende bril niet alleen als vreemde worden gezien, maar in feite buiten het dominante mensbeeld worden geplaatst.

22) Said 1978

Demonisering

Jongeren die worden geassocieerd met straatcultuur of worden getypeerd als hangjongeren hebben misschien wel het meest last van eenzijdige framing. Confronterende incidenten en het grensoverschrijdende gedrag van vooral groepjes jongens die hun tijd op straat doorbrengen, worden vaak representatief geacht voor een veel grotere groep niet-witte jongeren die in aandachtswijken wonen. De Britse socioloog en criminoloog Stanley Cohen analyseerde al in de jaren zeventig de berichtgeving rondom groepen hangjongeren, en concludeerde dat deze jongeren vaak in de media werden neergezet als 'duivels' die een 'morele paniek' veroorzaakten omdat men bang was dat ze een ontwrichtende impact op de samenleving zouden hebben.²³ Criminele en onbeschaafde jeugdgroepen zijn bij uitstek de actoren die een collectief beleefde angst voor sociale onrust kunnen aanwakkeren. Het gaat daarbij zowel om angst voor het moreel verwerpelijke gedrag van sommige jongeren als om de angst dat ongemanierde jeugd het bevoegde gezag zal ondermijnen.

Cohen legt uit hoe deze jongeren als een soort sociale sprookjesfiguren worden gezien die in de collectieve verbeelding worden uitvergroot en van monsterlijke of duivelse trekjes worden voorzien, waardoor ze hun menselijke herkenbaarheid verliezen. Door de negatieve beeldvorming worden al snel alle jongeren die vanwege hun uiterlijk, vrijetijdsbesteding of manier van praten worden geassocieerd met de straatcultuur over één kam geschoren.

De analyse van Cohen is nog steeds relevant. Groepen Marokkaans-, Antilliaans- of Turks-Nederlandse jongeren die op straat rondhangen veroorzaken nog steeds morele paniek en worden als gevaarlijke, irrationele idioten weggezet, omdat hun drijfveren niet passen in het frame van waardevol en constructief burgerschap. Morele paniek kan zo mechanismen van uitsluiting versterken, bijvoorbeeld in de vorm van etnisch profileren door de

23) Cohen 2011 (oorspr. 1972)

politie, of discriminatie bij het vinden van een baan of een woning.

Inter-esse

De hierboven behandelde auteurs maken allemaal op hun eigen manier duidelijk dat een bewuste of onbewuste ontmenselijkingslogica haar sporen nalaat in de manier waarop groepen worden bekeken die afwijken van een dominante standaard van goed burgerschap, cultuur of kleur. Deze beeldvorming heeft impact op het vertrouwen dat de jonge bewoners van aandachtswijken hebben in de autoriteiten.

Jeugdprofessionals zouden vanuit de ambitie om de mens centraal te stellen in hun werk met deze doelgroep een tegenwicht kunnen bieden aan het gevoel niet als gelijkwaardig medemens behandeld te worden, en zo een bijdrage kunnen leveren aan het herstel van dit vertrouwen. In de afsluitende paragrafen van dit hoofdstuk zal ik een aanzet doen tot twee benaderingen die kunnen bijdragen aan het herstel van vertrouwen.

Onderzoek van het lectoraat Jeugd en Samenleving wijst uit dat jongeren in de overgang naar volwassenheid er behoefte aan hebben om in het contact met jeugdprofessionals écht gehoord en gezien te worden (zie de bijdrage van Van Goor & Wiersma aan dit boek). Jongeren vinden het belangrijk om een persoonlijke klik te hebben met begeleiders en hulpverleners door wie ze zich met respect behandeld voelen, en die oprechte interesse hebben in hun perspectief en wensen. Ze willen niet alleen als probleemgeval benaderd worden, maar vragen om aandacht voor het complete plaatje van hen als persoon. Ook willen ze begeleid worden door professionals die vertrouwen in hen hebben én die zelf betrouwbaar zijn omdat ze doen wat ze beloven.

Van Goor en Wiersma maken uit de verhalen van jongeren op dat zij de nadruk leggen op een relationeel perspectief. Jongeren hebben een fundamenteel recht op inspraak bij zaken die

hen aangaan en de zorg en begeleiding van jongeren zou daarom moeten worden opgebouwd rondom hun eigen wensen en leef- en belevingswereld. Professionals die jongeren ondersteunen zouden dus altijd samen met hen tot een begeleidings- of ondersteuningsplan moeten komen. Daarbij is het zaak dat ze vanaf het begin openstaan voor afstemming tussen hun eigen normatieve kader en de verwachtingen van de jongeren zelf. Veel jongeren geven aan dat ze het meeste hebben aan professionele begeleiding zonder vast protocol of afgebakende methodische stappen. Ze hebben behoefte aan iemand die er voor langere tijd voor hen is en op het juiste moment doet wat nodig is, ook als de professional daarbij soms streng is of afwijkt van de wensen van de jongere zelf.

In aansluiting op de bevindingen van Van Goor en Wiersma zie ik een houding van oprechte interesse en medemenselijkheid als een belangrijk uitgangspunt voor de opgave om de mens centraal te stellen in het jeugddomein. Zeker in relatie tot hangjongeren die zich als vreemde diersoort behandeld voelen is dit een belangrijke basis voor constructief contact. Wanneer professionals met jongeren die bekendstaan als risicogroep contact leggen vanuit de eenzijdige verwachting dat zij zich moeten aanpassen aan een vooraf vastgestelde norm, dan zal dat gevoelens van wantrouwen versterken. Wie zich bij voorbaat niet op waarde geschat voelt zal ook niet snel te motiveren zijn tot gedragsverandering. In een open interactie kunnen professionals en jongeren samen onderzoeken wat binnen hun eigen handelingsvermogen ligt en waar hun omgeving hen zou moeten ondersteunen. Wat ik bedoel met een houding van interesse en medemenselijkheid zal ik uitleggen aan de hand van het werk van de filosofen Jean-Luc Nancy en Henk Oosterling. De Franse filosoof Jean-Luc Nancy laat zien dat dominante mensbeelden kunnen leiden tot uitsluiting, objectivering en vervreemding bij groepen die niet voldoen aan de norm die dat mensbeeld stelt. Nancy benadrukt in zijn werk dat een mens altijd al samen met anderen is in de wereld (1991, 2000). Het

is voor hem heel logisch dat er geen alleen, op-jezelf-zijn vooraf kan gaan aan het met-anderen-zijn. Wanneer we ons als vrij, zelfstandig of autonoom mens positioneren, kunnen we dat alleen doen door ons te onderscheiden van anderen. Er bestaat altijd een noodzakelijke relatie tussen het zelf en het andere, volgens Nancy. Je hebt het andere, buiten jezelf nodig om je überhaupt bewust te kunnen zijn van jezelf en je autonomie.

Niet alleen voor ons begrip van autonomie zijn anderen nodig, maar ook voor identificatie. Om dat te begrijpen kunnen we denken aan het wolfskind Mowgli uit *The Jungle Book*. Hij beseft niet dat hij een mens was tot hij met andere mensen in contact kwam. Ons begrip van medemenselijkheid bepalen we dus nooit in ons eentje, maar altijd in relatie tot anderen, waar we onszelf van onderscheiden of waarmee we onszelf juist identificeren en verbinden. Samen zijn is geen toestand die toegevoegd kan worden aan een individueel bestaan, het is er altijd al, vanaf het begin, of we dat nu leuk vinden of niet. Of we dingen in elkaar herkennen of niet, of we met elkaar in conflict zijn of niet, we verhouden ons altijd tot elkaar.

Deze basale, filosofische gedachte heeft consequenties voor de manier waarop we naar de constructie van dominante mensbeelden kunnen kijken. Als een mensbeeld te essentialistisch of zwart-wit is opgesteld, en geen ruimte laat voor diversiteit, contradicties of grijs tinten, dan wordt er te weinig recht gedaan aan het contact met het andere, dat altijd al inherent onderdeel van onszelf is. De identiteit van mensen is nooit statisch, maar wordt altijd samen met anderen vormgegeven.

Medemenselijkheid

In navolging van Nancy is het dan ook geen gekke gedachte om de ambitie 'de mens centraal stellen' in het sociaal domein vanuit een relationeel perspectief te benaderen. Om te voorkomen

dat bepaalde dominante mensbeelden de invulling bepalen van deze ambitie, zou in beleid meer nadruk gelegd kunnen worden op ontmoeting *tussen* mensen, te beginnen bij ontmoeting tussen jongeren en jeugdprofessionals.

Zoals eerder gesteld blijkt uit onderzoek van ons lectoraat dat jongeren dit relationele perspectief zelf erg belangrijk vinden en dat het thema bejegening meer aandacht verdient. Vaak staat dit bij uitvoerende professionals al hoog op de agenda, maar zij voelen zich op management- en beleidsniveau niet altijd gesteund in hun aanpak. De relatie tussen jeugdprofessionals en jonge cliënten wordt in beleidskaders en organisatiedoelen nog vaak te instrumenteel opgevat, als een middel om bepaalde targets te halen, in plaats van als een doel op zichzelf. In ontmoetingen met jeugdprofessionals die interesse tonen kunnen jongeren werken aan een positieve identiteitsontwikkeling zonder dat de resultaten daarvan direct meetbaar zijn.

Ik sprak kort geleden Ahmed, jongerenwerker in een wijk in Den Haag waar hangjongeren regelmatig overlast veroorzaken. Hij organiseert een middaginloop waar verschillende jongeren komen, ook jongeren die in het vizier zijn van het lokale Veiligheidshuis.

Ik had van de zomer een paar van die moeilijke gasten eindelijk zo ver dat ze wel naar een iftar [maaltijd tijdens ramadan] wilden komen die ik samen met de wijkagent organiseerde. Maar toen kreeg ik ineens te horen dat ik me niet meer met die jongens mocht bemoeien, want de gemeente had een andere partij een speciale opdracht gegeven om met die overlastgevende groep te gaan werken. De jeugdcriminaliteit hier was net weer in het nieuws geweest en het ging de gemeente blijkbaar allemaal niet snel genoeg. Echt jammer, want ik heb al zoveel geïnvesteerd in het opbouwen van een band met die jongens. Ze beginnen net met me over hun schulden te praten en die iftar had echt een positieve ontmoeting met de politie kunnen zijn.

Om jongeren het gevoel te geven dat zij niet als 'vreemde diersoort' bekeken worden, maar als mens gezien worden, zou er voldoende ruimte moeten zijn om de ontmoeting tussen jongeren en jeugdprofessionals op een open manier aan te gaan. De ruimte voor zo'n open ontmoeting zou voorgesteld kunnen worden als een tussenruimte die niet bij voorbaat door één normatief of professioneel kader wordt bepaald, maar daadwerkelijk ruimte schept voor een dynamische gedachtewisseling; de ruimte om tussen verschillende posities heen en weer te bewegen, die van de professional met zijn of haar expertise en doelstellingen, en die van de jongere met zijn of haar wensen en behoeften. In deze tussenruimte kan vanuit oprechte interesse het gesprek geopend worden, zonder dat alle randvoorwaarden vooraf zijn vastgesteld door de professional of zonder dat de toon al is gezet door bepaalde aannames of het gebruik van bepaalde beleidstermen.

Het idee van ontmoeting in tussenruimten sluit goed aan bij het werk van Nancy. Nancy stelt namelijk dat we ons altijd heen en weer bewegen tussen het bepalen van een eigen, unieke en singuliere positie en het besef dat we onszelf daarmee onderscheiden van een pluraliteit die constant op de achtergrond aanwezig is. We zijn nooit helemaal alleen en op onszelf teruggeworpen, we gaan nooit helemaal op in onze sociale omgeving; we bewegen ons altijd tussen verschillende posities in. Om het weer in filosofische termen uit te drukken: elke vorm van zijn is singulier-pluraal.

De beweging tussen een singuliere en plurale dimensie van ons bestaan maakt duidelijk dat elke identiteit, elke relatie en elke gemeenschap altijd ontstaat op een drempel, in een soort tussenruimte (Nancy 2000). Het singulier-plurale zijn kan nooit worden gefixeerd in statische begrippen, omdat de drempel niet een plek is waar we verblijven, maar eerder een plek die we kruisen, in een constante beweging van de ene bestemming naar

de andere, zonder ooit echt aan te komen.

De Nederlandse filosoof Henk Oosterling benadrukt in zijn werk ook dat elke identiteit en culturele positie altijd tussen het zelf en het andere wordt vormgegeven, en dat wijzelf en onze relatie met anderen dus altijd letterlijk door een tussen-zijn – of *inter-esse* – wordt bepaald (1999). Daarom past een geïnteresseerde houding het beste bij de interactiviteit die menselijke relaties kenmerkt; het feit dat het binnen van onze eigen beleavingswereld altijd door middel van een drempel of tussenruimte verbonden is met een buiten, dat nooit ver van ons af staat, maar eigenlijk altijd al onderdeel van onszelf is. Oprechte interesse betekent dan dat we daadwerkelijk open durven staan voor de beleavingswereld van een ander, voor andere opvattingen en andere ervaringen, ook als die botsen met die van onszelf of als we onszelf er moeilijk in kunnen verplaatsen. Interesse impliceert ook dat we de ander als medemens kunnen zien wanneer hij of zij radicaal van ons verschilt, en dat we ons in dat geval niet laten verleiden door een dehumaniserend perspectief.

Pleidooi voor geduld

Als we deze inzichten serieus nemen zou de relatie tussen jeugdprofessionals en hun cliënten dus nooit volledig bepaald mogen worden door één dominant mensbeeld waaraan jongeren worden geacht te voldoen. Uiteindelijk gaat het om een ontmoeting die ontstaat vanuit geïnteresseerde betrokkenheid bij de ander, en om de inzichten en afspraken die ontstaan *tussen* jongeren en jeugdprofessionals in de relatie die zij met elkaar opbouwen.

Dit idee is niet nieuw, maar ligt bijvoorbeeld ten grondslag aan de presentiebenadering waar ook binnen het jongerenwerk mee wordt gewerkt, onder andere door Streetcornerwork in Amsterdam. De presentiebenadering gaat ervan uit dat jeugdprofessionals een vertrouwensband met jongeren opbouwen door in

eerste instantie er simpelweg voor ze te zijn (Baart 2001). De professional accepteert de jongere zoals hij of zij is, zonder verwachtingen, en waakt ervoor om hen normen op te leggen, of hen te wijzen op hun afwijkende gedrag. Gedragsveranderingen worden niet afgedwongen, maar er wordt gewerkt vanuit de wensen die de jongere zelf heeft om zijn of haar leven zinvol vorm te geven. Hierdoor krijgt de jongere in kwestie de ruimte om zich een volwaardig mens te voelen in plaats van een 'geval'.

De presentiebenadering laat zich moeilijk vatten in een kant-en-klare methodiek of blauwdruk. Veel is afhankelijk van de persoonlijke benadering van de professional en van de chemie tussen de jeugdprofessional en de jongere: het is 'een manier van werken die de *relationele afstemming* tussen zorggever en cliënt als basis voor hulp en steun ziet'.²⁴ Hier komt precies het relationele perspectief om de hoek kijken waar de jongeren die wij hebben geïnterviewd belang aan hechten en wat ik aan de hand van het werk van Nancy en Oosterling verder heb uitgewerkt.

De presentiebenadering wordt vaak benoemd als geschikte benadering voor groepen die moeilijk te bereiken zijn, de zogenaamde zorgmijders waar jongerenwerker Zakaria uit Kanalen-eiland ook al aan refereerde. Toch is deze benadering nog niet overall gemeengoed als het gaat om de 'aanpak' van hangjongeren. Er wordt nog regelmatig te weinig geïnvesteerd in het opbouwen van een vertrouwensband met jongeren en het verkrijgen van inzicht in hun eigen perspectief op hun leven en positie in de maatschappij, en te veel ingezet op disciplineren en surveillance zonder inspraak van de doelgroep zelf. Dit kan komen doordat bepaalde uitgangspunten van de presentiebenadering en haar 'langzame', arbeidsintensieve karakter botsen met de 'snelle' verwachtingen die ten grondslag liggen aan de huidige beleidskaders: jeugdprofessionals moeten jongeren aansporen om hun eigen verantwoordelijkheid te nemen voor de juiste vorm van nuttige maatschappelijke participatie, en waar nodig sturend

24) Bron: www.bodyofknowledgesociaalwerk.nl/pagina/presentiebenadering

ingrijpen. Dit alles moet het liefst zo kostenefficiënt mogelijk gebeuren door een beroep te doen op de eigen kracht en de eigen sociale omgeving van jongeren.

De presentiebenadering stelt echter dat jeugdprofessionals de wensen van jongeren ook serieus moeten nemen als die niet overeenkomen met de voorgeschreven beleids- of normatieve kaders, als ze niet weten wat ze willen of als ze niets willen. Daarbij gaat de presentiebenadering uit van het aangaan van een langdurige, persoonlijke relatie, die ook door de professional in stand wordt gehouden als de jongere zich in eerste instantie niet aan de afspraken houdt.

Willen we ervoor zorgen dat jongeren zich in hun eigen wijk niet als vreemde diersoort bekeken en opgejaagd voelen, dan zou het goed zijn om de uitgangspunten van de presentiebenadering serieus te nemen, en zowel meer beleidsruimte als meer organisatorische ondersteuning te realiseren voor 'ontmoetingen in de tussenruimte', zonder dat we daar direct een meetbaar resultaat van verwachten. Het aangaan van een relatie die is gebaseerd op interesse en medemenselijkheid klinkt vanzelfsprekend, maar is dat helaas nog niet als het gaat om jongeren die tot risicogroepen gerekend worden of in aandachtswijken wonen. Ook zij zijn net mensen. Geen wonder dat ze dan ook zo benaderd willen worden.



6

Over simpele oplossingen voor taaie problemen***Het belang van vertrouwen tussen burgers,
overheid en professionals****David ter Avest en Guido Walraven*

'We don't hire people to bake brownies, but we bake brownies to hire people'. Zo luidt de slogan van de Greyston Bakery in New York sinds 1982. De bakkerij is een wereldwijde inspiratiebron geworden, vooral vanwege het radicale beleid voor het aannemen van medewerkers (de *open door policy*). Ze stellen geen vragen, er is geen sollicitatieprocedure en een cv hoeft je niet te laten zien. Het enige dat ze willen weten is een mailadres, naam en telefoonnummer. Zodra er plek is, nodigt de bakkerij de volgende op de wachtlijst uit om te komen werken. Iedereen krijgt zo een kans op werk, of iemand nou dakloos of ex-gedetineerde is, met of zonder diploma's. Vertrouwen en openheid zijn essentieel, zo vertelt een medewerker in *VPRO Tegenlicht* (2016). De bakkerij vaart blind op de intrinsieke motivatie van hun personeel. De mens staat op één, daarna volgen het milieu en als derde pas de winst.

Sociale ondernemingen worstelen vaak met het evenwicht tussen de drie P's: *people*, *planet* en *profit/prosperity*. Daaruit blijkt al dat de mens centraal zetten geen sinecure is. Greyston Bakery is een voorbeeld van een sociale onderneming die er naar ons idee wel in slaagt de mens centraal te stellen ('brownies bakken om mensen te kunnen inzetten'). De winst gaat bijvoorbeeld naar kinderopvang, huisvesting, zorg en opleiding – dat wil

zeggen naar mensen.

Het onderzoek van het lectoraat Dynamiek van de Stad richt zich op ontwikkelingen in het sociaal domein. In het sociaal domein zijn de laatste jaren grote veranderingen in gang gezet die mogelijkheden bieden om de mens meer centraal te zetten, maar ook bedreigingen daartoe vormen. In de regio waar ons lectoraat praktijkgericht onderzoek doet, vinden we geen Greyston Bakery. Wel vinden we daar tal van andere initiatieven, projecten en werkwijzen die op hun eigen manier vorm en invulling geven aan het streven de mens centraal te stellen. Vaak gaat dat niet als verwacht of gehoopt. Dat maakt het interessant en leerzaam om bij enkele voorbeelden nader in te gaan op de worsteling van betrokkenen.

De worsteling van sociale ondernemingen is kenmerkend voor de gehele publieke sector. Ziekenhuizen die veel winst maken of juist failliet gaan, zijn altijd aanleiding voor een maatschappelijke discussie over de rol van de publieke sector. Niet in de laatste plaats omdat het de vraag oproept of het in de publieke sector gaat om de winst (zoals bij een gewone koekjesfabriek) of om de mens (zoals bij Greyston Bakery).

In dit hoofdstuk beginnen we met een toelichting op de samenwerkingsverbanden waarbinnen het onderzoek is gedaan waarop wij dit hoofdstuk baseren. Vervolgens gaan we in op enkele beleidsuitgangspunten die het sociaal domein hebben veranderd en werkwijzen die in dat licht zijn ontwikkeld. We laten zien hoe die uitgangspunten en werkwijzen beschouwd kunnen worden als pogingen om de mens meer centraal te stellen, maar ook als bedreigingen voor die ambitie. Daarna gaan we uitgebreid in op Eigen Kracht-conferenties en House of Hope; twee voorbeelden van manieren om de mens centraal te zetten waarnaar wij samen met anderen onderzoek hebben gedaan. We sluiten het hoofdstuk af met conclusies en enkele aanbevelingen voor het hoger onderwijs.

Werkplaatsen in het sociaal domein

In deze bijdrage, die wij leveren vanuit het lectoraat Dynamiek van de Stad, betrekken we onderzoeksresultaten en leerpunten die voortkomen uit activiteiten in het kader van de Werkplaats Sociaal Domein Zuid-Holland Zuid (2016-heden) en de voorloper daarvan, de Wmo-werkplaats Rotterdam (2013-2016). Bijzonder aan die werkplaatsen is dat zowel het lectoraat Maatschappelijke Zorg van Hogeschool Rotterdam als ons lectoraat Dynamiek van de Stad van Hogeschool Inholland erbij betrokken zijn. De thema's die we in dit hoofdstuk nader belichten, bevinden zich daarom op het grensvlak van stedelijke problematiek en welzijn.

De activiteiten van de werkplaatsen concentreren zich op de vier O's van onderzoek, ontwikkeling, ondersteuning en onderwijs. We doen in dit hoofdstuk daarom niet alleen verslag van onderzoek, maar laten gaandeweg ook zien hoe de werkplaats de praktijk ondersteunt en ontwikkelt. Daarbij is ook het onderwijs gebaat, want het doel van de werkplaatsen is vooral om (aanstaande) professionals beter toe te rusten voor hun rol in het vernieuwde sociaal domein.

Een algemener doel van de werkplaats is dat deelnemers leren van elkaar en komen tot meerwaarde voor betrokkenen, waaronder sociaal professionals, beleidsmakers, docenten, studenten en bewoners. Met die kennis willen we uiteindelijk niet alleen de kwaliteit van zorg en ondersteuning verbeteren, maar vooral ook de kwaliteit van leven van inwoners van de deelnemende gemeenten.

De werkplaats bestrijkt het hele 'sociaal domein'; maatschappelijke ondersteuning, jeugd en participatie. Maatschappelijke vraagstukken waar leergemeenschappen actief aan werken zijn onder andere intergenerationele problematiek, huisuitzetting, ontmoeting, zingeving en veerkracht. In dit hoofdstuk gaan we nader in op twee casussen: de Eigen Kracht-conferenties en de so-

ciale onderneming House of Hope. Onze inzichten zijn gebaseerd op praktijkgericht onderzoek uit de periode 2013-2015. In die periode was de decentralisatie van maatschappelijke ondersteuning met de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning al deels gerealiseerd. Later volgden de decentralisaties van de jeugdzorg en re-integratie op basis van dezelfde uitgangspunten.

Tegenstrijdige verwachtingen van professionals

Met ingang van 1 januari 2015 zijn tal van bevoegdheden op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, jeugd en participatie overgeheveld van de rijksoverheid naar gemeenten. Deze drie decentralisaties worden wel omschreven als de grootste verbouwing van het 'huis van Thorbecke' sinds 1848 (toen minister-president Thorbecke de verdeling van taken tussen Rijk en gemeente regelde).

Ook voor professionals in het sociaal domein is er veel veranderd. Vanuit twee dominante paradigma's (zelfredzaamheid en nabijheid) worden zij geacht in nieuwe samenstellingen zoals wijkteams en met behulp van nieuwe interventies (zoals de Eigen Kracht-conferentie en het keukentafelgesprek) te komen tot nieuwe manieren van werken (zoals integraal).

De verwachtingen die beleid stelt aan professionals sporen niet altijd met de opvattingen die professionals zelf hebben over hun beroep, het ethos dat erbij hoort en hun antwoord op de vraag wat goede ondersteuning en zorg is. Ook de drie decentralisaties zijn gebaseerd op diverse veronderstellingen die vaak niet stroken met hun professionele opdracht (Kampen et al. 2016; Tonkens & Kampen 2018). Bovendien wordt van professionals verwacht dat zij binnen een complex veld van tegenstrijdige verwachtingen de mens centraal stellen.

De mens centraal stellen is een opdracht aan professionals die komt met tegenstrijdige verwachtingen. De eerste tegenstrij-

digheid heeft te maken met de dubbele doelstelling van de decentralisatie: maatwerk en bezuiniging. De verwachting is dat professionals door dichterbij bewoners te staan beter in staat zijn om een passende oplossing te bieden. Maar over het geheel genomen is het wel de bedoeling dat dit leidt tot bezuiniging. Die verwachte bezuinigingen zijn omvangrijk, de 'efficiëntiekorting' bedroeg vaak 20 tot 25 %. De verwachting van het Rijk is dus dat gemeenten de dienstverlening efficiënter kunnen organiseren en die verwachting spelen gemeenten voor een deel door naar professionals, omdat zij in de nabijheid van bewoners maatwerk zouden kunnen leveren.

De tweede tegenstrijdige verwachting is zorgzaam zijn, maar tegelijk nadruk leggen op zelfredzaamheid (Bredewold et al. 2018). Zelfredzaamheid is al lange tijd hét leidend principe van het beleid inzake dienstverlening in het sociaal domein. Vanuit ons lectoraat heeft Richard de Brabander (2014) het zelfredzaamheidsparadigma aan een kritische analyse onderworpen. Hij laat zien dat het geen neutrale maar een politieke visie is en betoogt dat zelfredzaamheid een mythe is. Zelfredzaamheid wordt gepresenteerd als iets dat vanzelf spreekt – wie wil er immers niet zelfredzaam zijn? Maar De Brabander laat zien dat het begrip niet vanzelf spreekt en dat het in de praktijk verschillende betekenissen krijgt. Veel van die betekenissen zijn gebaseerd op het mensbeeld van de zelfredzame mens. Op basis daarvan wordt de 'eigen kracht' van mensen benadrukt. Dat betekent echter ook dat de kwetsbaarheid van cliënten naar de achtergrond verdwijnt en dat mensen zelf verantwoordelijk worden gehouden voor een oplossing voor hun problemen. Van kwetsbare personen of mensen in kwetsbare situaties wordt verwacht dat zij eerst en vooral een beroep doen op hun eigen netwerk. Dat is echter een paradoxale oproep, aangezien een kenmerk van die mensen juist is dat zij veelal ook een zwak en kwetsbaar sociaal netwerk hebben. Van hen wordt verwacht wat baron von Münchhausen (uit de 19de-eeuwse

avonturenroman) deed: jezelf aan je eigen haren uit het moeras trekken. De Brabander reikt alternatieve leidende principes aan, zoals het aanvaarden van (wederzijdse) afhankelijkheid, oog voor de context waarin die ontstaat en relationele autonomie. Daarbij past de inzet van empowerment en het oplossen van problemen als een gezamenlijke verantwoordelijkheid, met oog voor wederkerigheid en betrokkenheid.

De derde tegenstrijdige verwachting is integraal werken versus vertrouwen op eigen kennis en kunde. Met integraal werken wordt bedoeld dat het sociaal domein zo is georganiseerd dat de bewoner zo weinig mogelijk geconfronteerd wordt met verschillende loketten, organisaties en schotten tussen organisaties. Als we de mens en zijn/haar hulpvraag écht centraal stellen, is de gedachte, dan vraagt dit om een integrale aanpak van professionals. Samen optrekken en gebruikmaken van elkaars deskundigheid om de vragen en achterliggende problemen aan te kunnen pakken (vaak multiproblemen en taaie problemen of *wicked problems*). Dat zijn mooie beleidscredo's, maar bij professionals in het sociaal domein ondermijnt dit het vertrouwen in eigen kennis en kunde. Eind vorige eeuw waren pedagogische hulpverlening, opbouwwerk en maatschappelijk werk bijvoorbeeld los van elkaar georganiseerd. Dan kon je als werker gemakkelijker zeggen: 'Daar ga ik niet over' of 'Daar ben ik niet van'. Integraal betekent allesomvattend – dus wordt de sociaal professional geacht overal van te zijn. Dat kan het zelfvertrouwen ondermijnen. Kan ik dat wel? Ben ik daar wel van? Het betekent voor ervaren professionals dat zij opnieuw vertrouwen moeten leren krijgen in wat ze doen (Van Vliet & Van Twist 2018). Dit vraagt tijd en ruimte. In onze regio heeft dat ook gevolgen gehad voor het werkplezier: een deel van de sociale professionals in wijkteams is teruggekeerd naar de moederorganisatie om weer de meer specialistische kanten van hun vak te kunnen doen.

De vierde en laatste tegengestelde verwachting is formele

beoordeling in informele settings. Dat zien we bijvoorbeeld in het keukentafelgesprek. Bij de bewoner thuis wordt, in een 'huiselijke' en informele setting, aan de keukentafel een gesprek gevoerd naar aanleiding van een hulpvraag. Dit idee klinkt sympathiek. De term 'keukentafelgesprek' suggereert een laagdrempelig, informeel en persoonlijk gesprek (Duyvendak et al. 2018). Mensen ervaren dat echter vaak niet zo, omdat zij het contact niet gelijkwaardig vinden (Nationale Ombudsman 2017, pp. 29-31). Uit ander recent onderzoek blijkt dat de mens achter de aanvraag steeds minder centraal komt te staan, omdat de standaardvragenlijst van de gemeente leidend is in het keukentafelgesprek (Hölsgens 2017).

Casus 1: Eigen Kracht-conferenties

Een populair instrument waarbij alle vier de tegengestelde verwachtingen zich aandienen is de 'Eigen Kracht-conferentie'. Het idee is ontstaan in Nieuw-Zeeland. Daar ervoeren Maori's in de jaren tachtig van de vorige eeuw problemen in de jeugdzorg, vooral het relatief vaak uit huis plaatsen van Maori-kinderen. Als antwoord op dat probleem zijn toen *Family Group Conferences* ontwikkeld, bijeenkomsten waarin een bredere groep van familieleden van het betreffende Maori-gezin nagaat of ze samen een plan kunnen maken waardoor uithuisplaatsing van het kind kan worden voorkomen. Dat idee sloeg aan en in de loop der tijd werd de benadering ook ingezet voor andere families en andere problemen, eerst in Nieuw-Zeeland en later ook in andere landen. In Nederland zijn op basis van de *Family Group Conferences* de Eigen Kracht-conferenties (EKC's) ontwikkeld, evenals verwante methoden zoals het familienetwerkberaad, de Delta-methode, *Signs of Safety* en Sociale Netwerk Versterking.

Ook in Rotterdam was enthousiasme voor Eigen Kracht-conferenties. In 2013-2014 heeft de gemeente voor 1,8 miljoen euro

ruim 450 EKC's ingekocht voor de inzet op verschillende terreinen. Vanuit de Wmo-werkplaats Rotterdam is in afstemming met de gemeente onderzoek gedaan naar EKC's op het terrein van jeugd- en activerend armoedebeleid (Dudevszky & Lohman 2015). De gemeente wilde weten hoe EKC's bijdragen aan het vergroten van zelfredzaamheid van bewoners en hun netwerken.

De meest in het oog springende bevinding was dat slechts een deel van de ingekochte EKC's werd gerealiseerd. In het jeugddomein was dat nog 75 % van de 100 ingekochte EKC's in 2013-2014, bij het activerend armoedebeleid nog geen 30% van de 356 EKC's. De resultaten waren dus teleurstellend, temeer omdat de gemeente ook betaalde voor EKC's die niet gerealiseerd werden. In dit hoofdstuk gaan we in op de redenen dat EKC's niet plaatsvonden. Daarvoor vonden onderzoekers van onze Wmo-werkplaats diverse verklaringen (Dudevszky & Lohman 2015).

De belangrijkste verklaring was dat professionals oog hadden voor de aarzeling van bewoners om mee te doen en hun netwerk te betrekken. Uit het onderzoek blijkt dat bewoners onvoldoende vertrouwen in of van hun netwerk ervaren, zij verwachten meer van (semi)professionele ondersteuning. Zij schromen om een ander om hulp te vragen, juist door de ervaren maatschappelijke norm 'zelfstandig te moeten zijn'. Met andere woorden: de maatschappelijke norm van het zo zelfstandig mogelijk moeten zijn werpt extra drempels op bij het uiten van een hulpvraag. Die aarzeling kennen we ook uit ander onderzoek. Linders (2010) noemt het vraagverlegenheid. Deze verlegenheid komt voort uit angst voor het verlies van onafhankelijkheid en privacy, en ook angst voor bemoeizucht. Mensen schamen zich bijvoorbeeld voor hun (financiële) problematiek en willen die liever niet delen met hun persoonlijke netwerk. Of mensen willen hun naasten niet belasten. Ook omdat zij vinden dat het accepteren van hulp verplichtingen schept die zij niet bereid zijn na te komen. De doorverwijzende professionals hadden oog voor die verlegenheid en schaamte bij

de bewoners, ook al waren zij van mening dat het betrekken van cliënten een goed idee was (vgl. Bredewold et al. 2018).

Een tweede verklaring voor het lage aantal gerealiseerde EKC's was een gebrek aan vertrouwen in de resultaten ervan bij de instellingen die mensen zouden kunnen doorverwijzen (zoals de Kredietbank, de Vraagwijzer of woningbouwcorporaties). Deze aarzeling had te maken met het gebrek aan goede onderbouwing en inzicht in de werking en duurzame resultaten van de EKC's. Degenen die bij de organisatie van EKC's betrokken waren als betaalde krachten vonden echter dat er bij de doorverwijzers te weinig 'kennis en kunde' was over EKC's.

Mythevorming rond EKC's

Ondanks de tegenvallende resultaten werd de inzet van het middel voorgezet, de gemeente verhoogde zelfs het aantal ingekochte EKC's bij het activerend armoedebeleid. Hoe kan dat? De betrokken onderzoekers, Dudevszky en Lohman (2015, p. 11), verklaarden dit uit het geloof in zelfredzaamheid, de mythevorming rond de EKC's en de dubbelrol van ambtenaren.

Ten eerste merkten de onderzoekers op dat het onwrikbaar geloof in zelfredzaamheid een rol speelde: 'Het geloof in het middel Eigen Kracht-conferentie werd (...) zo groot dat het oorspronkelijke doel van het Activerend Armoedebeleid (...) uit het zicht raakte.' Gemeenten stonden voor de opgave om de eigen kracht van bewoners te versterken en tegelijk te bezuinigen. Het instrument van de EKC's kwam als geroepen, het paste in de tijdgeest en was 'een welkom antwoord op een ingewikkelde vraag'. Met andere woorden: het was een welkome simpele 'oplossing' voor een taai probleem.

Het tweede punt is wat Dudevszky en Lohman de mythevorming rond EKC's noemen. Veel onderzoek dat een positief beeld laat zien komt uit de kring van voorstanders die door een 'roze bril'

kijken. Het instrument werd door deze voorstanders neergezet als een 'beproefde' methodiek, hoewel eenduidige gegevens over (duurzame) resultaten en langetermijnonderzoek ontbraken.

Ten derde wijzen Dudevszky en Lohman op de dubbelrol die enkele sleutelfiguren in de besluitvorming speelden. Zij werkten als ambtenaar bij de gemeente en tegelijkertijd als betaalde coördinator en regiomanager. De voortzetting van de EKC's lijkt dus eerder het resultaat van een ambtelijke wens dan van gerealiseerd succes.

Pas in 2015 wordt het beleid bijgesteld en gaan de ingekochte aantallen sterk naar beneden (bij armoedebeleid van 226 naar 75 EKC's). Ook vindt de financiering vanaf dan plaats op basis van een gefaseerd budget en wordt er niet langer betaald voor conferenties die niet plaatsvinden. Bovendien wordt de methodiek overgedragen van de Eigen Kracht Centrale Rotterdam naar de dienstverlenende organisatie Centrum voor Dienstverlening.

De nieuwe ambtenaar die verantwoordelijk wordt voor de inkoop van EKC's bij activerend armoedebeleid is kritisch op voorgangers en wijzigt de koers. Die ambtenaar stelt dat is afgeweken van reguliere subsidietrajecten en prikt ook door de mythevorming heen rond EKC als 'beproefde methodiek' om 'echt de mens centraal te zetten'.

Paradoxe verwachtingen van EKC-voorstanders

De EKC blijkt in de Rotterdamse context verre van succesvol te zijn geweest. Als het gaat om 'de mens centraal zetten' dan levert deze casus vragen en dilemma's op die terug te voeren zijn op drie onderliggende paradoxen.

De eerste paradox is het tegenstrijdige streven naar autonomie. De intentie van Eigen Kracht-conferenties is om mensen meer centraal te zetten door hun ruimte te bieden hun eigen plan op te stellen. Tegelijkertijd is de vraag of je de autonomie

van bewoners vergroot wanneer je de afhankelijkheid van professionele hulpverlening vervangt door afhankelijkheid van het eigen netwerk. Daarbij is het belangrijk te beseffen dat het veelal gaat om mensen in kwetsbare situaties met een zwak netwerk. Problematisch is ook dat de EKC mensen weliswaar centraal stelt, binnen hun sociale omgeving, maar met problemen die zij mogelijk liever privé houden, waardoor mensen zich ook heel opgelaten kunnen voelen.

De tweede paradox is dat de verwachting heerst dat professionals vervangbaar zijn door naasten of een EKC-coördinator, maar dat er wel op professionals gerekend wordt. Voorstanders van EKC's zetten betrokkenen bij EKC's vaak af tegen professionals, zij menen dat betrokkenen dichterbij cliënten staan (Bredewold et al. 2018). De cliënt heeft echter zelf vaak een voorkeur voor professionele ondersteuning en rekent ook op de beschikbaarheid van professionals, mocht ondersteuning door de sociale omgeving uitblijven. De schaamte voor de problemen en het verlangen naar wederkerigheid binnen informele relaties kunnen de voorkeur voor sociale professionals versterken. Die hebben immers meer afstand, je komt ze niet dagelijks tegen en het zijn geoefende luisteraars die gewend zijn door te vragen. Ook het afzetten van EKC-coördinatoren tegen professionals is overtrokken. Een coördinator van een EKC heeft vooral als rol het proces te begeleiden, bijvoorbeeld helpen nagaan wie er bij de conferentie kunnen zijn, zorgen dat de conferentie verloopt zoals bedoeld en dus een plan oplevert. Daarna is de coördinator weg en moet het plan vaak met sociale professionals worden uitgevoerd.

De derde paradox is dat voorstanders van EKC's claimen dat het een beproefde methode is, maar nauwelijks geïnteresseerd lijken in het leren van ervaringen en serieus onafhankelijk onderzoek. Voorstanders en aanbieders van EKC's hebben weinig aandacht voor de vraag 'wanneer werkt het instrument wel en wanneer niet'. De EKC is hun hamer die hen in alles een spijker doet

zien. Zij hameren daarnaast ook liever op het succes dan op de voorwaarden waaronder dat succes bereikt is. Er is weinig gevoeligheid voor het type vragen, situaties en groepen waarvoor het instrument een oplossing kan bieden. Evaluatie van de EKC's lijkt niet te worden benut om ervan te leren, maar om het belang van het instrument te benadrukken. Nu er onderzoek is dat zicht biedt op voorwaarden voor succes (Bredewold et al. 2018; Dudevszky & Lohman 2015) wordt dat hopelijk opgepakt om het instrument te verfijnen en verbeteren.

Casus 2: *House of Hope*

Onderzoek naar EKC's toont aan dat de mens in zijn sociale omgeving centraal stellen, al is het met goede intenties, ook keerzijden heeft. Daarom behandelen we nu een voorbeeld van een initiatief dat ook onderlinge zorgzaamheid stimuleert, maar met oog voor de mens in een omgeving waarin hij of zij zich vertrouwd voelt. Dat betekent ruimte geven – ook in de letterlijke zin. De Rotterdamse sociale onderneming House of Hope biedt ontmoeting en ondersteuning in de stad en geeft zo die ruimte.

De werkplaats heeft veelvuldig onderzoek gedaan naar de meerwaarde en betekenis van ontmoetingsplekken voor welzijn van bewoners en de rol van sociale professionals op die plekken. Het religieus geïnspireerde House of Hope is een voorbeeld van zo'n ontmoetingsplek (Ter Avest & Van Voorst 2014).

De stichting is opgericht door enkele kerken in Rotterdam-Zuid en is uitgegroeid tot een organisatie met drie vestigingen. Elke vestiging heeft een breed ontmoetings- en ondersteuningssaanbod, gerund door een dozijn medewerkers en ruim tweehonderd vrij-willigers.

De diversiteit van de Rotterdamse bevolking is terug te zien bij House of Hope: er komen mensen uit alle windstreken met allerlei levensbeschouwelijke achtergronden. Veel van hen heb-

ben te maken met multiproblematiek en dreigen maatschappelijk buiten de boot te vallen, bijvoorbeeld door een klein sociaal netwerk of gebrek aan beheersing van de Nederlandse taal. De meeste bezoekers komen uit landen waar de kerk vaak meer vertrouwen geniet dan de overheid. Werken aan het persoonlijk welzijn en (weer) meedoen in de samenleving begint voor hen eerder in een hoekpandje in de wijk dan in een groot kantoor in de stad (Ter Avest 2015).

Menslievende zorg

House of Hope combineert in haar werkwijze verschillende benaderingen en methoden die te kwalificeren zijn als 'menslievende zorg' (Van Heijst 2005). De stichting kiest voor een persoonlijke, relatiegerichte benadering – die overigens veel overeenkomsten heeft met de presentiebenadering (Baart 2001) - ter bevordering van het persoonlijk welzijn van de bezoekers. House of Hope vindt het belangrijk dat er voor alle bezoekers tijd en aandacht wordt genomen voor ontmoeting en articulering van de hulpvraag.

De grondhouding van de sociaal werkers is de ander benaderen 'als naaste' en er onvoorwaardelijk voor de ander zijn. Deze houding proberen zij ook door te geven aan de bezoekers en vrijwilligers. Dat vraagt om een menslievende persoonlijkheid en openstaan voor de normen en waarden van de ander. Het vraagt ook om reflectie van de hulpverlener; bereidheid om bij zichzelf te rade te gaan op cognitief, moreel en emotioneel vlak. De onvoorwaardelijke opstelling van hulpverleners maakt hen kwetsbaar; zij kunnen zich moeilijk verschuilen. De medewerkers van House of Hope omschrijven dit zelf als 'werken vanuit het hart' en 'vanuit je ethos'.

Op de vestigingen van House of Hope heeft het sociaal werk een zekere traagheid. Er is tijd om een relatie aan te gaan met de hulpvrager en aandacht te hebben voor levens- en zingeving-

vragen (Ter Avest 2015). Deze trage vragen (Kunneman 2005) liggen vaak onder de hulpvraag en kunnen de essentie van de problematiek blootleggen. Een medewerker illustreert dit door hun werkwijze af te zetten tegen kortdurende, gefragmenteerde ondersteuning: 'Ik vind 't een misvatting als je welzijn beperkt tot crisisinterventie en tot vijf keer praten; dan behandel je problemen als oppervlakkige zaken, dan kom je nooit bij de wortel. En die wortel zit in veel meer, in identiteit, er mogen zijn, in innerlijke stevigheid van mensen. Dat werken aan identiteit gaat niet zo goed met vijf keer een half uurtje bijvoorbeeld, dat heeft met relatie te maken, met verbinding' (Ter Avest & Van Voorst 2014, p. 43). Ter Avest (2015) bestempelt deze aanpak als *slow maatschappelijk werk*, waarin wordt gezocht naar het tempo van de ander om daarop aan te sluiten.

Naast verschillende activiteiten in het kader van ontmoeting en ondersteuning werkt House of Hope, indien gewenst, ook actief aan het persoonlijk welzijn van de bezoekers. Naast vaardigheidstrainingen, budgethulp, gespreksgroepen en hulp bij het zoeken van werk, faciliteren zij de ontwikkeling van hulpvrager naar vrijwilliger, werken zij aan de competenties van vrijwilligers en ondersteunen zij ten slotte bij de ontwikkeling naar een vaste, betaalde medewerker. Wanneer een hulpvrager vaker langskomt, kan hij of zij gevraagd worden zich als vrijwilliger in te zetten. Bijvoorbeeld als gastheer of -vrouw in de huiskamer. Het verbeteren van het welzijn van deze persoon staat daarbij voorop.

Tot nu toe had de werkwijze van House of Hope wellicht over iedere andere welzijnsorganisatie kunnen gaan. Het verschil met een welzijnsorganisatie is echter dat het hier gaat om een 'informele plek' waar 'formele spelers', zoals sociaal werkers, werkzaam zijn. Wellicht werken leden van wijkteams ook vanuit buurthuizen of andere informele plekken, maar vergeleken met wijkteams hebben deze sociaal werkers meer tijd om aan mensen te besteden. Wijkteams hebben namelijk steeds meer te maken

met agendadruk (Kampen & Tonkens 2018).

Toch vraagt dit type sociaal werk een zekere praktische wijsheid waarbij professionals zich steeds de vraag stellen: waar gaat het wezenlijk om? Doe ik het goed? En doe ik het goede? Een te begrijpen kritiek van bijvoorbeeld wijkteamleden kan al snel zijn: interessant, maar ik heb een overvolle caseload. In dat geval is het logisch dat men meer de neiging heeft regels te hanteren en meer routinematig, 'op de automatische piloot' te handelen. Maar de kwaliteit van de interactie en de relatie is bepalend voor de kwaliteit het werk (Knoope 2017). Baart (2014) wijst in dit kader op het mengen van voorschriften met wat op dat moment wenselijk is; daarbij volstaat niet alleen het naleven van protocollen, richtlijnen en methoden. Het goede doen is op dát moment, in díe situatie, de verantwoordelijkheid van de sociaal werker.

Om aan deze opdracht te kunnen voldoen is een gezamenlijk ontwikkeld deugdenkader behulpzaam. Anja Knoope heeft vanuit de werkplaats, samen met een welzijnsinstelling en sociale wijkteams, gewerkt met deugdenkaders. Deugden kun je leren en oefenen (Knoope 2017, pp. 19-20).

De mens in een vertrouwde omgeving

House of Hope wil een 'thuis' zijn voor mensen; een plek waar mensen graag willen zijn. Een thuis is van belang voor bezoekers die, veelal als 'nieuwkomers' afkomstig uit Oost-Europa en Afrika, naar Nederland zijn gekomen. House of Hope wil eveneens een tweede thuis zijn voor de mensen uit de wijken waar zij is gevestigd.

House of Hope kiest daarom voor een huiskamermodel: op iedere vestiging is een huiskamer met verschillende functies. Daar vindt de wisselwerking tussen alle ontmoetings- en ondersteuningsactiviteiten plaats. De huiskamers zijn de fysieke manifestatie van de filosofie, visie en cultuur van House of Hope en de

sfeer die zij wil creëren (Ter Avest & Van Voorst 2014, p. 61). De huiskamers zijn ingericht met warme kleuren en gezellige, oude banken. De georganiseerde activiteiten, zoals wijklunches en wijkmaaltijden, dragen bij aan de huiselijke sfeer. Vrijwilligers, in de rol van gastheer of gastvrouw, verwelkomen bezoekers, bieden koffie en thee aan en zijn bemiddelaars tussen bewoners en het team van professionals. Uit het onderzoek van Ter Avest en Van Voort (2014) blijkt dat zowel hulpverleners als bezoekers de 'huiselijke setting' waardevol vinden.

Kooiman en Ter Avest (2016, pp. 264-267) laten zien dat de meerwaarde van ontmoetingsplekken driedelig is. De eerste meerwaarde van ontmoetingsplekken is dat deze de ontwikkeling van publieke vertrouwddheid faciliteren. Publieke vertrouwddheid gaat over het kunnen plaatsen van elkaar en is bevorderlijk voor het aangaan van nieuwe relaties. Deze publieke vertrouwddheid vormt de basis voor de andere twee meerwaarden.

Een tweede meerwaarde van ontmoetingsplekken is dat zij een broedplaats zijn voor 'overbruggend contact'. Doordat mensen vertrouwd raken en er zich thuis voelen maken zij kennis met mensen en groepen die zij voorheen niet kenden. Tijdens bijvoorbeeld een wijklunch of een plantjesdag komen groepen bewoners elkaar bij een gemeenschappelijke activiteit tegen.

Ten slotte zijn ontmoetingsplekken de uitgelezen plek om verbindingen te laten ontstaan tussen bestaande informele en formele netwerken. Dit maakt ze tot belangrijke plekken voor bijvoorbeeld sociale wijkteams, omdat die daar zichtbaar zijn voor bewoners en bewoners zien en horen. Sociale wijkteams hebben vaak de opdracht om verbinding met 'het informele' te maken en ontmoetingsplekken zijn daar belangrijk bij.

Deze meerwaarden worden bereikt onder vier voorwaarden: een juiste locatie (niet te groot en vanaf de straat zichtbaar), voldoende inzet en aanwezigheid van vrijwilligers (gastvrouwen en gastheren), het creëren en bewaken van een huiselijke sfeer (*family*

rules in plaats van gedragsregels) en het loslaten van targets of andere meetbare doelen (Ter Avest & Van Voorst 2014, pp. 56-57). Ter Avest en Van Voorst stellen dat House of Hope met deze huiskamer *als organisatie* present is.

Werken aan vertrouwen – vergelijking van de twee casussen

De casus House of Hope laat zien op welke werkwijze en met welke benadering er kan worden gewerkt aan (herstel van) vertrouwen. Een belangrijke voorwaarde om daadwerkelijk de mens centraal te kunnen zetten. Engbersen en Lupi (2015, p. 70) onderstrepen dit op basis van onderzoek onder sociaal werkers in Rotterdam: het welzijnswerk is, naast rust en continuïteit, gebaat bij vertrouwen.

Het belangrijkste verschil tussen House of Hope en EKC's is vooral dat het vertrouwen tussen informele en formele spelers groeit. Dikwijls weet de doelgroep van House of Hope niet (voldoende) de weg naar de hulpverlening te vinden of geniet de kerk meer vertrouwen dan de overheid. Sociaal werkers bij House of Hope nemen de tijd om het vertrouwen te herstellen door bijvoorbeeld mee te gaan naar overheidsinstanties. Bij EKC's zagen we eerder dat het koesteren van het informele netwerk en de informele setting juist leidde tot wantrouwen tegenover formele spelers.

Daarnaast bieden de drie meerwaarden van ontmoetingsplekken mogelijk aanknopingspunten om te ontsnappen uit de cirkel van wantrouwen waarin de EKC's zich bevonden. Het onderzoek naar EKC's maakt duidelijk dat het vaak schort aan vertrouwen. EKC's vertrouwen niet op de mogelijkheden van professionals, cliënten vertrouwen er niet op dat hun naasten de gewenste zorg of ondersteuning kunnen bieden en doorverwijzende instanties vertrouwen er niet op dat EKC's tot daadwerkelijke resultaten leiden.

Het werken aan vertrouwen door cliënten bij de hand te ne-

men naar en te introduceren in de 'systeemwereld' van de overheid en instellingen heeft ons geïnspireerd tot het organiseren van 'omgekeerde keukentafelgesprekken' (Werkplaats Sociaal Domein Zuid-Holland Zuid 2018). Een werkteam (bestaande uit bewoners, studenten, docenten-onderzoekers en sociaal professionals) komt voor die gesprekken 'achter de voordeur' van formele instellingen. Gewapend met een kleedje, thee en koekjes neemt dit werkteam plaats aan de keukentafel bij onder meer gemeenten, uitvoeringsinstanties en politieke partijen om acute bewonerskwesties te bespreken en aan deze instanties 'de vraag achter de vraag' te stellen.

Het op deze wijze omkeren van oorzaak en gevolg is in lijn met de conclusie van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2017) dat het soms juist de overheid is die mensen minder redzaam maakt, omdat ze onvoldoende rekening houdt met verschillen in het 'doenvermogen' van bewoners. Bewoners moeten de wet immers 'niet alleen kennen, maar ook kunnen'. Die gedachte is geïnspireerd door de *capability*-benadering van Amartya Sen en Martha Nussbaum, die het vermogen tot het realiseren van mensenrechten centraal stellen: mensen moeten niet alleen hun eigen keuzes kunnen maken, maar ook het vermogen hebben om die keuzes waar te maken. Daarvoor is meer nodig dan een keuzemogelijkheid voorleggen. De WRR pleit daarom voor 'een realistisch perspectief op redzaamheid', onder meer door bij voorgenomen beleid en regelgeving vooraf te toetsen of de regeling 'doenlijk' is voor alle burgers op wie zij betrekking heeft. Ons omgekeerde keukentafelgesprek bieden wij aan als mogelijk instrument om bewoners met de overheid in gesprek te laten gaan over de doenlijkheid van regelingen.

Conclusies

De twee casussen in dit hoofdstuk laten zien dat het uitgangspunt 'de mens centraal' in de praktijk op heel verschillende manieren wordt ingevuld. Een oorzaak kan worden gezocht bij het beleid dat tegenstrijdige verwachtingen laat zien: meer maatwerk met minder budget, zorgzaam zijn maar zelfredzaamheid stimuleren, integraal werken maar ook vertrouwen op specifieke kennis en kunde, en formeel (be)oordelen in een informele setting. Uit de casussen blijkt één belangrijke voorwaarde om te realiseren dat de mens centraal staat: vertrouwen. Vertrouwen in jezelf, tussen mensen, in professionals en tussen burgers en de overheid.

Werken aan herstel van vertrouwen in de samenleving, tussen bewoners en overheid, is een van de centrale opdrachten van sociaal werk. In bredere zin dient sociaal werk bij te dragen aan een rechtvaardige samenleving en op te komen voor de rechten en belangen van kwetsbare groepen. In de definitie van de internationale federatie van sociaal werkers zien we dat terug:

Sociaal werk is een praktijk-gebaseerd beroep en een academische discipline die sociale verandering en ontwikkeling, sociale cohesie, empowerment en bevrijding van mensen bevordert. Principes van sociale rechtvaardigheid, mensenrechten, collectieve verantwoordelijkheid en respect voor diversiteit staan centraal in het sociaal werk. Onderbouwd door theorieën van sociaal werk, sociale wetenschappen, menswetenschappen en inheemse en lokale vormen van kennis, engageert sociaal werk mensen en structuren om levensuitdagingen en problemen aan te pakken en welzijn te bevorderen.

De behandelde casussen geven invulling aan de opdracht tot het 'engageren van mensen en structuren om levensuitdagingen en problemen aan te pakken en welzijn te bevorderen': herstel van

vertrouwen tussen bewoners enerzijds en overheid en professionals anderzijds. Oftewel een brug slaan tussen wat vaak de leef- en systeemwereld genoemd wordt.

De presentiebenadering biedt aanknopingspunten voor goede hulpverlening, blijkt uit ons onderzoek naar House of Hope. Maar deze benadering baseert zich op de tegenstelling tussen professionals als onderdeel van de systeemwereld en burgers als onderdeel van de leefwereld. Dat schept een schijntegenstelling die niet helpt bij het slaan van de brug. Het houdt eerder het wantrouwen in stand. Wij zien meer in presentiebeoefenaars die zich niet volledig op de leefwereld willen richten, maar deze met andere werelden wil verbinden.

In de samenwerking tussen formele en informele zorg en ondersteuning wordt de tegenstelling bovendien helemaal niet zo ervaren. De scheiding is eerder vloeibaar dan een harde scheidslijn (Ter Avest 2017). Formeel en informeel bevinden zich op een continuüm of zijn als yin en yang te positioneren: binnen informaliteit vind je formaliteit en andersom. Veel welzijnsorganisaties meten zichzelf een hybride karakter aan. Ook medewerkers beschouwen hun organisaties als zowel formeel als informeel, of zich op het grensvlak begevend.

De leertrajecten die wij als werkplaats organiseren bevestigen dat ieders eigen houding en benadering een doorslaggevende factor is. Met verschillende werkvormen en leertrajecten, zoals het genoemde deugdenkader, werken we aan het bewustzijn van de rol van iedere professional. Willen we de mens meer centraal stellen, dan doen passende, soms informele(re) omgangsvormen ertoe en schiet louter rationeel, doelgericht en methodisch handelen tekort.

Voor de buitenwacht betekent het dan ook dat zij van sociaal werkers niet moeten verwachten dat deze louter *evidence based* werken. Dat is in het welzijn een onzalig streven. In de zorg overigens ook, volgens de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving

(rvs). De rvs gooide een knuppel in het hoenderhok van de zorg door in een adviesrapport *'evidence based practice'* een 'illusie' te noemen (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving 2017). Eerst bewijs leveren, dan pas betalen of inkopen, was volgens de rvs jarenlang de toverformule in de praktijk, het beleid en de financiering van de zorg. Maar de vooronderstelling dat bewezen zorg ook altijd goede zorg is, klopt volgens de rvs niet: zoeken naar eenduidig bewijs is een illusie en een onterechte simplificatie van wat goede zorg is. Geen bewijs zonder context. Ook in het welzijn is de laatste jaren de roep om het inzetten van bewezen praktijken steeds dominanter aanwezig. Terwijl de kritiek van de rvs op de zorg in nog sterkere mate op de welzijnssector van toepassing is.

Het denken in termen van *evidence based practice* heeft te maken met de opvatting dat instellingen van zorg en welzijn geleid kunnen worden als een koekjesfabriek (*New Public Management*). Het risico daarvan is dat er al te simpele 'oplossingen' worden gepresenteerd voor taaie problemen. Wanneer je de mens echt centraal wilt stellen, dan kun je volgens ons beter aansluiten bij de filosofie van de Greyston Bakery ('brownies bakken om mensen te kunnen inzetten'). Dat wil onder meer zeggen dat professionals zich ook bij het hanteren van richtlijnen en protocollen afvragen: is dit ook goed voor de cliënt? En waar gaat het wezenlijk om? De cruciale wending gaat niet puur naar de warme menselijke kant, maar naar een gecontextualiseerde aandacht voor de kwaliteit die door werkers zelf duurzaam onderhouden wordt (Baart 2014). Wij pleiten ervoor dat professionals in dat onderhouden van kwaliteit gefaciliteerd worden en dat begint bij vertrouwen in hun vakkennis en ervaring. Zo draaien we de zaak om en komen we tot het inzetten van *'practice based evidence'*.



7

De mens centraal bij de ontwikkeling van eHealth***Een ‘User Centered Design’-benadering****Laurence Alpay, Harmen Bijwaard en Rob Doms*

In dit hoofdstuk bekijken we de betekenis van ‘de mens centraal’ bij de ontwikkeling van technologie voor gezondheidszorg en welzijnsbevordering. In de zorg- en welzijnssector zijn door de vergrijzing straks meer professionals nodig, maar deze zijn waarschijnlijk in onvoldoende mate beschikbaar vanwege budgettaire beperkingen en te weinig menskracht. Technologie kan hier een oplossing bieden door taken over te nemen of te vergemakkelijken.

Overheidsbeleid spoort zorgcliënten aan om zelf de regie te voeren over hun gezondheid, zodat ze minder afhankelijk worden van zorg (vws 2017). Tegelijkertijd zijn cliënten steeds mondiger en beter geïnformeerd. De verandering van de houding van cliënten wordt vaak gekenschetst als een verandering van passief naar actief of van ‘ziekte en zorg’ naar ‘gezondheid en gedrag’ (Huber et al. 2011).

De nadruk op zelfmanagement maakt dat de rol van de professional geleidelijk verandert in ondersteuning. Deze ontwikkelingen zijn ook van invloed op hoe zorgprofessionals werken met de technologie (Van Staa et al. 2018).

Het denken over technologie verandert van ontmenselijking door technologie naar vermenselijking van de technologie (Oinas-Kukkonen 2013). In de eerste manier van denken verhindert technologie menselijk contact. Daarbij past het beeld

van mensen die louter nog met robots communiceren en niet meer onderling. In de tweede manier van denken is technologie juist een katalysator voor contacten tussen mensen, omdat ze contact faciliteert. Dankzij ICT kunnen we bijvoorbeeld contact onderhouden met mensen aan de andere kant van de wereld. Technologie in de zorg wordt steeds meer gezien als een middel voor '*Uberization of healthcare*'. Bedrijven met weinig of geen ervaring in de gezondheidszorg maken hun producten aantrekkelijk voor zorgconsumenten die vervolgens hun data delen via mHealth (mobile health via bijvoorbeeld apps). Als gevolg van deze ontwikkelingen loopt de cliënt niet zelden vooruit op de werkwijzen van professionals (Engelen 2018).

Hoe kan technologie helpen bij het centraal zetten van de mens? De manier waarop de technologie wordt ontwikkeld en vervolgens ingezet in de praktijk maakt uit. In dit hoofdstuk gaan wij daarom in op de benadering van 'User Centered Design'. We laten zien hoe de mens centraal kan worden gesteld bij de ontwikkeling en implementatie van technologie en wat de meerwaarde daarvan is. Eerst beschrijven we daarvoor wat User Centered Design precies inhoudt, daarna hoe het kan worden toegepast in de zorg en welzijn. Vervolgens gaan we in op onze aanpak van de ontwikkeling van eHealth en geven we een voorbeeld van een toepassing van die aanpak. We eindigen het hoofdstuk met een discussie en de conclusies.

User Centered Design

User Centered Design (UCD) is een manier van ontwikkelen waarin de toekomstige gebruiker direct betrokken wordt bij de totstandkoming van zorgtechnologie. Dit noemen we ook wel 'gebruikersgericht ontwerpen'. De term UCD werd voor het eerst gebruikt door Donald Norman, een van de pioniers op het gebied van 'Human Computer Interaction' (Norman 1986). UCD is

zowel een ontwerpfilosofie als een werkwijze. De filosofie gaat ervan uit dat de gebruiker centraal staat omdat die met de technologie moet kunnen werken en er baat bij moet hebben. De werkwijze richt zich op de cognitieve factoren van de gebruikers, zoals waarneming, het onthouden en leren van taken en het oplossen van problemen. Het uiteindelijke doel is om een positieve gebruikservaring te bewerkstelligen. Dat wil zeggen dat de gebruiker tevreden is met het gebodene.

Het UCD proces bestaat uit vier fasen: analyse, ontwerp, evaluatie en implementatie. Het betreft geen lineair proces maar een cyclus waarbij sommige delen meerdere keren doorlopen worden om iteratief en in samenspraak met de gebruiker verbeteringen tot stand te brengen. In elke fase krijgen de behoeftes en tekortkomingen van de eindgebruikers aandacht. De ontwikkelaar betreft de gebruiker actief bij de ontwikkeling van de applicatie en gebruikt de feedback van de gebruiker gedurende de ontwikkeling om nieuwe inzichten op te doen. Met die nieuwe inzichten kan de ontwikkelaar vroegtijdig bijsturen. Een voorbeeld is de ontwikkeling van een eHealth-toepassing om kinderen met overgewicht te ondersteunen in gezond eten en bewegen. Dit voorbeeld, waarin jongeren vanaf de eerste fase betrokken zijn bij het ontwerp van de applicatie, werken we uit aan het einde van het hoofdstuk (zie de paragraaf 'Toepassing van de aanpak').

Er zijn diverse werkvormen geschikt om de gebruiker te betrekken. Deze werkvormen worden tijdens de fasen van het ontwerpproces gebruikt. Hieronder worden een aantal technieken besproken die kunnen helpen bij het ontwikkelen van technologie in het algemeen en software in het bijzonder die aansluiten bij de wensen van de gebruiker:

- Rollenspellen, simulaties en het doorlopen van scenario's zijn geschikt om een beeld te vormen van de huidige werkwijze van de eindgebruiker en een eerste idee te krijgen van de

- wijze waarop de eindgebruiker de applicatie kan toepassen.
- Focusgroepen zijn geschikt indien een applicatie een grote diversiteit aan eindgebruikers heeft. In een focusgroep zitten afgevaardigden van de verschillende typen eindgebruikers. De inzet van een focusgroep helpt om de juiste koers te bepalen.
 - Observaties zijn zowel voorafgaand aan de ontwikkeling als achteraf van betekenis. Observaties vooraf geven de ontwikkelaar een goed beeld van de dagelijkse werkzaamheden van de gebruiker en de beperkingen die de huidige werkwijze met zich meebrengt. Achteraf, wanneer de software in gebruik wordt genomen, kan observatie nieuwe verbeterpunten opleveren.
 - Cocreatie is geschikt als de gebruiker in staat is deel te nemen aan het ontwerpteam. Cocreatie is bij uitstek een interprofessionele werkwijze waarbij experts van verschillende disciplines en gebruikers samen het ontwerpteam vormen.
 - Bij gebruikerstesten krijgt de gebruiker een aantal opdrachten. Zijn handelingen worden op afstand gemonitord en geanalyseerd. Gebruikerstesten kunnen 1-op-1 worden uitgevoerd, maar het is ook mogelijk om geautomatiseerd het gebruik te monitoren.

Toepassing UCD in de zorg en welzijn

Het gebruik van technologische toepassingen in zorg en welzijn (ofwel eHealth) neemt toe (Van Gemert-Pijnen et al. 2018). eHealth is meer dan gezondheidszorg met een 'e' ervoor gevoegd, het heeft betrekking op zorg die geleverd wordt via technologie met of zonder tussenkomst van zorgverleners (Van Gemert-Pijnen 2015). De eindgebruikers van eHealth zijn verschillend: patiënten, zorgconsumenten maar ook zorgverleners met eigen behoeften en wensen voor het gebruik van technologie. eHealth kan empoweren, doordat het patiënten in staat stelt om de eigen gezondheid en welzijn te managen en leert omgaan met eigen te-

kortkomingen. Het kan ook de zorgverleners helpen bij de uitvoering van hun werk.

Er zijn talloze voorbeelden van eHealth-toepassingen (Wouters et al. 2018), maar voorbeelden van toepassingen waarbij de gebruiker centraal staat zijn schaars. Door het ontbreken van een koppeling tussen gebruiker en technologie verdwijnen eHealth-toepassingen vaak even snel als ze komen. Die toepassingen worden niet overgenomen door eindgebruikers, omdat ze niet aansluiten bij hun realiteit. Voor acceptatie en adoptie van eHealth is kennis van gedrag en gedragsbeïnvloeding nodig. Technologie voor zorg en welzijn is pas slim als er een idee achter zit over hoe mensen denken, leven en werken en hoe gedrag te beïnvloeden is (Van Gemert-Pijnen 2015).

Door een UCD benadering worden eHealth-toepassingen stapsgewijs, meer intuïtief en gebruiksvriendelijk ontwikkeld (Maher et al. 2016). Voorbeelden van toepassingen waarbij UCD is ingezet zijn: een online-interventie voor patiënten met overgewicht (Das & Svanæs 2013), mHealth gericht op hiv-preventie (Schnall et al. 2016) en een communicatieapplicatie gericht op kinderen met autisme (Lubas et al. 2014).

De eHealth-aanpak

eHealth is meer dan het aanbieden van een tool om de zorg toegankelijker en efficiënter in te richten. De door ons geprefereerde UCD-benadering is een geïntegreerde, systematische en praktische methodologie gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Deze methodologie faciliteert het ontwerp van effectieve en persuasieve eHealth-applicaties die aansluiten op de behoeften en wensen van gebruikers (Alpay et al. 2018).

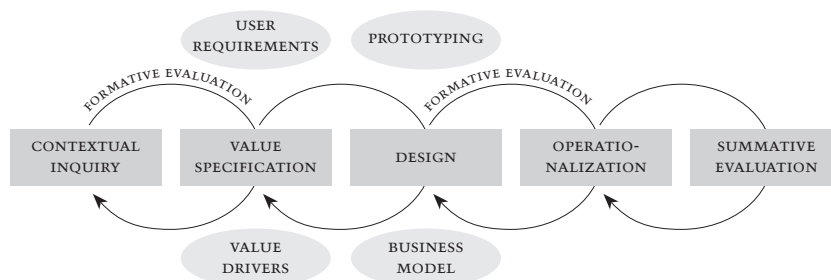
eHealth-toepassingen zorgen voor gedragsverandering bij mensen zonder aansporing door professionals of naasten. Daarom baseren wij ons bij het ontwerp van eHealth op bestaande model-

len van eHealth-ontwikkeling, gedragsverandering en persuasieve ontwerptechnieken. In het vervolg van dit hoofdstuk beschrijven wij eerst de drie modellen waarop wij onze benadering baseren. Dit zijn respectievelijk de CeHRes-routekaart, de ontwerpeigenschappen van Oinas-Kukkonen en het gedragsmodel van Fogg. Daarna presenteren wij onze geïntegreerde methodologie die gebruikmaakt van deze modellen.

CeHRes-routekaart

De CeHRes-routekaart vormt de basis van ons model. De routekaart is ontwikkeld door de Universiteit Twente (Van Gemert-Pijnen et al. 2018) en biedt generieke richtlijnen voor de noodzakelijke stappen in het ontwerp van eHealth-toepassingen. Het is vervolgens aan de gebruiker van de routekaart om bij elke fase toepasselijke methoden te gebruiken. De routekaart vullen wij aan met twee modellen die gericht zijn op gedragsverandering en verleiding; twee elementen die belangrijk zijn bij het gebruikersgericht ontwerpen van eHealth-applicaties. Die modellen worden later in dit hoofdstuk toegelicht.

De CeHRes-routekaart dient als leidraad voor het plannen, coördineren en uitvoeren van het participatoire ontwikkelingsproces van eHealth. Het betreft een holistische onderzoeks- en ontwikkelingsbenadering en bestaat uit vijf iteratieve fasen (zie figuur 1). De eerste fase is *Contextual Inquiry* en richt zich op het begrijpen van specifieke gebruikers en hun context. De volgende fase is *Value Specification*, waarin de behoeften en wensen van de gebruiker worden vertaald naar vereisten. Die vereisten worden vervolgens in de ontwerpfase (*Design*) vertaald naar een prototype. Gedurende de *Operationalization*-fase wordt de eHealth-toepassing in de praktijk gebracht. Tot slot wordt de toepassing in de *Summative Evaluation* fase geëvalueerd. Hierbij wordt bekeken hoe de applicatie gebruikt wordt en wat het effect ervan is op patiënten en de gezondheidszorg.



FIGUUR 1. CEHRES-ROUTEKAART

De CeHRes-routekaart heeft een aantal voordelen. Allereerst heeft de routekaart de structuur van een actieplan met zijn verschillende fasen. Dat maakt het gemakkelijk om ermee aan de slag te gaan. Verder schrijft de routekaart geen vereiste methoden voor; dat biedt de vrijheid om methoden te kiezen die het beste passen bij de ontwikkeling van de eHealth-toepassing. Zo kan een ontwikkelaar er bijvoorbeeld voor kiezen om in de Contextual Inquiry-fase een focusgroep te gebruiken in plaats van een digitale enquête.

De CeHRes-routekaart wordt veelal gebruikt in de academische wereld bij de uitvoering van onderzoeksprojecten. Bijvoorbeeld voor de ontwikkeling van een eCoach voor mensen met diabetes of bij het ontwerpen van een eHealth-interventie om dementiepatiënten langer thuis te laten wonen. De routekaart is als onderwijsinstrument opgenomen in de bachelor- en masterprogramma's van de Universiteit Twente. Op andere Nederlandse universiteiten en hogescholen wordt de routekaart voor zover bekend niet of nauwelijks onderwezen.

Het persuasief ontwerpmodel van Oinas-Kukkonen

De CeHRes-routekaart wordt aangevuld met het 'persuasief ontwerp'-model van Oinas-Kukkonen (2009). Dit model beschrijft

de principes van en sleutelbegrippen achter persuasief ontwerp (zie figuur 2). Persuasief ontwerp heeft als doel om de gebruiker te verleiden tot gewenst gedrag. Het model stelt de UCD-ontwikkelaar in staat om de persuasieve context te definiëren. Dat is om diverse redenen van belang. Ten eerste zijn de gebruikers divers. Ze hebben verschillende opleidingsniveaus, cognitieve vermogens en fysieke mogelijkheden. Daarnaast hebben cultuur, leefstijl en levensfase van de gebruiker invloed op zijn gedrag. Ten tweede ligt de context van het gebruik van de technologie niet vast in een workflow van activiteiten en is er vaak geen vaste plaats van gebruik en apparatuur. Een eHealth-applicatie kan thuis gebruikt worden, maar ook op het werk of onderweg. Ten derde verschillen doelen van eHealth-applicaties. Met andere woorden: het hangt af van de situatie en daardoor is er geen ‘standaard’ doelstelling.

	PERSUASIVE DESIGN FEATURES			
PERSUASION CONTEXT	PRIMARY TASK SUPPORT	DIALOGUE SUPPORT	CREDIBILITY SUPPORT	SOCIAL SUPPORT
The Intent • Persuader • Change type	<i>Reduction Tunneling Tailoring</i>	<i>Praise Rewards Reminders</i>	<i>Trustworthiness Expertise Surface credibility Real world feel</i>	<i>Social learning Social comparison Normative influence Social facilitation</i>
The Event • Use context ^a • User context ^b • Technology context ^c	<i>Personalization Self-monitoring Simulation</i>	<i>Suggestion Similarity Liking</i>	<i>Authority Third party endorsements Verifiability</i>	<i>Social facilitation Cooperation Competition</i>
The Strategy • Message • Route	<i>Rehearsal</i>	<i>Social role</i>		<i>Recognition</i>

^a Problem domain dependent features
^b User dependent features e.g. goals, motivation, lifestyles and others
^c Technology dependent features

FIGUUR 2. MODEL VAN OINAS-KUKKONEN

Het model schrijft voor dat UCD-ontwikkelaars bij de definiëring van de persuasieve context uitgaan van de gebruikers; van hun doelen, bedoelingen en gebruik van technologie (eerste kolom, vetgedrukt).

Het model definieert daarnaast een reeks kenmerken van per-

suasief ontwerp die van belang zijn om de gebruiker daadwerkelijk te overtuigen (tweede rij, vetgedrukt): ondersteuning van de primaire taak die een gebruiker moet volbrengen, dialoog met de gebruiker, geloofwaardigheid van de toepassing (zoals de kwaliteit van de verstrekte informatie), sociale ondersteuning gerelateerd aan het versterken van de verbinding met de gebruiker.

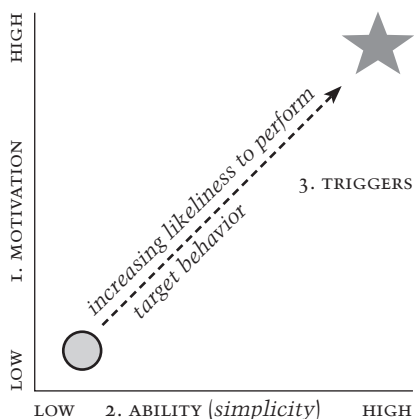
Het model is bruikbaar voor de ontwikkeling van eHealth. Onderzoek laat bijvoorbeeld zien hoe het model wordt toegepast in web-based zelfmanagement (Lehto & Oinas-Kukkonen 2011). De verschillende componenten van de ondersteuningstaak worden in verschillende mate toegepast. Zo wordt zelfmonitoring (*self-monitoring*, tweede kolom figuur 2) meer gebruikt dan het op maat maken (*tailoring*, tweede kolom), waarschijnlijk omdat het meer aanslaat bij de gebruiker. Een andere studie (Geuens et al. 2016) laat zien dat taakondersteuning (*primary task support*, tweede kolom) ook wordt gebruikt voor zelfmanagement met mobiele apps en dat geloofwaardigheid (*credibility support*, vierde kolom) van het systeem hoog scoorde als persuasief kenmerk.

Het gedragsmodel van Fogg

Het Fogg-gedragsmodel (Fogg 2009) laat zien dat er simultaan drie ingrediënten moeten samenkomen om gedrag te laten plaatsvinden: motivatie, mogelijkheid en aanleiding (zie figuur 3). Als iemand dat gedrag niet vertoont, ontbreekt ten minste een van deze drie ingrediënten. Fogg operationaliseert de drie ingrediënten als volgt. Motivatie is afhankelijk van kernmotivatoren. Kernmotivatoren zijn volgens Fogg genot, plezier en acceptatie (hun tegenovergestelden beschouwt hij als demotivatoren). Mogelijkheid volgt volgens Fogg het principe van de kracht van de eenvoud. Eenvoudig te beïnvloeden factoren zijn (gebrek aan) tijd en geld of vereiste inspanning. Aanleidingen voor gedrag kunnen volgens Fogg bestaan uit elementen die het gedrag vergemakkelij-

ken of die het signaleren.

In het algemeen is Fogg's model nuttig om menselijk gedrag te begrijpen en om aan gedrag gerelateerde factoren te gebruiken in het ontwerp. Voor de ontwikkeling van eHealth-zelfmanagementsystemen is het model ook zeer relevant, omdat gedrags-



FIGUUR 3. GEDRAGSMODEL VAN FOGG

veranderingen de kern vormen van zulke systemen. Het is bovendien al eens gebruikt bij de ontwikkeling van een applicatie die zelfmanagement promoot en ondersteunt (Jia et al. 2016). In een andere studie zijn de motivatoren van het Fogg-model gebruikt om een monitoring-systeem te ontwerpen ter ondersteuning van zelfmanagement door jonge patiënten met type 1 diabetes (Franklin et al. 2008).

Een geïntegreerde aanpak

Nu we de drie modellen los van elkaar beschreven hebben, presenteren we onze geïntegreerde aanpak voor de ontwikkeling van persuasieve eHealth. De CeHRes-routekaart is het startpunt voor de geïntegreerde aanpak. De routekaart schrijft de praktische stappen voor die nodig zijn. De modellen van Oinas-Kukkonen en Fogg gebruiken wij in verschillende fasen van de routekaart.

Fase 1: Contextual Inquiry

De eerste fase van het model is *Contextual Inquiry* (CI). In de CeHRes-routekaart is Contextual Inquiry gericht op het begrijpen van specifieke gebruikers en hun context. In dit model wordt dat gedaan door gebruik te maken van het persuasief ontwerpmodel

van Oinas-Kukkonen.

In de CI-fase worden de belanghebbenden bij de applicatie geïnventariseerd. Belanghebbenden is een bredere categorie dan eindgebruikers. Niet alle belanghebbenden zullen de applicatie zelf gebruiken. Toch is het belangrijk hen te identificeren in relatie tot de beoogde gebruikers, omdat deze belanghebbenden bijvoorbeeld te maken krijgen met de uitkomsten van het gebruik van een applicatie door een cliënt.

Contextual Inquiry helpt om een beter begrip van de beoogde gebruikers te ontwikkelen. Bij CI wordt gekeken naar de gebruiker, de context van het gebruik, de context van de technologie, de berichten die naar de gebruiker moeten gaan en de interventie (zoals e-coaching voor kinderen met diabetes) (Sieverink et al. 2014).

In deze fase gebruiken wij de vier componenten uit het persuasief ontwerpmodel van Oinas-Kukkonen (namelijk *Primary Task Support*, *Dialogue Support*, *Credibility Support* en *Social Support*) als richtlijn voor de analyse van belanghebbenden. De analyse definieert de problemen en behoeften van de beoogde gebruiker.

Problemen van de beoogde gebruiker kunnen bijvoorbeeld voortkomen uit de context van het gebruik van technologie, zoals beperkte toegang tot een computer. Maar problemen kunnen ook ontstaan door de context van de technologie, zoals beperkte computervaardigheden van de gebruiker. In het eerste geval moet misschien over andere technologie nagedacht worden en in het tweede over aanpassing van de applicatie.

Op eenzelfde wijze kijken we hoe de context het gedrag van de gebruiker kan sturen. Een gebruiker moet bijvoorbeeld dagelijks zijn bloeddruk bepalen, maar is daarvoor moeilijk te motiveren. Het feit dat bekend is dat de patiënt slecht gemotiveerd is zal de wijze van aansturing met berichten beïnvloeden, bijvoorbeeld door vaker berichten te sturen of de patiënt te belonen als een doel wordt gehaald.

Fase 2: Value Specification

In de tweede fase worden de behoeften en wensen van gebruikers, die zijn vastgesteld in de vorige fase, vertaald naar vereisten voor de toepassing. Daartoe worden naast vereisten ook persona's en scenario's gedefinieerd. De fase van *Value Specification* uit de CeHRes-routekaart wordt eveneens aangevuld met inzichten uit het persuasief ontwerpmodel van Oinas-Kukkonen. Daarom noemen wij deze fase *Persuasive Value Specification*.

In de ontwerpfase gebruiken we persona's en scenario's. Een persona is een fictieel karakter dat staat voor een gebruikers-type van de eHealth-toepassing. Een scenario beschrijft de interacties van de gebruiker met de eHealth-applicatie en de stappen die de eindgebruiker moet doorlopen om zijn taak te voltooien. De persona's en scenario's omvatten ook de doelen van de gebruiker en hoe deze gerealiseerd kunnen worden met de eHealth-applicatie. Bij het beschrijven van persona's en scenario's worden methoden gebruikt die gebaseerd zijn op interactief ontwerp, zoals *About Face* (Cooper et al. 2014). De methode *About Face* ondersteunt het proces van interactief, doelgericht en User Centered Design om persona's te beschrijven en om scenario's van het gebruik van de applicatie te ontwikkelen. Elke eis aan de applicatie wordt geformuleerd als een actie, een object en een context. Bijvoorbeeld 'zelfmonitoring', 'bloeddruk' en 'dagelijks thuis'. De persuasieve context dient in deze fase als een richtlijn en zorgt ervoor dat de opgestelde eisen de technologieafhankelijke eigenschappen van de context meenemen en voorzien in een uitgebreid overzicht van de eisen en factoren die erbij betrokken zijn. Zo draagt bijvoorbeeld de eis dat de applicatie de patiënt dagelijks een herinnering stuurt om zijn bloeddruk op te nemen een relevante technologische context met zich mee. Dat wil zeggen dat die eis betekent dat de technologie zo wordt ingericht dat de applicatie automatisch standaardberichten kan versturen op voorgeprogrammeerde tijdstippen.

In fase 2 van het model passen wij, naast het persuasief ontwerpmodel van Oinas-Kukkonen, ook het gedragsmodel van Fogg toe. Het Fogg-model gebruiken wij om het gebruikersprofiel te vertalen in gedragsvariabelen, zoals motivatie en competenties. Twee belangrijke gedragsaspecten zijn bijvoorbeeld vaardigheid in het gebruik van een bloeddrukmeter en motivatie om deze te gebruiken. Beide gedragsaspecten spelen een rol in het verkrijgen van inzicht in de ontwerpeigenschappen die geschikt zouden kunnen zijn voor gedragsverandering. Het kan bijvoorbeeld nodig zijn om meer uitleg over het gebruik van een bloeddrukmeter in de applicatie toe te voegen. Een typische ontwerpeigenschap die dialoog met de gebruiker bevordert, is het sturen van een herinnering.

Fase 3: Persuasief ontwerp en gedragsveranderingen

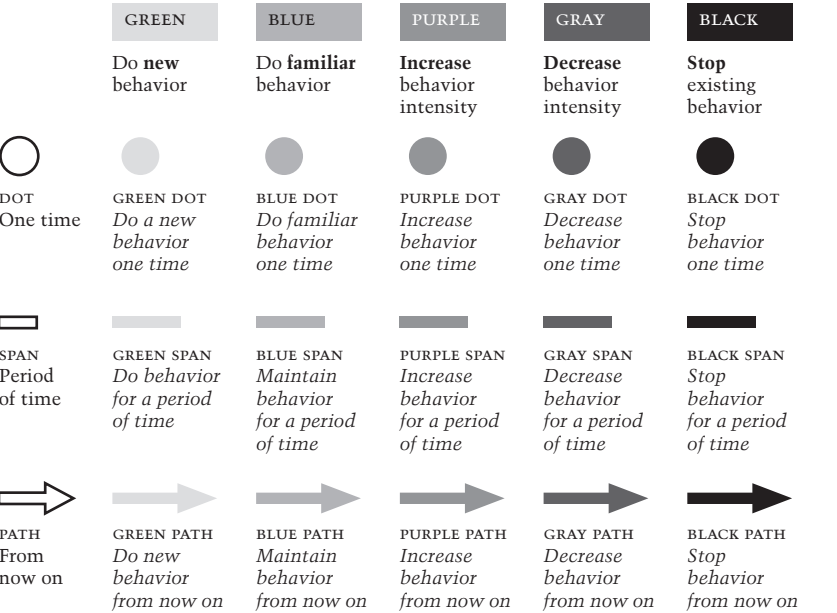
In fase 3 van het model wordt de eHealth-applicatie ontworpen. Net als in de vorige fase spelen ook in deze fase de modellen van Oinas-Kukkonen en Fogg een centrale rol. Beide modellen geven richting aan het kiezen van de juiste ontwerpeigenschappen en de beoogde gedragsveranderingen.

Op basis van informatie die is verkregen in de voorliggende fasen zijn mogelijke kenmerken van het ontwerp geformuleerd. Deze kenmerken dienen als een checklist om vast te stellen welke kenmerken het meest geschikt zijn. In het voorbeeld van het meten van de bloeddruk zijn de taakondersteunende kenmerken van zelfmonitoring (*Self-monitoring*) en het op maat maken (*Tailoring*) goede kandidaten. Dialoogondersteuning (*Dialogue Task Support*) in de vorm van herinneringen is een manier om de therapietrouw van de gebruiker te ondersteunen. Stel dat in de vorige fase geloofwaardigheid (*trustworthiness*) belangrijk bleek, dan helpt het om geen commerciële adviezen over bloeddrukmeters op te nemen om de eHealth-applicatie betrouwbaarder op de gebruiker te laten overkomen. In dit voorbeeld wordt het sociale ondersteuningskenmerk niet gebruikt, omdat dat niet past bij de

behoeften van de gebruiker.

In de verschillende fasen van de routekaart zijn het motiva-
tievaneau van de gebruiker en zijn vaardigheid in het uitvoeren
van een taak in kaart gebracht. Het gedragsmodel van Fogg geeft
de condities waaronder de gedragsverandering plaats kan vinden.
Het gedragsschema (zie figuur 4) wordt in de geïntegreerde aan-
pak gebruikt als een nuttig hulpmiddel om een geschikte gedrags-
verandering aan te wijzen. Stel: de gebruiker neemt zijn bloed-
druk al op, maar niet regelmatig genoeg. Uit het schema volgt
dat de beoogde gedragsverandering valt in de categorie ‘stimuleer
gedrag gedurende enige tijd’.

In deze fase van de routekaart construeren we het interface en
het interactiemodel. Daarna ontwikkelen we een werkend proto-
type. Beide zijn gebaseerd op de geselecteerde persuasieve context
en ontwerpkenmerken. Mochten er tijdens formatieve evaluaties
noodzakelijke wijzigingen in deze kenmerken naar boven komen,
dan zullen we een stap terug doen op de routekaart en opnieuw de



FIGUUR 4. GEDRAGSSCHEMA

haalbaarheid en geschiktheid bepalen.

In dit hoofdstuk zijn de eerste drie stappen van onze aanpak toegelicht. De fasen van operationalisatie en evaluatie die in de CeHRes-routekaart staan aangegeven, worden niet verder uitgewerkt. De operationalisatiefase heeft betrekking op de implementatie van de eHealth-applicatie in de praktijk, bijvoorbeeld als onderdeel van een online-interventie. Deze wordt gevolgd door een summatieve evaluatie. Deze fasen sluiten de iteratieve cyclus van de ontwikkeling van de eHealth-applicatie. De theoretische modellen van persuasief ontwerp en gedragsverandering zijn hierbij niet nodig.

Persuasief ontwerp is overigens niet voor alle eHealth-applicaties geschikt. In de evaluatiefase moet geschiktheid blijken. Om de geschiktheid van persuasief ontwerp voor een eHealth-applicatie te bepalen, biedt de verlieswet van Eysenbach ('the law of attrition') uitkomst. Met die verlieswet is het mogelijk om het afnametempo en factoren in de uitval van gebruikers van de applicatie te bepalen, bijvoorbeeld bij therapietrouw van cliënten.

Toepassing van de aanpak

Een voorbeeld van de toepassing van de aanpak is het ontwerpen van een eHealth-applicatie gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl voor kinderen met overgewicht voor de afdeling van de Jeugdgezondheidszorg in Brabant. Overgewicht bij kinderen is een van de moeilijke problemen waarmee regionale volksgezondheidsdiensten tegenwoordig te maken hebben. Het voert te ver om alle stappen die in het ontwerp van de applicatie genomen zijn in detail toe te lichten, maar enkele aspecten worden hier beschreven om een indruk te geven van wat Suzan Korzilius, een student van de masteropleiding Advanced Health Informatics Practice (AHIP), in slechts enkele weken voor elkaar heeft gekregen.

Tijdens de Contextual Inquiry-fase heeft Suzan een analyse van de belanghebbenden gemaakt, literatuuronderzoek gedaan en interviews gehouden met gezondheidszorgprofessionals, ouders en kinderen. Daarmee heeft zij de problemen en behoeften van elke belanghebbende in kaart gebracht. Zo bleek bijvoorbeeld uit deze analyse dat kinderen weinig of geen inzicht hebben in wat gezonde voeding is.

In de Value Specification-fase construeerde Suzan vervolgens persona's op basis van de in de CI-fase vastgestelde relevante gedragsvariabelen (zoals sport, kennis van eetgewoonten en computergebruik), doelen en activiteiten van gebruikers. Figuur 5 laat de persona van de primaire gebruiker zien. De 'ouder' is toegevoegd als secundaire persona, vanwege de nauwe betrokkenheid van de ouder bij de voeding van het kind.

Eveneens in de Value Specification-fase heeft Suzan op basis van de geconstrueerde persona een lijst van eisen geformuleerd. Een van de eisen was bijvoorbeeld dat de applicatie het kind twee voedingsuitdagingen per week zou bieden. Met betrekking tot de

Persoonlijk profiel

Bart is een vrolijke jongen van 11 jaar met veel vrienden. Hij is altijd in voor een grapje en wordt gezien als de clown van de klas. Het gaat goed met hem op school en hij gaat dan ook graag. Bart zit lekker in zijn vel, maar hij kan niet altijd goed meedoen met de gym of buiten spelen. Dit vindt hij vervelend. Hij is dan snel moe of krijgt steken in zijn zij. Bart weet van zichzelf dat hij te zwaar is, maar hij weet niet goed hoe dat komt. Hij denkt dat hij hetzelfde eet en beweegt als zijn leeftijdsgenoten met een gezond gewicht. Wanneer hij mag kiezen tussen fruit en een koekje zal hij meestal voor dat laatste gaan. Bart heeft wel eens moeite met de scheiding van zijn ouders. Hij is nog niet echt gewend aan de situatie, maar vindt het wel altijd leuk als hij naar zijn vader mag. Hij mag daar kiezen wat er wordt gegeten en dat is vaak een van zijn favorieten: pizza of friet. Bart is daarnaast een echte snoepkont. Hij zeurt regelmatig bij zijn ouders om snoep en bij zijn moeder krijgt hij dat ook vaak. Bart is niet heel actief. Hij trapt wel eens een balletje met zijn vrienden, maar hij zit liever achter zijn computer of tablet. Hij wordt daarnaast vaak met de auto naar school gebracht. Bart heeft op dit moment weinig inzicht in zijn leefstijl en hij heeft hierin meer sturing van zijn ouders nodig.

Bart van de Ven



Achtergrond

- Woont bij zijn moeder met zijn broer Thijs
- Is om het weekend bij zijn vader waar hij mag kiezen wat er wordt gegeten
- Houdt van gamen en af en toe voetballen
- Zit in groep 7 van de basisschool

Attributen

- Weinig kennis over een gezonde leefstijl
- Vaak moe of lui (volgens moeder)
- Speelt veel games

Behoeften

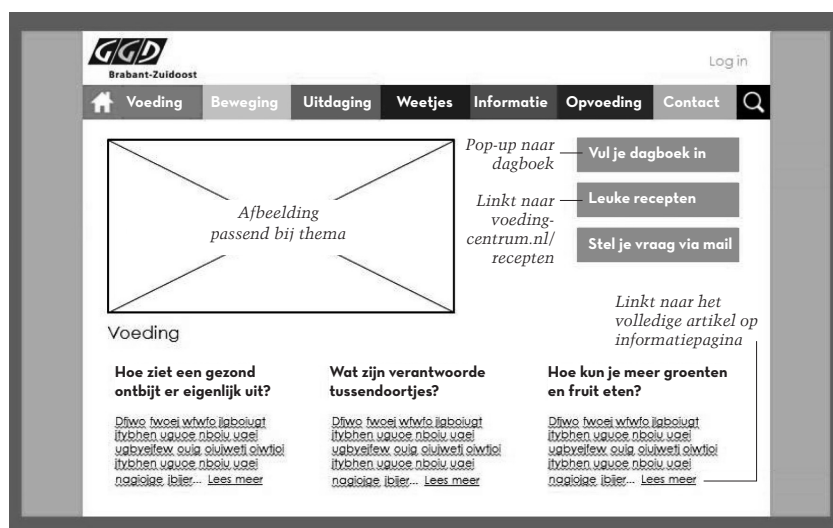
- Beter mee kunnen met gym, voetbal en buiten spelen
- Meer sturing
- Minder snoepen

FIGUUR 5. PRIMAIRE PERSONA

persuasieve kenmerken maakte zij een aantal keuzes. Voor het ontwerp van de *ondersteuning van de primaire taak* waren dat personalisatie met favoriete topics, zelfmonitoring van de groei-curve en progressie bij fysieke oefeningen. Voor het ontwerp van de *sociale ondersteuning* voegde zij een element van competitie toe waarbij gedurende de week punten werden gescoord.

Suzan deelde de verwachte gedragsveranderingen in in de verschillende categorieën van het gedragsschema (figuur 4). In de groene categorie vallen nieuwe gedragingen gedurende een beperkte tijdsperiode zoals het bijhouden van een dagboek van fysieke inspanningen. De paarse categorie is voor het stimuleren van bestaand gedrag zoals het eten van ontbijt en meer fruit overdag. De grijze categorie is van belang voor het ontmoedigen van gedrag zoals het eten van minder snacks per dag.

Tot slot maakte Suzan een interactiemodel. Figuur 6 toont een voorbeeld van een webpagina gewijd aan informatie over het eten van ontbijt, snacks en fruit.



FIGUUR 6. INTERACTIEMODEL

Discussie

De vergrijzing van de Nederlandse bevolking en het dreigende personeelstekort in de zorg tracht de overheid op te vangen met meer zelfmanagement door patiënten, waarin eHealth een belangrijke rol kan spelen. De huidige ontwikkeling van eHealth verandert de manier waarop de gezondheidszorg is georganiseerd en wordt aangeboden drastisch. eHealth-applicaties worden niet alleen door gezondheidszorgprofessionals gebruikt, maar ook door patiënten om hun gezondheid zelf te managen. Bij de ontwikkeling van eHealth-toepassingen worden echter nog geen standaardgebruikers betrokken.

In Nederland komen eHealth-innovaties uit drie richtingen. In het onderzoek blijft het ontwikkelen van eHealth-applicaties, hoewel wetenschappelijk gefundeerd, te vaak steken in een pilotfase. Gezondheidszorgorganisaties willen ook graag innoveren maar ontberen vaak de kennis. Daarnaast zijn we getuige van een zogenaamde *technology push* vanuit het bedrijfsleven en de industrie, die vanuit commerciële motieven graag nieuwe technologie introduceren. Deze *technology push* verwaarloost vaak het persuasieve aspect en ondermijnt het cocreatieproces waarin patiënten mee-ontwerpen aan een innovatie, omdat daarvoor meer tijd en grotere investeringen nodig zijn.

Het ontwerp en de implementatie van eHealth-applicaties vergen daarom een nieuwe methodologische aanpak, die afwijkt van de meer conventionele wijzen gericht op het ontwerp van informatiesystemen voor gezondheid. Er is wat ons betreft sprake van een hiaat tussen theorieën om persuasieve eHealth-applicaties te ontwerpen en de praktijk. Wij hebben getracht dat hiaat te overbruggen door de gebruiker centraal te stellen.

In dit hoofdstuk hebben we een geïntegreerde, systematische en praktische doch wetenschappelijk gefundeerde methodologie gepresenteerd om effectieve en persuasieve eHealth-applicaties

te ontwerpen. Deze aanpak is gebaseerd op de CeHRes-routekaart met daaraan toegevoegd modellen voor gedragsverandering en persuasieve ontwerpprincipes. Deze methodologische aanpak wordt binnen Hogeschool Inholland uitgedragen door het Inholland Health and Technology Center (IHTC) en de masteropleiding Advanced Health Informatics Practice (AHIP). Door in de verschillende fasen van het model gebruikers centraal te stellen kan men komen tot een best practice voor het zelfmanagement van patiënten die recht doet aan de wensen, behoeften en mogelijkheden van gebruikers. Praktische methoden voor het betrekken van gebruikers zijn de revue gepasseerd. Ons model heeft implicaties voor professionals en gebruikers. We besluiten dit hoofdstuk door stil te staan bij deze implicaties.

Implicaties voor de professional

Aan het begin van ons hoofdstuk lieten we zien dat er in de gezondheidszorg een verandering plaatsvindt die wel gekarakteriseerd wordt als een verschuiving van passieve patiënten naar actieve cliënten, ofwel van 'ziekte en zorg' (zz) naar 'gezondheid en gedrag' (gg) (Huber et al. 2011). eHealth-toepassingen die aansturen op meer autonomie, zelfstandigheid en empowerment van patiënten passen naadloos in die ontwikkeling. Dat technologie steeds meer de verschuiving naar meer nadruk op actieve cliënten, gezondheid en gedrag faciliteert, betekent ook dat de rol van de zorgprofessional verandert. De nieuwe rol wordt vaak omschreven als coachende en adviserende rol.

Technologie zal ook gevolgen hebben voor de communicatie tussen zorgprofessionals en zorgvragers. Denk bijvoorbeeld aan zorg en communicatie op afstand ('beeldzorg'), anonieme zorg op afstand (chat) en asynchrone zorg (e-mailcontact).

Omgaan met technologische ontwikkelingen vraagt om nieuwe competenties. Dat heeft gevolgen voor de curricula van de

opleidingen zorg en welzijn. Het domein Gezondheid, Sport en Welzijn (Gsw) van Inholland heeft daartoe ten eerste een tweetal trainingen voor docenten ontwikkeld: de Basistraining eHealth voor docenten en de Experttraining eHealth voor docenten. Deze trainingen worden via de Inholland Academy aangeboden aan docenten van (gezonds)zorg- en welzijnsopleidingen. Het aanbod is gericht op docenten van binnen en buiten Inholland en ook op docenten in het ROC.

UCD vraagt op haar beurt veel van professionals die actief zijn in ontwerp en ontwikkeling van eHealth-applicaties. De mens centraal stellen vereist een interdisciplinaire aanpak. Dat vraagt openheid van deze professionals, of zoals Pagliari het verwoordt: 'Door informatie te delen over de onderzoeks aanpak en door actief te proberen samen te werken in het proces van ontwerp en evaluatie, wordt het waarschijnlijker om het doel om technologie te ontwikkelen die echt user-informed, geschikt voor gebruik, van hoge kwaliteit en met aangetoonde toegevoegde waarde is, te realiseren' (2007, pp. 15).

Geïnspireerd door onder meer die woorden is het Inholland Health & Technology Center opgericht. Daarmee wordt een regionaal en nationaal platform geboden om samenwerkingsverbanden te stimuleren in ontwerp en ontwikkeling van eHealth tussen onderwijs, praktijk en onderzoek. Het gebruikersgericht ontwerp van persuasieve eHealth voor zelfmanagement is onderdeel van dat streven.

Implicaties voor de gebruiker

In de inleiding van dit hoofdstuk lieten we zien dat eHealth een middel is om autonomie, zelfmanagement en empowerment van de patiënt te bevorderen. Daar kleven ook risico's aan. De huidige trends beïnvloeden namelijk welke praktijken als 'best practices' worden gezien. Wij hebben met ons hoofdstuk willen laten zien

dat persuasief ontwerp voor eHealth een voorwaardelijk aspect van best practices zou moeten zijn.

Louter succesvolle implementatie en gebruik van een eHealth-applicatie wordt te vaak gezien als voldoende om een *best practice* te zijn. De Wereldgezondheidsorganisatie (2012) biedt bijvoorbeeld een toolkit voor 'nationale eHealth-strategie' aan, een praktische gids die overheden een methode aanreikt voor de ontwikkeling en implementatie van een nationale eHealth-visie, een actieplan en een raamwerk voor toezicht. Persuasief ontwerp wordt echter niet meegenomen bij de definiëring van een best practice. Hier wordt betoogd dat persuasief ontwerp voor eHealth een voorwaardelijk aspect van best practices zou moeten zijn. Persuasief ontwerp zou zichtbaar moeten zijn via educatieve programma's en overdraagbaar door opgeleide gezondheidszorg- en informatica-professionals.

De aanpak van User Centered Design maakt dat eHealth beter is gericht op (en ingericht voor) het individu. Hiermee worden gepersonaliseerde eHealth-diensten mogelijk. Het aanbod van en de vraag naar eHealth-apps en -accessoires (denk bijvoorbeeld aan sensoren voor bloedwaarden) wordt steeds groter. Steeds vaker wordt eHealth direct aan de consument aangeboden. De burger krijgt hierdoor weliswaar meer mogelijkheden om de eigen gezondheid te managen, maar er wordt ook een groter beroep gedaan op de eigen vaardigheden en middelen om dit te kunnen managen. Niet elke burger zal voldoende vaardigheden of middelen hebben om op deze wijze de eigen gezondheid te managen. Hij zal mogelijk meer op zorgprofessionals aangewezen zijn dan voorheen, maar met andere vragen. De zorgprofessional van de toekomst zal zich hiervan bewust moeten zijn. De User Centered Designbenadering helpt om ook mensen met minder vaardigheden centraal te stellen bij de ontwikkeling van eHealth.

Conclusie

In dit hoofdstuk is getoond hoe vanuit de User Centered Design-gedachte is gekomen tot een model voor gebruikersgericht ontwerp van persuasieve eHealth voor zelfmanagement: een geïntegreerde methodologische aanpak van eHealth-ontwikkeling. Deze aanpak is gebaseerd op de CeHRes-routekaart met daaraan toegevoegd modellen voor gedragsverandering en persuasieve ontwerpprincipes. Door in de verschillende fasen van het model gebruikers centraal te stellen kan men komen tot een best practice voor het zelfmanagement van patiënten. Praktische methoden voor het betrekken van gebruikers zijn daarbij ook de revue gepasseerd. We hebben een geïntegreerde, systematische en praktische doch wetenschappelijk gefundeerde methodologie gepresenteerd om effectieve en persuasieve eHealth-applicaties te ontwerpen. De methodologie richt zich op het overbruggen van het hiaat tussen theorie en praktijk in het ontwerp van deze applicaties. Deze methodologische aanpak wordt binnen Hogeschool Inholland uitgedragen door het Inholland Health and Technology Center (IHTC) en de masteropleiding Advanced Health Informatics Practice (AHIP).

8

Een personal coach aangepast sporten***Het bevorderen van sportdeelname van kinderen met een beperking door studenten****Afke Kerkstra en Marije Deutekom*

Ongeveer een derde van de Nederlandse bevolking heeft een of meer chronische ziekten (Gijsen et al. 2014). Daarnaast ervaart zo'n 11% van de mannen en 15% van de vrouwen ouder dan 12 jaar fysieke belemmeringen (een motorische, visuele of auditieve beperking) (Van Gool et al. 2014) en heeft naar schatting 8,5% van de Nederlandse bevolking een verstandelijke beperking (Woittiez et al. 2014).

Dergelijke beperkingen gaat vaak samen met een lagere deelname aan sport- en beweegactiviteiten. Bij volwassenen (18-79 jaar) zonder beperkingen ligt de wekelijkse sportdeelname rond 60%. Bij mensen met een motorische, visuele of auditieve beperking ligt dit percentage aanzienlijk lager, namelijk op respectievelijk 26%, 40% en 40%. Ook voldoen volwassen mensen met een beperking minder vaak aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) dan mensen zonder beperking uit dezelfde leeftijds-categorie (resp. 42%, 55% en 55% vs. 64%) (Von Heijden et al. 2013).

Er bestaan geen betrouwbare cijfers over het beweeggedrag en de sportdeelname van kinderen met een beperking. Om er toch een idee over te krijgen kan er gekeken worden naar de kinderen die onderwijs krijgen binnen het speciaal onderwijs.

In het speciaal onderwijs zien we dat ruim twee derde van

de leerlingen met een verstandelijke en/of motorische beperking buiten schooltijd minstens één keer per week aan sport doet. Dat is vergelijkbaar voor leerlingen met een visuele beperking (70%) en leerlingen met (ernstige) gedragsproblemen (68%) (Von Heijden et al. 2013).

Alles bij elkaar is de sportdeelname van de ondervraagde leerlingen uit het speciaal onderwijs lager dan van het landelijk gemiddelde bij kinderen met een vergelijkbare leeftijd (84%). Van de jongvolwassenen (18-40 jaar) met een beperking beoefent 36 procent wekelijks een sport tegen 63 procent van alle jongvolwassenen (Van den Dool & Van Lindert 2018).

De sportdeelname van mensen en kinderen met een chronische ziekte, fysieke of verstandelijke beperking blijft dus achter bij die van mensen zonder ziekte of beperking. Daarnaast blijft de deelname aan sport bij mensen met een matige/ernstige lichamelijke beperking over de afgelopen jaren stabiel, terwijl de sportparticipatie in de bevolking als geheel wel stijgt. In Nederland neemt het (grote) verschil in sportdeelname tussen de algemene bevolking en mensen met een beperking dus verder toe (Ibid.). Dit is niet wenselijk omdat sport en bewegen voor iedereen diverse gezondheidsvoordelen met zich meebrengt.

Regelmatige fysieke activiteit heeft een gunstig effect op de bloeddruk, cholesterolwaarden, botdichtheid en het cognitief en psychosociaal functioneren, en verlaagt het risico op diverse chronische ziekten, waaronder hart- en vaatziekten, diabetes type 2, obesitas, borstkanker, colonkanker, depressie en osteoporose (Physical Activity Guidelines Advisory Committee 2008; O'Donovan et al. 2010). Daarnaast hebben sport en bewegen bij veel van deze chronische ziekten een gunstig effect op het ziekteverloop en de kwaliteit van het leven (Blair & Morris 2009; PAGAC 2008). Maar sport kan ook een positieve bijdrage leveren aan het mentale welbevinden van kinderen en volwassenen, met of zonder beperking.

Het grote verschil in sportdeelname is een van de redenen geweest om in 2006 een VN-verdrag op te stellen gericht op het creëren van gelijke kansen en mogelijkheden voor mensen met een beperking. In dit verdrag gaat het specifiek over zowel het belang van gelijke kansen op sportdeelname als de toegankelijkheid van voorzieningen. Nederland heeft dit verdrag in 2016 geratificeerd, als een van de laatste landen.

SEDY-Project

Vanwege het grote verschil in sportdeelname tussen mensen met en zonder beperkingen en het geloof in het belang van sportdeelname voor mensen met beperkingen hebben het lectoraat Kracht van Sport en de opleiding Sportkunde van Inholland in 2014 een Erasmus+ subsidie aangevraagd onder de naam *Sport Empowers Disabled Youth* (SEDY). Het lectoraat en de opleiding waren hierin logische partners; het lectoraat beoogt meer mensen in beweging te krijgen en de waarde van sport aan te tonen. De opleiding Sportkunde heeft een speciale focus op mensen met beperkingen en het opleiden van professionals die goed in staat zijn om in de aangepaste sport te werken. Het SEDY-project liep van 2015 tot 2017 en is dus inmiddels afgerond. Het plan om in april 2019 een vervolgaanvraag bij Erasmus+ in te dienen is vergevorderd.

Een belangrijk doel van het project is het 'empoweren' van kinderen met een beperking door sport. Empowerment wordt gedefinieerd als een 'een proces van versterking waarbij individuen, organisaties en gemeenschappen greep krijgen op de eigen situatie en hun omgeving via het verwerven van controle, het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie' (Van Regenmortel 2015). In die definitie staat het individueel-psychologisch niveau centraal. Op dit niveau gaat empowerment om bijdragen aan de 'locus of control' (Rotter 1966) en 'self-efficacy' (Bandura 1977). Deelname aan sport kan

bijdragen aan het geloof in eigen kunnen ('eigen-effectiviteit') en het zelfvertrouwen en dit kan uiteindelijk zorgen voor meer grip op de omgeving.

We zien dagelijks dat sport kinderen zelfverzekerder maakt en dat sport hen stimuleert dingen op te pakken. Ik denk dat sport kinderen enorm veel kan leren. Dit geldt vooral voor kinderen met een beperking. Je ziet dat het voor hen toch heel vaak moeilijker is om aansluiting te vinden bij de maatschappij waar kinderen zonder beperking gewoon in het wijkje op een trapveldje toch wel mee in aanraking komen. Je gaat als kind met een beperking naar het speciaal onderwijs, dus dan word je uit die wijkcontext gehaald. Sport is een heel goed middel om in contact te komen met anderen (*Arjo Wijnhorst, Uniek Sporten*).

Empowerment is echter een 'multi-level'-concept: naast het individueel-psychologisch niveau wordt ook een collectief sociaal-politiek niveau onderscheiden. Empowerment beschouwd als sociaal-politiek streven gaat ervan uit dat sociale problemen structureel van aard zijn en mede worden veroorzaakt door ongelijke toegang tot en verdeling van hulp- en steunbronnen. Onderzoek naar empowerment van jongeren met een beperking in sociaal-politieke zin kijkt bijvoorbeeld naar de toegang tot sportvoorzieningen. Met andere woorden: empowerment op individueel-psychologisch niveau gaat over persoonlijke barrières en empowerment op sociaal-politiek niveau gaat over omgevingsbelemmeringen.

In tegenstelling tot het medische model, waarin de beperking van het individu centraal staat, hebben we er binnen het SEDY-project voor gekozen om vooral uit te gaan van de mogelijkheden van een individueel kind. De problemen die opgelost moeten worden zitten dan meer in de (sociale) omgeving dan bij de (medische) beperking. Deze manier van kijken is in lijn met het door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) vastgestelde Internatio-

nale classificatie van het menselijk functioneren (International Classification of Functioning, Disability and Health-model; ICF) (WHO 2001). ICF is een begrippenkader waarmee het mogelijk is het functioneren van mensen, en de problemen die zij daarbij kunnen ervaren, te beschrijven, plus de factoren (attitude, sociale invloed en eigen-effectiviteit) die op dat functioneren van invloed zijn (RIVM 2002). Deze factoren kunnen zowel positief als negatief zijn, bijvoorbeeld een hoge of een lage effectiviteit.

Uiteindelijk doel van het project was om de sportdeelname van kinderen met een beperking te verhogen door de vraag naar en het aanbod van sport voor deze kinderen beter op elkaar aan te sluiten. Dit gebeurde door in de verschillende partnerlanden de situatie, de cijfers en de *best practices* in kaart te brengen. Er is in zeven landen (Nederland, Groot-Brittannië, Finland, Italië, Litouwen, Frankrijk en Portugal) gekeken naar de huidige situatie omtrent sportparticipatie voor jongeren met een beperking.

In het SEDY-project hebben we geconstateerd dat jongeren met een beperking in geen van deze landen gelijke kansen op sportdeelname hebben. Dit komt deels door de verschillende barrières, zowel op persoonlijke vlak als ten gevolge van omgevingsfactoren. Bij persoonlijke barrières gaat het dan om lage eigen-effectiviteit (dus het gevoel dat het iemand toch niet gaat lukken om een passende sport te vinden), negatieve attitude van anderen, onvoldoende kennis over benodigde aanpassingen in de sport en/of onvoldoende kennis over de voordelen van fysieke activiteit.

Omgevingsbelemmeringen zijn een gebrek aan informatie over sportaanbod, onvoldoende toegankelijkheid van accommodaties en sportmaterialen en/of een tekort aan geschikte activiteiten en te weinig getrainde professionals bij de sportorganisaties (Gines et al. 2016). Deze belemmeringen zien we ook terug in de resultaten van onderzoek onder ruim 900 kinderen met een beperking in Europa. Bijna de helft van de respondenten (49%) was niet tevreden met de sportmogelijkheden die er voor hen zijn.²⁷

Situatie in Nederland

In vergelijking met veel andere Europese landen is sport voor kinderen met een beperking in Nederland relatief goed geregeld. In Nederland worden kinderen op de 'reguliere vindplaatsen', zoals in de revalidatie en binnen het speciaal onderwijs, in contact gebracht met sport. Zo heeft in Amsterdam het revalidatiecentrum Reade het sportloket voor volwassenen en kinderen met een beperking om hen te begeleiden naar sport.

Daarnaast kent Nederland *Special Heroes*, een programma gericht op leerlingen in het speciaal onderwijs. Dit programma werkt met drie fasen. In de eerste fase bieden sportverenigingen of andere sportaanbieders binnenschools sport aan. In de tweede fase volgt een naschools of buitenschools aanbod, aansluitend op schooltijd. In de derde fase vindt nazorg plaats waarin het borgen van de continuïteit van het programma en de sportdeelname van de leerling centraal staan. Dergelijke interventies zijn in vooral Oost- en Zuid-Europese landen niet gebruikelijk.

Maar ook in Nederland bestaan er nog flinke uitdagingen, vooral waar het gaat om het bereiken van groepen die zich buiten deze reguliere vindplaatsen bevinden. Sinds de invoering van de Wet passend onderwijs vinden steeds meer kinderen met een beperking een plek binnen het regulier onderwijs en daardoor bereikt *Special Heroes* deze kinderen steeds minder goed. Binnen het reguliere onderwijs komen kinderen uiteraard wel in aanraking met reguliere sport, maar dit is niet altijd passend voor een kind met een beperking. Daarom moeten er andere manieren gevonden worden om deze kinderen te bereiken en met sport in aanraking te laten komen.

Om kinderen met beperkingen toch te bereiken is er in 2015 een nieuw landelijk gehandicaptensportbeleid ontwikkeld: Grenzeloos Actief. Dit programma maakt sport voor mensen met een beperking beschikbaar in de nabije omgeving en zoveel mogelijk

bij bestaande sportverenigingen. Om dit aanbod inzichtelijk te maken is binnen het project Uniek Sporten een website ontwikkeld. De website heeft een loketfunctie voor mensen met een beperking. Zij moeten met één druk op de knop kunnen zien welk passend sportaanbod er in de directe omgeving te vinden is.

Maar alleen het kunnen vinden van het aanbod is niet voldoende om sport beschikbaar te maken. De eerder geschetste persoonlijke en omgevingsbelemmeringen verhinderen veelal de sportdeelname. Ook als een kind of ouder weet waar er potentieel geschikt aanbod is, kunnen vragen en twijfels als 'Kan ik het wel?', 'Kan mijn kind dit wel?', 'Begrijpt de coach mij?' en 'Kan ik mij omkleden en verschonen?' reden zijn om het niet aan te durven. Daarom hebben wij binnen het SEDY-project de interventie 'Mijn personal coach aangepast sporten' opgezet (hierna: *personal coach*).

In het vervolg van dit hoofdstuk zullen wij kort inzoomen op de werkwijze van de personal coach en de pilotresultaten ervan bespreken. De werkwijze en resultaten tonen wat ons betreft mooi aan hoe een lectoraat, studenten en praktijkpartners de eerste stappen kunnen zetten om gezamenlijk het kind centraal te stellen, wat de meerwaarde daarvan is en onder welke condities het werkt.

Doelen, aanpak en ervaringen

Het binnen SEDY ontwikkelde personal coach-project heeft twee doelen: 1) bijdragen aan de maatschappelijke opgave om de sportdeelname van kinderen met een beperking te verhogen; 2) studenten opleiden tot bekwame professionals met meer inzicht in de problematiek van een kind met een beperking.

In het SEDY-project is de personal coach een student sportkunde die functioneert als persoonlijk sportbegeleider van een kind met een beperking. De student zet in de verschillende fasen van het project het kind centraal. Dat betekent dat de student eerst goed luistert naar de persoonlijke wensen en kijkt naar de

27) www.hva.nl/binaries/content/assets/subsites/kc-bsv/assets_1/kracht-van-sport/sedy-project/17-06-14-final-version-report-inventory-phase.pdf?149752845700

omstandigheden en mogelijkheden van en voor het kind en zijn of haar omgeving. Vervolgens selecteren zij gezamenlijk de beste sportoptie. Na deze keuze begeleidt de student het kind naar de gekozen sportclub(s), zodat het kind op een veilige en vertrouwde manier met de sport kennis kan maken.

In Nederland is deze interventie uitgevoerd met vierdejaars studenten van het uitstroomprofiel Aangepast Sporten van de opleiding Sportkunde van Hogeschool Inholland. Studenten sportkunde zijn opgeleid tot specialisten die mensen motiveren en begeleiden naar een gezonde leefstijl. Als personal coach passen studenten technieken van motiverende gespreksvoering toe, gebruiken ze hun kennis over aangepast sporten en de doelgroep om kinderen en jongeren met beperkingen te begeleiden naar passend sportaanbod.

De rest van dit hoofdstuk beschrijft de aanpak en ervaringen per stap. Die stappen zijn: het betrekken van professionals, de kennismaking tussen coach en deelnemer, de start van het traject, het volgen van proefflessen, het maken van een continueringplan en eindevaluatie, en de overdracht.

1. Het betrekken van professionals

Om professionals bij het project te betrekken, is het eerst zaak de professionals te informeren. In ons project heeft de hogeschool verschillende professionals geïnformeerd over het voornemen om kinderen met een beperking te stimuleren tot sportdeelname met behulp van een personal coach. Bij 'professionals' valt te denken aan sportloketmedewerkerkers van revalidatiecentra (binnen ons project waren dat Reade en Heliomare), regiomedewerkers aangepast sporten Team Sportservice, docent lichamelijk opvoeding in het speciaal onderwijs, buurtsportcoaches aangepast sporten, sportconsulent van maatschappelijke organisaties gericht op de bevordering van sportdeelname van kinderen

met een beperking (ons project werkte samen met Prisma) en woonbegeleiders van instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking (bij ons Philadelphia Zorg).

Deze professionals zijn via verschillende kanalen over ons project geïnformeerd. Er is een flyer met informatie over het project gemaakt en verspreid, regionale bijeenkomsten over aangepast sporten zijn bezocht en er zijn gesprekken gevoerd. In die gesprekken valt op dat de verschillende professionals al bezig zijn met het vergroten van de sportparticipatie van kinderen met een beperking.

In de gesprekken blijkt ook dat professionals de personal coach op verschillende manieren willen inzetten. De een wil bijvoorbeeld de student laten meedraaien in een reeds gepland sportevenement en de ander ziet het aanbod van de personal coach als aanleiding om een event te organiseren. Professionals bepalen zelf hoe zij de personal coach inzetten en gaan daarbij uit van de voorkeuren van de betreffende doelgroep en hun eigen voorkeur. Zij hebben bijvoorbeeld verschillende voorkeuren met betrekking tot de intakeprocedure voor deelname aan het project. Sommige professionals willen die graag samen met de personal coach doen, andere doen dat liever zelf. Hoe het project ingepast wordt in de bestaande activiteiten en welke kinderen in aanmerking komen voor deelname, besluit de professional ook.

2. Kennismaking tussen personal coach en deelnemer

Ter kennismaking organiseert de professional, al dan niet in gezamenlijkheid met de personal coach, een sportactiviteit waar zowel de coaches als potentiële deelnemers bij aanwezig zijn. Op deze manier kan de personal coach de doelgroep in het algemeen en de beoogde deelnemers in het bijzonder beter leren kennen. Hij/zij doet bijvoorbeeld mee met een gymles of een sportdag en ook met *Ready to sport*, sportactiviteiten georganiseerd door het

NOC*NSF. Deze organisatie probeert met *Ready to sport*-dagen kinderen met een beperking enthousiast te maken voor sport door ze bijvoorbeeld in contact te brengen met sportverenigingen. Tijdens de sportactiviteiten polsten personal coaches de interesse voor deelname onder de kinderen. Onze studenten merkten enthousiasme; ruim de helft van de gesproken kinderen laat weten graag een coach te willen. Voor deelname is echter ook toestemming van de ouders nodig. In sommige gevallen is dat zo geregeld. Een LO-docent uit Haarlem beschrijft de werkwijze:

Ik laat de studenten altijd eerst kennismaken met mijn leerlingen door ze deel te laten nemen in mijn lessen. Ik kan dan zelf ook zien welke student bij welke leerling past. Ik heb zes leerlingen geselecteerd, waarvan ik wist dat die hulp konden gebruiken. Hun ouders benaderd en na toestemming zijn we aan de slag gegaan.

De selectie gebeurt op basis van de verwachtingen van de positieve invloed die sport op kinderen kan hebben. Ook kijken professionals naar de belemmeringen die kinderen of ouders ervaren. Een LO-docent legt uit:

Ik heb leerlingen geselecteerd waarvan ik dacht dat het de leerling in zijn sociale en emotionele ontwikkeling zou kunnen ondersteunen als hij/zij deelneemt aan een sportclub en waarbij de ouders de 'capaciteiten' niet hebben om dit mogelijk te maken.

Maar in veel gevallen blijkt toestemming niet zo gemakkelijk te realiseren. De professional en/of student krijgen allereerst moeilijk contact met ouders, omdat de gegevens niet zomaar beschikbaar zijn. De reden is niet altijd duidelijk, maar privacywetgeving lijkt een belangrijke factor. Als er wel contact gelegd is, blijken ouders vaak terughoudend.

3. Start traject

In de afgelopen jaren hebben 44 kinderen met een beperking aan het persoonlijke coachingstraject deelgenomen. Van de deelnemende kinderen zijn ouders of verzorgers uiteraard vooraf geïnformeerd over het programma. Zij tekenen een overeenkomst met betrekking tot de deelname van het kind aan het programma. Daarin staat dat de relatie tussen de student en het kind is gebaseerd op vertrouwen, dat de student zorgt voor een veilige situatie en dat hij/zij daarin zijn verantwoordelijkheid neemt en zorgt dat de informatie in dit project niet gedeeld wordt met anderen. De hogeschool zorgt voor instructie en voorbereiding van studenten.

Het gehele traject maakt de personal coach gebruik van motiverende gespreksvoering. Dit moet helpen om barrières voor sportdeelname te slechten en doelen te bereiken. Tijdens het eerste gesprek na de start van het traject vraagt de personal coach de deelnemer naar zijn of haar sportwensen. Bij het inventariseren van de sportwensen onder onze deelnemers blijkt dat zwemmen de meest populaire sport is. In de gesprekken gaat het niet alleen over voorkeuren voor sport, maar ook hoe die voorkeuren samenhangen met de doelen die kinderen met sport willen bereiken. Een student vertelt:

Ook wenst ze af te vallen door de sport dus er dient voldoende intensiteit te worden bewerkstelligd. Daarnaast zou ze graag sociale contacten opdoen op de activiteit.

Vervolgens kijkt de student samen met het kind naar de beschikbaarheid van sportactiviteiten (in ons project gebruikten zij daarvoor de website uniekssporten.nl). De student plant daarop een gezamenlijk bezoek aan een proefles.

In het tweede gesprek wordt een nulmeting gedaan. De per-

sonal coach scoort de deelnemer op indicatoren voor empowerment. In ons project gebruikten zij de 'exercise barriers self-efficacy scale'; daarin staan vragen over attitude en sociale invloed. Afhankelijk van de leeftijd van het deelnemende kind staan in de vragenlijst ook vragen over zelfvertrouwen. Het invullen van de vragenlijsten is geen doel op zich; het is ook en vooral een middel om het gesprek over sportmogelijkheden, voorkeuren en wensen op gang te krijgen. Een personal coach legt uit:

Uit de ingevulde vragenlijsten blijkt dat cliënt de intentie en motivatie heeft om te gaan sporten. Ze kwam zelf met ideeën om te gaan sporten en er was duidelijk sprake van intrinsieke motivatie tijdens het gesprek.

De personal coaches krijgen in de gesprekken ook een goede indruk van de obstakels die kinderen en hun ouders ervaren en hoe zij daarbij kunnen helpen. Een student vertelt hierover:

Kinderen met beperkingen en hun families lopen tegen verschillende barrières aan als ze willen sporten, zoals vervoer, financiën en onwetendheid over de sportmogelijkheden. Het project probeert die weg te nemen door de juiste instanties in te schakelen. Zo maken we sport toegankelijk.

De uiteindelijk gekozen sportactiviteit wordt zo precies mogelijk afgestemd op wensen en doelen van het deelnemende kind. Dat blijkt bijvoorbeeld uit een geschreven advies van een personal coach aan een kind met gewrichtsklachten en behoefte aan sociaal contact:

Het advies is het Aqua Body Shape programma. Daarin ligt de intensiteit hoger en is de belasting op de gewrichten lager. Het vindt plaats in teamverband waardoor de interactie met anderen mogelijk is.

Na het inventariseren van wensen, voorkeuren en obstakels en het selecteren van een activiteit, contact leggen met bijvoorbeeld een sportvereniging, start het kind met het volgen van een proefles.

4. Het volgen van proeflessen

Nadat de proefles is afgesproken, gaat de personal coach samen met het kind naar de activiteit toe. Indien nodig of gewenst voert de personal coach van tevoren een gesprek met de trainer/coach om afspraken te maken over passende begeleiding. Tijdens de activiteit observeert de personal coach in hoeverre de sport en de vereniging passen bij het kind. Daarbij kijkt de personal coach of het kind plezier beleeft aan de sport en of het contact met de coach en de andere kinderen goed verloopt.

De student neemt de deelnemer mee naar meerdere activiteiten; in ons project vaak twee of drie. Op deze manier krijgt de deelnemer een goed beeld van de verschillende mogelijkheden en kan hij of zij een goede afweging maken. Deze periode beslaat tussen de vier en zes weken.

Om meer zicht te krijgen op de impact van het project en de ervaringen van de deelnemers is een focusgroep met deelnemers gehouden. Vijf deelnemers van de Van Gilseschool in Haarlem hebben deelgenomen aan dit gesprek. Tijdens het gesprek blijkt dat vier van de vijf kinderen bij de start van het project angstig waren om een nieuwe sport uit te proberen. De ervaringen van studenten bevestigen dit beeld:

Ze vond het vooral spannend om er zelf heen te gaan. Wanneer ze echter in het water lag was de spanning minder en voelde ze zich wel op haar gemak.

Voor vier van de vijf deelnemers heeft het project vooral positieve

ervaringen opgeleverd. Zij vonden het uitproberen van de sporten ook allemaal leuk. Een van deze deelnemers geeft aan dat hij het eerst spannend vond, maar er plezier in kreeg toen het lukte. Uit de focusgroep blijkt dat sport inderdaad een empowerende ervaring kan zijn; het heeft een positief effect op het zelfvertrouwen van de focusgroepdeelnemers. Bij één deelnemer was dat niet het geval, omdat de sportactiviteit niet doorging: 'ik was de enige daar en toen gingen we naar huis. (...) Ik was geschokt.'

De deelnemers zijn tevreden over de begeleiding van de personal coach. Zij zijn vooral te spreken over de luisterende houding van de studenten: 'Hij was heel aardig en luisterde goed naar mij.' De kinderen doelden daarmee ook op het contact tussen hun ouders en de personal coach: 'De coach ging knuffelen en lachen en hij luisterde goed naar mijn vader.' Vier van de vijf deelnemers aan de focusgroep geven aan vaker een coach te willen hebben die hen helpt bij sportactiviteiten.

5. Het continueringsplan en de eindevaluatie

Als het kind enthousiast is, stelt de personal coach samen met het kind een plan op. Daarin staat hoe hij of zij verder kan gaan met sporten. De personal coach zoekt uit wat de kosten voor deelname en vervoer zijn - twee factoren die bekendstaan als barrières om het sporten te continueren - en neemt dit op in een definitief plan. In het eindgesprek presenteert de student dit plan. Ook neemt de student nogmaals de vragenlijst af om te bekijken of het sporten de deelnemer geëmpowerd heeft.²⁸ Uiteraard is dat ook een moment waarop de vooruitgang in kwalitatieve zin vastgesteld wordt. De personal coaches merken tijdens de eindevaluatie ook dat hun inspanning een positief effect heeft op de sportdeelname van de begeleide kinderen:

²⁸) Helaas kunnen we geen valide uitspraken doen over het effect op empowerment aangezien het een relatief kleine pilotstudie betrof.

De deelnemer die ik heb begeleid was al vier jaar op zoek naar een sport die bij hem paste en door mee te doen aan dit project heeft hij nu twee sporten gevonden waar hij met veel plezier elke week heen gaat.

Ook merken zij dat ouders enthousiast zijn over hun inspanningen:

De moeder heeft een druk leven en zag zelf geen mogelijkheid om een geschikte nieuwe sport te vinden. Zij was blij met de begeleiding en communicatie. Het turnen lijkt de nieuwe hobby van de cliënt te zijn!

De personal coaches merken dat positieve ervaringen van hun kinderen met sport de ouders goed doen: 'Haar vader vertelde dat ze er vrolijker van werd en dat zij er echt naar uitkeek om weer te mogen voetballen.' De personal coaches benoemen in hun verslagen ook een toename in sportparticipatie als positief resultaat. Een student schrijft bijvoorbeeld: 'Cliënt en vriend zijn nu beiden iedere week te vinden bij zwembad. Ondertussen is dat een vertrouwde omgeving voor beiden.' Professionals met wie samengewerkt is, zijn ook zeer te spreken over de personal coaches. Een docent lichamelijke opvoeding uit Haarlem zegt bijvoorbeeld: 'Ik ben zeer enthousiast geraakt over de simpelheid en doeltreffendheid van dit project.' Voor docenten is net als voor ouders vooral het zichtbare effect op de kinderen reden om enthousiast te zijn: 'Op school meen ik een winst te zien in de sociale en emotionele ontwikkeling.' De personal coaches zien ook leeropbrengsten voor zichzelf:

Alles wat je op school hebt geleerd kan je nu allemaal toepassen en als je merkt dat je hiermee mensen echt kan helpen geeft dat veel voldoening. Ik voelde me tijdens dit project geen student maar een professional.

6. Overdracht

Ter afsluiting koppelt de student zijn bevindingen terug naar de professional waarmee hij het project is gestart. Op deze manier krijgen professionals informatie over de mogelijkheden en barrières van de desbetreffende deelnemer. Voor de deelnemers is het belangrijk dat zij na afloop van het project met vragen terecht kunnen bij de professionals. Ook krijgen professionals zo informatie over de mogelijkheden en belemmeringen om te sporten voor jongeren met een beperking in meer algemene zin. Zij kunnen dat gebruiken voor de evaluatie binnen hun eigen regio in het kader van het overheidsprogramma Grenzeloos Actief. In het SEDY-project hebben we geconstateerd dat professionals soms polsen of een deelnemer na drie of zes maanden nog steeds aan het sporten of bewegen is.

Slotbeschouwing

In dit project is tussen onderwijs, onderzoek en werkveld samengewerkt om een verschil te maken in de levens van kinderen met een beperking. De persoonlijke aanpak binnen het project is wat ons betreft veelbelovend. Zo blijkt uit de evaluatie dat de sportparticipatie van 27 van de 44 deelnemers (61 procent) is verbeterd door het project. Het project biedt de mogelijkheid om te luisteren naar de wensen van de jongeren met een beperking en dat vergroot de kans op een succeservaring in de sport. Dit hoofdstuk heeft laten zien dat de kinderen vinden dat zij gehoord zijn in hun wensen, voorkeuren en belemmeringen. We zijn er echter nog niet. Op het vlak van zowel onderwijs als onderzoek en werkveld liggen er nog uitdagingen en vraagstukken waar we de komende jaren aan verder willen werken.

In deze slotbeschouwing benoemen we drie uitdagingen die blijken uit de ervaringen van de kinderen, de studenten en de

professionals binnen het personal coach-project.

De grootste uitdaging is het matchen van de student met een kind of jongere. Omdat we streven naar een structurele sportparticipatie en willen aansluiten bij bestaand aanbod, hebben we onszelf de voorwaarde gesteld dat de student altijd gekoppeld is aan een professional. Zodoende is er borging van de activiteiten van de studenten en kan de professional de monitoring op zich nemen om te kijken of de jongeren structureel blijven sporten. Een manier om de matching te vergemakkelijken is via digitale aanmelding. In 2019 willen we daartoe middels een campagne een deadline voor aanmelding communiceren. Via het netwerk van unieksporten.nl zoeken we naar mogelijke deelnemers voor een vervolg. Na aanmelding volgt direct de koppeling aan een personal coach. Het systeem maakt het ook mogelijk om de voortgang beter te monitoren en uitspraken te doen over de effectiviteit.

De tweede uitdaging is het vinden van een passende rol voor de ouders van kinderen met een beperking. Van de ouders is commitment nodig om een dergelijk project te laten slagen. Op het moment dat ouders onwelwillend staan ten opzichte van het project is het voor de student niet mogelijk om het project te starten, laat staan af te ronden. Mogelijk kunnen studenten een rol spelen in het bevorderen van een positieve attitude ten aanzien van sport bij ouders.

De derde uitdaging is meer te weten komen over hoe sport kan bijdragen aan inclusie en in hoeverre kinderen met een beperking sport als inkluderend ervaren. Op dit moment hebben professionals nog weinig mogelijkheden om belemmeringen tot sporten in kaart te brengen. Het vervolgproject is er dan ook mede op gericht om samen met Europese partners een 'sportparticipatie en -inclusie-tool' te ontwikkelen. We willen daarmee praktische oplossingen ontwikkelen om de verschillende barrières voor jongeren met een beperking weg te kunnen nemen om structureel te kunnen gaan sporten en bewegen.

Wij willen doorgaan met de personal coach omdat we geloven in de individuele aanpak waarbij het kind centraal staat. Het doel is om het project personal coach duurzaam binnen de opleiding Sportkunde van Inholland in te passen. Wij zijn bezig om daar samen met andere hogescholen in op te trekken. Zo willen we studenten een leerzaam traject bieden en de sportdeelname van kinderen en jongeren met een beperking structureel verhogen.

Om de uitdaging van de matching aan te gaan hebben met een subsidie van de gemeente Amsterdam in het najaar van 2018 CASA opgericht. CASA staat voor Centrum Aangepast Sporten Amsterdam (www.aiss.nl/casa) en heeft als doel om de samenwerking tussen onderwijs, onderzoek en werkveld in de regio Groot-Amsterdam beter vorm te geven. Inholland is een van de initiators van dit initiatief. We hopen dat we daarmee in de toekomst student en deelnemer efficiënter kunnen matchen. Als we in staat zijn om meer studenten en kinderen te koppelen kunnen we ook betrouwbaarder evaluatieonderzoek verrichten naar de opbrengsten van het project. Zo willen we graag beter zicht op de langetermijneffecten van deelname op empowerment of sportdeelname van de kinderen.

9

Verplaats je in de ander²⁹***Over de noodzaak tot sociale reflexiviteit
van sociale professionals****Lilian Linders*

De ambitie om zorg en welzijn te ‘transformeren’ rust voor een belangrijk deel op de schouders van professionals. Zij moeten het lef hebben om speelruimte te nemen, ruimte te creëren en te werken aan vertrouwen; met als uiteindelijk doel dat hun professionele aanwezigheid iets bijdraagt aan de levens van de mensen voor en met wie zij beroepsmatig actief zijn. Dat kan alleen als zij de mensen om wie het draait centraal stellen. Dit hoofdstuk gaat in op die professional, en dan met name professionals werkzaam in het sociale domein.³⁰ Wat hebben zij nodig om ‘de mens centraal te zetten’? Het gaat hier met andere woorden om de mens in de rol van professional, in relatie tot de eigenschappen en de mindset die hij of zij nodig heeft om cliënten en burgers centraal te zetten.

Het lukt nog niet altijd om burgers of cliënten centraal te stellen. Dat heeft onder meer te maken met de dynamiek waarin het sociale domein zich bevindt. De transities in de zorg, gepaard met bezuinigingen, hebben gemeentes, organisaties en professionals veel energie gekost en dat heeft zijn sporen nagelaten, ook op de werkvloer. Vergelijk het maar met wat het betekent

29) Dit hoofdstuk is gebaseerd op de publicatie ‘Sociaal werk gaat om andere mensen’ dat zij schreef in het kader van *Denken over professionaliteit van het sociaal werk*, een initiatief van het Platform Lectoren Sociaal Werk

30) In dit hoofdstuk gaat het vooral om professionals die geschoold zijn als sociaal werker en aan sociaal werk verwante opleidingen.

voor mensen als ze scheiden, kinderen krijgen of een nieuw huis kopen. Deze gebeurtenissen worden gezien als zeer ingrijpend in een mensenleven met grote gevolgen op allerlei levensgebieden.

Als de verzorgingsstaat verhuist (Bredewold et al. 2018) heeft dat verstrekken consequenties; enerzijds voor de mensen die er een beroep op doen en anderzijds voor degenen die er beroepsmatig actief zijn. Een dergelijke omwenteling leidt onvermijdelijk tot grootscheepse zoektochten naar nieuwe wegen, contactpersonen, structuren en samenwerkingspartners, met de nodige ervaren (toegenomen) complexiteit van regels en systemen. Dat heeft gevolgen voor professionals en daarmee ook voor cliënten. Als professionals vooral druk zijn met hun zoektocht, kan dat ten koste gaan van de aandacht voor cliënten en daarmee van het gevoel dat zij centraal staan in het werk van professionals. De mens centraal zetten vraagt eveneens om goede samenwerking en afstemming tussen professionals, want professionals die langs elkaar heen werken geven cliënten het gevoel dat zij allemaal met hun eigen werk bezig zijn in plaats van met het beste voor de cliënt. Bovendien ervaren cliënten die versnippering van taken alsof zij tot een serie deelproblemen gemaakt worden en daarmee niet *als mens* centraal staan. Om dat te voorkomen is een meer integrale benadering van de burger nodig (Inholland Domein GSW 2015). Ook daarbij is samenwerking en afstemming vaak onmisbaar.

Het blijkt vaak lastig om de communicatie en afstemming tussen partijen voor elkaar te krijgen en daarbij de focus op burgers/cliënten vast te houden (zie bijvoorbeeld Feringa et al. 2017; Linders & Feringa 2014). Sociaal professionals hebben er bijvoorbeeld moeite mee om te bepalen wanneer ze echt de regie kunnen 'laten' bij burgers of wanneer ze juist aangehaakt moeten blijven. Dat doen ze – al dan niet bewust – vanuit de gedachte dat zijzelf als professional de bepalende factor zijn in het samenspel met burgers. Dit zien we terug in het taalgebruik dat vaak gebezigd wordt in

het sociale domein. Professionals *leggen* regie bij cliënten terug, *regisseren* lotgenotencontact, *zetten* mensen in hun kracht, of *organiseren* burgerinitiatieven (Linders & Feringa 2014; Linders et al. 2016). Gesprekken tussen professionals gaan vaak over rollen, taken en verdeling van verantwoordelijkheden of de (on)mogelijkheden om conform de transformatiedoelstellingen te werken (Van der Sanden et al. 2017). Als de gesprekken vooral hierover gaan, terwijl eigenlijk casuïstiek besproken moet worden, dan gaat dat ten koste van het verwerven van inzicht in de omstandigheden van cliënten, wijkbewoners, vrijwilligers enz.

Een van de voorwaarden voor goede samenwerking is dat professionals zich kunnen verplaatsen in anderen en zich kunnen voorstellen wat hen bindt en waarin zij verschillen. Deze verbeeldingskracht, gecombineerd met het vermogen om buiten de 'bubbel' van het eigen kringetje te kijken en luisteren, noemt Lichterman sociale reflexiviteit: 'Social reflexivity is a collective practice of imagining: it requires talking about differences and similarities straightforwardly, in the midst of forging relationships beyond the group' (Lichterman 2005, p. 47).

In dit hoofdstuk ga ik nader in op wat die sociale reflexiviteit precies inhoudt en wat de aanvullende waarde is op de reflectie die we al jaren gewend zijn in het sociaal werk, maar ook daarbuiten. Wat kan sociale reflexiviteit bijdragen aan het realiseren van de opdracht om de mens centraal te stellen in zorg en welzijn?

Veranderende rollen

De verwachtingen ten aanzien van sociaal werk zijn hoog. Dat geldt voor politici en beleidsmakers, maar ook voor de beroepsgroep zelf en de lectoraten die er onderzoek naar doen. In de Mis-sie Sociaal Werk van het Platform lectoren Sociaal Werk staat beschreven dat sociaal werkers signaleren, werken aan verandering, bevorderen dat mensen tot hun recht kunnen komen en samen-

werken aan veerkracht, weerbaarheid, zelfbeschikking, sociale inclusie en sociale cohesie (Linders & Verharen 2017). Daarbij dienen ze voortdurend normatieve keuzes te maken, kijkend naar de mens en zijn omgeving. Zij werken samen en stemmen af met collega's, cliënten, naasten, vrijwilligers, lotgenoten, ervaringsdeskundigen enz.

Al die spelers hebben ook nog eens meer dan één rol te vervullen. Ze zijn allemaal burger, maar niet elke burger is ook professional. Een vrijwilliger is soms ook mantelzorger van een naaste en kan zelf ook hulpbehoevend zijn.

Het krachtenveld rond sociaal werk is eveneens veranderd. De transities en transformaties in zorg en welzijn brengen met zich mee dat de lokale overheid meer dan ooit het sociale domein domineert en invloed uitoefent op de professionalisering en de kwaliteit van het sociaal werk. Dat alles vraagt van professionals dat ze op verschillende niveaus strategisch kunnen opereren. Willen ze de focus houden op de doelen van sociaal werk (dat wil zeggen het bevorderen van het sociaal functioneren of de kwaliteit van leven van mensen) dan is het noodzakelijk om met burgers of cliënten, samenleving en overheid in horizontale en verticale netwerken samen te werken (Witte 2018), want zonder die allianties is de veranderkracht beperkt.

De afgelopen jaren is behoorlijk veel nieuwe kennis beschikbaar gekomen om sociaal professionals handvatten te geven voor het 'nieuwe werken' (Kenniscentrum HAN SOCIAAL 2015; Kooiman et al. 2015; Scholten et al. 2012; Van Bergen & Wilken 2016). Denk bijvoorbeeld aan publicaties vanuit diverse lectoraten of de werkplaatsen Sociaal Domein en de landelijke kennisinstituten zoals Movisie, Nji en Vilans. Zij verzamelen, ontwikkelen en verspreiden praktijkkennis mede ten behoeve van het versterken van het Sociaal Werk. Het daadwerkelijk toepassen ervan blijft voor sociaal werkers echter een moeilijke opgave (Linders & Feringa 2014; Linders et al. 2016). Mogelijk ligt dat aan de bruikbaarheid

van de handreikingen, maar het komt zeker ook doordat bezuinigingen en (organisatie)veranderingen het lastig maken om vorm te geven aan nieuwe rollen.

Sociale reflexiviteit

Hoe kunnen we sociaal werkers nog beter toerusten en in staat stellen hun werk nog beter uit te voeren? Hiervoor halen we inspiratie uit het werk van de Amerikaanse socioloog Lichterman. In zijn boek *Elusive Togetherness* (2005) staat contact zoeken met anderen – ook en juist als ze van onszelf verschillen – centraal. Lichterman noemt dat ‘spiralling outward’, een manier om sociale reflexiviteit te stimuleren. Sociale reflexiviteit kan volgens hem helpen bij het aangaan betekenisvolle relaties buiten de eigen groep door de cultuur en gewoonten binnen de eigen groep op een andere manier gestalte te geven. Ik zal dat aan de hand van een voorbeeld uit zijn eigen onderzoek verhelderen.

Lichterman (2005) onderzocht hoe groepen protestantse vrijwilligers (al dan niet) een brug trachtten te slaan naar andere groepen, zoals mensen met lage inkomens of dak- en thuislozen. Het viel hem op dat dergelijke groepen vrijwilligers niet vanzelfsprekend bruggen slaan naar mensen die niet tot de eigen groep behoren. De vrijwilligers blijken vaak nauw afgebakende, taakgerichte en op zichzelf gerichte groepen die amper moeite doen om zich voor te stellen met wat voor mensen ze eigenlijk te maken hebben, of hoe het zou zijn als ze in hun schoenen zouden staan. Hij signaleert dat sociale reflexiviteit een schaars goed is binnen ‘civic groups’, omdat mensen het enorm moeilijk vinden om naar hun eigen gewoonten en gedrag te kijken en dat te relateren aan dat van anderen (zie ook: Verhoeven & Tonkens 2011). Daarom valt van ‘civic groups’ niet te verwachten dat ze uit zichzelf verbindingen leggen; de taak om te verbinden is in zijn optiek met name aan professionals.

Wat volgens Lichterman nodig is om te verbinden met anderen is sociale reflexiviteit. Hij beschrijft sociale reflexiviteit als een type conversatie waarin groepsleden samen kritisch reflecteren op de wijze waarop zij zich tot elkaar en tot de wereld om hen heen verhouden. De mate, waarin het de groepen vrijwilligers die hij bestudeerde lukte om daadwerkelijk te verbinden en samen te werken met kinderen uit probleemgezinnen, mensen in achterstandswijken of dak- en thuislozen, bleek af te hangen van de interactiestijl in een groep. Hij ontdekte dat de onderlinge communicatie en de intermenselijke betrekkingen *binnen* een groep voorwaardelijk zijn voor de manier waarop een groep in staat is om verschillen met mensen *buiten* de eigen groep te overbruggen. Voor de meeste groepen vrijwilligers in zijn onderzoek gold dat ze bij het uitvoeren van taken vooral op zichzelf georiënteerd waren en veel minder gericht waren op degenen - bijvoorbeeld de buurtbewoners - voor wie ze feitelijk bij elkaar kwamen. Zij bleken zich weinig bewust te zijn van de manier waarop ze met elkaar communiceerden en de impact daarvan op hun communicatie met diezelfde bewoners. Hun groepsstijl berustte op routinematige, gedeelde en vaak impliciete gewoonten. Hoewel vooral externe, sociaal-culturele en politieke omstandigheden bepalen welke typen conversatie plaatsvinden in een groep, reflecteerden deze vrijwilligersgroepen hier meestal niet op, aldus Lichterman. Hij zag dat alleen wanneer het in de groepscultuur de gewoonte was om het werk in een bredere context te bespreken. Daaruit trok hij de conclusie dat groepen zich pas verbinden met anderen buiten de eigen groep als er binnen de groep ruimte voor discussie en onenigheid is.

Een voorbeeld:

De groepen die Lichterman beschrijft bestaan uit vrijwilligers die zich voor bepaalde tijd inzetten voor concrete lokale projecten (culturele activiteiten, kleding inzamelen, maaltijden verzorgen,

buurtactiviteiten opzetten...). Lichterman observeert hoe een van de door hem onderzochte groepen vrijwilligers pogingen onderneemt om een samenwerking aan te gaan met bewoners uit andere culturen in de wijk *Park*. Deze 'cluster members' zijn volgens hem sociaal reflexief, omdat zij zich verplaatsen in degenen die zij willen bereiken: 'Cluster members acknowledged explicitly and frequently that Park residents were socially subordinated and had fewer opportunities than cluster members – who had the luxury of time for meetings. (...) They tried out ideas on how to make cluster meetings accessible to people who worked two or more jobs just to survive. They discussed how changing federal politics regarding food pantries would affect neighborhoods like Park.' (Lichterman 2005, p. 184)

Voordat het überhaupt mogelijk is om contact te leggen met mensen buiten de eigen groep is het nodig om samen al een voorstelling te maken van hoe in dit geval de betreffende multiculturele buurt eruitziet, aldus Lichterman. Wie wonen er? Hoe zijn deze mensen? Hoe vullen ze hun leven in? Kortom: een noodzakelijke voorwaarde om de eigen groep te verbinden met anderen *buiten* de groep is de gezamenlijke verbeeldingskracht en communicatie *binnen* een groep.

Reflectie als een manier om de veranderende wereld te begrijpen

Ook sociaal werkers zijn gebaat bij meer sociale reflexiviteit (Denters et al. 2013). Het concept biedt aanknopingspunten om te leren samenwerken met burgers, cliënten of andere professionals op een manier die de cliënt of burger centraal zet en die niet leidt tot overmatige zelfreflectie. Om dat toe te lichten maken we een kort uitstapje naar hoe reflectie eind 20ste eeuw een rol kreeg in de sociale theorie (Giddens & Sutton 2014; Dunk-West 2013).

Concepten als reflexiviteit en zelfreflectie zijn onder meer terug te voeren naar George Herbert Mead (1934) en zijn werk over de 'sociale zelf' (zie ook Giddens & Sutton 2014). Mead stelt dat het 'zelf' ontstaat in sociale interactie met anderen en niet een aangeboren fenomeen is. Mensen leren zichzelf zien door de ogen van anderen. De constante interactie tussen het individu en de sociale omgeving produceert een tweeledig 'zelf' van een 'ik' en een 'mij' die in een constante interne dialoog met elkaar zijn. Deze individuele reflexiviteit vormt de basis voor betekenisvolle interactie met anderen (Mead 1934). Een consequentie van deze visie is dat het nutteloos is om een onderscheid te maken tussen het individu en de samenleving, omdat de samenleving louter gevormd wordt in interactie tussen mensen (Giddens & Sutton 2014).

Beck (1992) en Giddens (1991) gebruiken – mede geïnspireerd door de notie van reflexiviteit van Mead – reflexiviteit als kernbegrip om moderne, snel veranderende samenlevingen te begrijpen. In zijn boek *Modernity and Self-Identity* (1991) beschrijft Giddens de reflexiviteit van de moderniteit. 'Modernity's reflexivity refers to the susceptibility of most aspects of social activity, and material relations with nature, to chronic revision in the light of new information or knowledge' (Ibid., p. 20).

Giddens observeert net als Beck dat we als gevolg van de industrialisering leven in een *risicosamenleving* vol onvoorspelbaarheid en gevaar. Voor burgers is het daardoor niet langer mogelijk om vaststaande rollen te vervullen. 'Within this context we have to engage in the reflexive construction of the self instead of blindly following an identity or role that has been marked out for us' (Ibid., p. 5).

In de sociale wetenschappen raakte het uitgangspunt dat we de samenleving louter vanuit die veranderlijkheid kunnen begrijpen – en daardoor het 'zelf' steeds opnieuw construeren – steeds meer omstreden. Giddens zelf keert terug op zijn schreden zoals te lezen is in *Essential concepts in sociology* (2014) dat hij samen

met Sutton schreef. De overdreven 'Meadiaanse' adoptie van reflexiviteit in sociologisch onderzoek had tot gevolg, zo constateert hij, dat de eigen biografie van de onderzoeker dusdanig centraal kwam te staan dat dit leidde tot een soort zelfgenoegzaamheid: een oneindig proces van reflectie op reflectie ten koste van het produceren van valide en betrouwbare kennis over het sociale leven. De auteurs wijzen daarom een rigide gebruik van reflexiviteit in het sociaalwetenschappelijk onderzoek af. Het nut van reflexiviteit zit volgens hen vooral in de bewustwording van aannames en vooroordelen bij het doen van onderzoek.

De sociaal werker als zijn eigen instrument

Het werk van Mead is niet alleen van grote invloed geweest op de sociale theorie, ook in het sociaal werk is zijn gedachtegoed met betrekking tot het 'zelf' ver doorgedrongen. Meads theoretisch kader wordt gezien als bijzonder bruikbaar voor sociaal werkers om zichzelf en hun professionele werk te begrijpen, in het bijzonder als het gaat om de interactie tussen het individu en zijn omgeving (Dunk-West 2013). Een belangrijk gereedschap dat studenten sociaal werk meekrijgen in de opleiding, als onderlegger voor het professionele handelen, is reflectie; reflectie in de betekenis van stilstaan bij wat je meemaakt, zowel bij wat goed gaat als bij wat minder goed gaat (Geenen 2012). Dit geeft steeds diepgaander inzicht in jezelf en je eigen handelingsmogelijkheden. Reflectie is erop gericht om te leren van je eigen ervaringen in de praktijk. De reflectieve sociaal werker keert telkens opnieuw terug naar zichzelf, zijn/haar kennis en ervaring om te identificeren wat er aan de hand is, waar de aangrijpingspunten kunnen liggen voor verandering en hoe hij met zijn/haar cliënt het beste kan (samen)werken (Schön 1983).

Echt goed reflecteren betekent dat iemand op basis van technische en theoretische kennis, intuïtie en verborgen kennis, norma-

tieve overwegingen, tussentijdse overwegingen en bijstellingen komt tot alternatieve handelwijzen. Reflectie is een belangrijk instrument om samen met bijvoorbeeld een cliënt een complexe situatie in te kunnen schatten en te komen tot een hierbij passende aanpak. Schön beschreef al in de jaren tachtig hoe professionals zowel na als tijdens hun handelen kunnen reflecteren. In *reflection-on-action* wordt het 'stille weten' geëxpliciteerd: een reconstructie achteraf van het 'denkend doen' (Spierings et al. 2018). Daarnaast onderscheidt Schön *reflection-in-action*; het proces van denken en doen tijdens het handelen zelf.

Kortom: reflectie heeft tot doel te leren van ervaringen. Daarom leren opleidingen sociaal werk (aankomende) professionals al jaren dat ze hun eigen instrument zijn.

Musicians are not the only professionals who play an instrument. Most professions, both helping and otherwise, can readily be identified by a representative instrument or primary practice tool used in the profession: carpenters use a hammer; artists use paint; writers use typewriters and computers; and chemists use beakers. More specifically in the helping professions, fire fighters use hoses and ladders; dentists use drills; doctors use stethoscopes; nurses use syringes to give injections; and psychologists administer tests to get information. Asking students to name the instrument used by social workers usually stumps them. The realization that social workers themselves are the instruments of the profession usually has a sobering effect on beginning social work students. (Heydt & Sherman 2005, p. 40)

Als we bovenstaand citaat kritisch onder de loep nemen, dan roept dit de nodige vragen op. Is sociaal werk echt een totaal ander soort professie dan bijvoorbeeld arts, pianist, verpleegkundige of bijvoorbeeld fysiotherapeut? Wordt het vakmanschap van bijvoorbeeld artsen hier niet ten onrechte gereduceerd tot

het gebruik van bijvoorbeeld stethoscoop of bloeddrukmeter? Een goede arts beschikt over een combinatie van kennis, vaardigheden, ervaring, methoden en instrumenten. Maar dat geldt evengoed voor de sociaal werker. Met andere woorden: een arts, muzikant of fysiotherapeut is net zozeer zijn eigen instrument als een sociaal werker. Net als een verpleegkundige moet een sociaal werker heel goed weten wat hij meebrengt aan ervaringen, normen, waarden en overtuigingen, omdat die van grote invloed zijn op zijn interactie met anderen.

Waarin de sociaal werker zich echter wel onderscheidt van bovengenoemde beroepen is de gerichtheid op empowerment. Empowerment incorporeert de 'sociale' opdracht van sociaal werk en benadrukt het versterken en verbinden van personen, organisaties en groepen in de samenleving (Van Regenmortel 2009). Om empowerment te realiseren is het belangrijk dat de doelen die burgers zelf wensen te realiseren, centraal staan. Empowerment veronderstelt namelijk dat doelen niet van bovenaf opgelegd worden, maar dat mensen zelf hun doelen stellen en anderen hen in staat stellen die te bereiken. De visie van de sociaal werker als zijnde het eigen instrument, zoals geformuleerd door Heydt & Sherman, draagt niet bij aan het realiseren van empowerment. Het kan zelfs in de weg zitten. Vooral als deze beroepsopvatting eendimensionaal geïnterpreteerd wordt en de sociaal werker zichzelf de centrale en cruciale factor begint te vinden, staat dat de bevordering van empowerment in de weg (zie ook de voorbeelden in het kader hieronder).

Het geweld van de transities heeft er sowieso al toe geleid dat de sector voor een groot deel met zichzelf bezig is, simpelweg om weer op zijn pootjes terecht te komen. De opvatting van 'de sociaal werker als zijn eigen instrument' helpt daar niet bij. Dit mantra kan ertoe leiden dat het doel van het sociaal werk, namelijk bijdragen aan de kwaliteit van leven van *andere mensen* (vgl. Van Ewijk 2012) in het gedrang komt.

We moeten oppassen dat we niet net als in het sociologisch onderzoek doorschieten in een extreme fixatie op 'ik' als (aankomende) professional, zijnde het centrum van de wereld, ten koste van de verbinding met de buitenwereld. Aandacht voor de persoonlijke ontwikkeling van de student in de opleiding is zeer relevant zolang deze in dienst staat van de professionele ontwikkeling. Daarom is sociale reflectie een waardevolle aanvulling op zelfreflectie.

Een voorbeeld van een doorgeschoten preoccupatie met zichzelf is als studenten bij het werken aan hun eigen leerdoelen uit het oog verliezen dat deze bij moeten dragen aan de doelen van burgers of cliënten. Of dat studenten als onderzoeksdoelstelling van hun afstudeerscriptie opschrijven dat het onderzoek bij moet dragen aan hun eigen persoonlijke ontwikkeling. Of dat docenten menen dat studenten eerst maar eens zichzelf door en door moeten leren kennen alvorens ze op de ander kunnen focussen. Sommige studenten die beginnen aan een opleiding sociaal werk onderbouwen hun keuze voor deze opleiding met argumenten als 'leren werken aan mezelf' of 'mijn onzekerheid overwinnen' – en blijven daarin hangen – in plaats van bijvoorbeeld 'ik wil graag leren werken met kinderen die mishandeld worden'.

Het gedachtegoed van de reflexieve professional is sterk verbonden met het moderne ideaal van autonomie en zelfontplooiing dat we nastreven in onze geïndividualiseerde samenleving. De heersende norm is 'sterk zijn en niemand nodig hebben' (Linders 2010). Geheel in lijn hiermee vragen we studenten zichzelf te ontplooien in de opleiding en goed naar zichzelf te kijken. Met als risico dat de relatie met de wereld om hen heen verdwijnt. We zijn als mensen echter helemaal niet autonoom maar 'verwikkeld' met andere mensen (Kunneman 2005). Die verbinding met anderen mogen we nooit uit het oog te verliezen in de opleiding

of in de werkpraktijk. Reflecteren doe je op basis van keuzes en morele vragen die met het werk verbonden zijn.

Een professional die de ander echt centraal zet, werkt uiteindelijk niet aan zijn eigen doelen maar aan die van burgers en cliënten. Gerichtheid op de ander behoort tot de basishouding van de sociaal werker. De meeste expliciete en impliciete kennis vinden we immers bij de burger zelf (Van Ewijk 2012). Een sociaal werker zet zich in om de (potentiële) mogelijkheden van anderen tot zijn recht te laten komen. Het gaat er immers om dat sociaal werkers met anderen gestalte geven aan hun opdracht. Die anderen zijn overigens niet alleen (groepen) burgers of cliënten, maar ook andere professionals, zoals medewerkers van woningcorporaties, gemeenten enz. De uitspraak of gedachte dat de sociaal werker vooral zelf zijn eigen instrument is, zet ook hen op het verkeerde been: samenwerkingspartners zullen denken dat sociaal werkers met zichzelf bezig zijn, terwijl zij juist degenen zijn waarmee sociaal werkers moeten afstemmen en samenwerken.

Werken aan verbeeldingskracht

Sociale reflexiviteit is een noodzakelijke aanvulling op het reflecteren dat sociaal werkers al sinds jaar en dag als bagage meekrijgen in hun opleiding. Het zich eigen maken van sociale reflexiviteit vereist een leeromgeving waarin (aankomende) professionals met elkaar de dialoog aangaan over ieders handelen – en de onderlinge rollen, verhoudingen, aannames – in relatie tot de bredere context. Sociaal reflexief ben je niet in je eentje achter de computer, maar samen met anderen.

Over hoe je sociale reflexiviteit kunt leren valt nog veel te ontdekken. Lichterman biedt ons een aantal uitgangspunten voor werken aan sociale reflexiviteit binnen groepen of organisaties:

- *Erken je verschillen met anderen.* Heb oog voor verschillen

en doe niet alsof iedereen gelijk is.

- *Bediscussieer je verhouding tot de wereld.* Leg niet het accent op hoe je als individu gevormd bent inclusief bijbehorende bekenissen en biografische verhalen³¹, maar praat over hoe je je verhoudt tot datgene waar je mee bezig bent en de wereld om je heen.
- *Verbind je met andersdenkenden.* Distantieer je niet van de wereld om je heen - ook niet als je het oneens ben met hoe dingen gaan - maar verbind je ermee. Reflecteer op je relatie met die ingewikkelde verdeelde samenleving waar je desondanks deel van uitmaakt en zie dat laatste ook onder ogen (Lichterman 2005, pp. 46-47).

Essentieel bij deze drie opgaven is het aanspreken van je verbeeldingskracht, om je in te kunnen leven in de levens van de mensen om wie het gaat in het sociale domein. Dat is niet iets dat je zomaar even leert via een cursus of les in de opleiding. Je krijgt het alleen in je DNA door er bewust aan te werken, met aandacht voor de uitgangspunten van sociale reflexiviteit.

Het zou dan ook goed zijn om in opleidingen de verbeeldingskracht van studenten te trainen in reeds bestaande settings, bijvoorbeeld in themagroepen, afstudeergroepen, intervisie, teamleergroepen of netwerkgroepen. Of in living labs, leerkringen en moreel beraad. Of op plekken waar studenten, docenten en professionals bij elkaar komen, zoals professionele werkplaatsen of wijkleerplaatsen. Verbeeldingskracht kan geprikkeld worden met behulp van creatieve werkvormen zoals rollenspellen of interactief theater. Laatstgenoemde theatervorm werkt aan casuïstiek met de bij de situatie betrokken professionals en leert de deelnemers beseffen dat ze deel zijn van een groter geheel, terwijl de casus centraal staat (Von Salisch & De Ronde 2018).

³¹) Sessies die diep ingaan op het persoonlijke socialisatieproces behoren bij reflectie, sociale reflexiviteit is iets anders (zie ook Lichterman 2005 p. 46).

Uit lopend onderzoek naar sociale reflexiviteit kunnen we een aantal voorwaarden afleiden voor het voeren van sociaal reflexieve (groeps)gesprekken in het sociaal werk. Een sociaal reflexief groepsgebesprek, bijvoorbeeld een casuïstiekbespreking, heeft structuur en spelregels nodig. Een voorzitter die bewaakt dat het doel niet uit beeld verdwijnt, is vaak echt (nog) nodig. Met andere woorden, sociaal reflexieve gesprekken behoeven een methodische aanpak. En dat begint met het vaststellen van een concreet en gemeenschappelijk doel. Dat kan zijn het bereiken van mensen in een sociaal isolement of het bespreken van een casus uit de werkpraktijk. Het doel ervan moet buiten het 'ik' gelegen zijn.³² Dus niet: 'Ik wil mijn onzekerheid bespreken', maar: 'Ons organisatiedoel is om mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) te bereiken, maar we weten niet precies hoe we een LVb kunnen signaleren' of 'Er speelt een situatie met een verslaafde man en ik heb moeite met zijn agressie'.

Net als bij de groepen vrijwilligers die Lichterman beschrijft, zijn gesprekken met en tussen professionals ook niet als vanzelf sociaal reflexief van karakter. De aandacht gaat al gauw uit naar taakverdeling, samenwerkingsperikelen, privé zaken, het verleden of persoonlijke frustraties van deelnemers. Het is van belang dat sociaal professionals zich blijven verhouden tot de context waarin ze werken. En dat ze daarbij vooral ook leren dat ze dus – gelukkig – niet alleen hun eigen instrument zijn maar deel uitmaken van een – weliswaar complex en veranderlijk – groter geheel waarin ze samenwerken met andere professionals en burgers. Zodat ze zich niet meer hoeven afvragen: hoe zet ik mensen in hun kracht of hoe maak ik mensen zelfredzaam?

Sociale reflexiviteit kan bovendien bijdragen aan die kritische, bevragende en reflecterende, belangenbehartigende professional

32) Dat wil niet zeggen dat gesprekken over het persoonlijk functioneren of individuele problemen niet gevoerd mogen worden, maar die horen thuis aan een 'tafel' waar dergelijke gesprekken passend zijn.

die handelt op basis van wat hij aantreft buiten de deur. Om 'ongepast en kritisch mee en tegen te bewegen in de beleidsarena' (Witte 2018).

Vandaag de dag komen we niet meer weg met het uitgangspunt dat de sociaal werker vooral zijn eigen instrument is. Om mensen tot hun recht te laten komen, hun welzijn te bevorderen en te werken aan rechtvaardigheid, empowerment, waardigheid en vrijheid dienen sociaal professionals hun verbeeldingskracht aan te spreken zodat ze zich steeds weer herijken tot de wereld.

Het lectoraat Empowerment en Professionalisering Sociaal Werk werkt aan praktijkgericht onderzoek en praktijkontwikkeling vanuit de visie van empowerment. In veel van deze praktijken, waar we aan de slag gaan met vraagstukken vanuit de praktijk zelf, zullen we en passant (maar wel bewust) aan de slag gaan met leren over en van de sociale reflexiviteit die we aantreffen. We zullen vragen stellen als: hoe doe je dat, het erkennen van verschillen en overeenkomsten en wat betekent dat dan voor cliënten? En minstens zo belangrijk: hoe kun je sociale reflexiviteit leren? Hoe kun je je verbeeldingskracht oefenen? Voor het beantwoorden van deze laatste vragen ziet het lectoraat kansen in zijn aansluiting bij de ontwikkeling van Leer- en Innovatie-Netwerken (LIN's), leeromgevingen waar studenten, docenten en professionals samenwerken, leren, onderzoeken en innoveren (Niessen & Cox 2011).

IO

Practice what you preach?***De mens centraal stellen in het onderwijs als voorbereiding op de beroepspraktijk****Joost Weling en Bodo Bombosch*

In hoofdstuk 1 van dit boek wijst Thomas Kampen op de grote verscheidenheid aan betekenissen van 'de mens centraal' in overheidsbeleid. De veelheid van betekenissen maakt de term tot een makkelijk retorisch zwaard en 'de mens centraal' kan daarmee vervallen tot een holle beleidsterm waarmee een even grote verscheidenheid aan veranderingen doorgevoerd kan worden. Dit hoofdstuk focust op de hogeschool als context waarin 'de mens centraal' betekenis krijgt. Wij richten ons daarbij op de invulling die hogeschooldocenten eraan geven. Daarbij baseren wij ons op het werk van Carl Rogers, een invloedrijk denker die vooral zijn stempel drukte op de hulpverlening maar ook over het onderwijs schreef. Deze combinatie maakt zijn werk interessant voor dit hoofdstuk, waarin het zal gaan over docenten die opleiden tot hulp- en zorgverlenende beroepen.

Nadat we Rogers' theorie en onze methode uiteenzetten, gaan we in op de resultaten van ons onderzoek naar de manier waarop docenten van de Hogeschool Inholland van het domein Gezondheid, Sport en Welzijn inhoud geven aan de mens centraal stellen. De mens centraal stellen doet in hulpverleningstermen al snel denken aan 'de cliënt centraal zetten'; een kreet uit de humanistische psychologie van de jaren zestig. Deze term introduceerde

Rogers in 1951 in zijn boek *Client-centered Therapy*. Daarin bekritiseert Rogers het heersende paradigma in de psychoanalyse dat juist de analyse (en dus de methode) van de psycholoog centraal stelt. Ook is hij kritisch op de macht die de psycholoog over zijn cliënten uitoefent. De opkomst van een humanistisch ideaal zien we ook terug in de evolutie van Rogers' werk waarin hij zijn theorie eerst non-directief noemde, later *client-centered* en weer later *person-centered* (Rigter 2008). Rogers beschreef deze benadering voor bredere toepassing in de helpende beroepen. Zo schreef hij in 1968 het boek *Freedom to Learn: A View of What Education Might Become*; een pleidooi om ook in het onderwijs *person-centered* te werken.

Rogers zette zijn persoonsgerichte aanpak tegenover het tot dan toe heersende paradigma van autoritaire professionals in de psychoanalyse. Waar staat de 'mens centraal' vandaag de dag tegenover? Wat moet naar de periferie verschuiven? Het antwoord is vaak: 'het systeem', 'de regels' of 'verantwoording'. In het sociale domein wordt regelmatig alarm geslagen dat de mens overschaduw wordt door systemen, regelgeving of methodieken. Zo kopte Trouw begin vorig jaar nog: 'GGZ Nederland: Zorg bezwijkt onder regeldruk'. In het artikel stelt Oosterom: 'Hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg zijn een derde van hun tijd kwijt aan administratieve rompslomp, waardoor zij onvoldoende toekomen aan het helpen van patiënten' (Oosterom 2017). Of denk bijvoorbeeld aan de huisarts die op het moment dat de patiënt net genoeg tot rust is gekomen om over haar angsten te durven spreken, hem of haar afkapt omdat de wachtkamer vol zit met wachtende patiënten.

In de literatuur zien we deels hetzelfde beeld naar voren komen. Wat opvalt is dat het veel verschillende zaken kunnen zijn die de mens ondersnemen: methodieken, macht, ziekten, diagnoses, systemen, techniek etc. Een andere belangrijke constatering is dat de literatuur de relatie beschouwt als de sleutel

tot het centraal stellen van de mens. Chickodonz (1986) concludeert bijvoorbeeld: 'What was discovered to be true was that the person-centred approach is essentially a person-to-person relationship' (p. 6 in Zimring 1994). In Nederland wijst vooral Andries Baart op het belang van een goede relatie: 'De grondslag van deze effectieve zorg is het werken vanuit de relatie, maar precies dat relationele aspect lijkt in de huidige tijd van "evidence-based interventies" uit het zicht te raken' (Schaftenaar & Baart 2018).

Wanneer we 'de mens centraal' bij wijze van steekproef als zoekterm gebruiken in de bibliotheek van Hogeschool Inholland, vinden we verschillende publicaties waarin er iets tegenover de mens wordt gezet. De eerste drie hits geven direct een mooi beeld. Als eerste komt er een bachelorscriptie naar voren over sociale innovatie binnen het midden- en kleinbedrijf dat de mens centraal zou moeten zetten in het zoeken naar innovatie. De doelstelling hier is 'het prestatieniveau van medewerkers in de maakindustrie in Zeeland (...) bevorderen' (De Winter 2009). Het tweede artikel, 'Guided Care bij multimorbiditeit: niet de ziekte maar de mens centraal!', stelt: 'Omdat bij verschillende ziekten verschillende behandelaars betrokken zijn, wordt de situatie van de patiënt al snel onoverzichtelijk. Het risico van versnippering dreigt.' De auteurs noemen dit enigszins humoristisch het spaghetti-model en willen via de methode *Guided Care* de mens weer centraal stellen om zo tot een behandelbare situatie te komen. Naar aanleiding van hun pilot geven zij aan: 'Patiënten voelen zich meer gekend en erkend als mens, met al hun problemen' (Pel-Litttel et al. 2013). Het derde resultaat van onze snelle zoekopdracht is een verslag van de Raad voor Dierenaangelegenheden van de bijeenkomst en essaybundel *De mens centraal! Ethische dilemma's bij gezondheidsbeleid met goede zorg voor dier en natuur*. Het doel van deze bijeenkomst lijkt vooral een kritisch perspectief op de mens centraal zetten, omdat daarmee de natuurlijke omgeving naar de periferie verdwijnt. De auteurs stellen voor de 'invloed

van omgeving op gezondheid eens om te draaien: wat is de invloed van volksgezondheidszorg op de omgeving? Of, met een concreet voorbeeld: is het gezondheidsadvies om twee keer per week vis te eten wel verstandig als we daarmee de oceanen leegvissen?' (Raad voor Dierenaangelegenheden 2012). Vanuit een ecologisch perspectief is er dus ook kritiek op het devies de 'mens centraal'.

In het maatschappelijk debat over de publieke sector is er ook scepsis ten aanzien van het adagium de mens centraal en ook daarin is een beweging richting relationaliteit te zien. Jos van der Lans (2019) doet in zijn column op socialevraagstukken.nl een vergelijkbare constatering als Thomas Kampen in zijn inleiding: 'De cliënt/burger is onze legitimatie, onze meetlat, ons geweten, onze houvast, de cliënt/burger is ons alles. Het is een zekerheid die zo'n mate van vanzelfsprekendheid heeft bereikt dat niemand haar zal tegenspreken.' Van der Lans trekt daaruit ook een vergelijkbare conclusie: de publieke sector is gebaat bij een nieuw vocabulaire dat woorden geeft aan doelgerichte betrekkingen die publieke doelen dienen, zoals goed onderwijs. Daar horen volgens hem relationele begrippen bij, zoals mededogen, deskundigheid, engagement, geduld en aandacht.

Vanzelfsprekend hebben wij ons als hogeschool te verhouden tot de breed gedragen doelstelling om de mens centraal te stellen. Het is immers ook een streven waarop Hogeschool Inholland zich laat voorstaan. De hogeschool is bovendien kwartiermaker van het werkveld omdat hier de toekomstige professional opgeleid wordt. Hoe kijken docenten die deze professionals opleiden hier tegen aan en hoe kunnen we dit streven binnen een onderwijssetting begrijpen?

Echtheid, acceptatie en begrip

Carl Rogers, met wie wij deze bijdrage begonnen, heeft ons een theoretische voorzet gegeven. Hij werkt in zijn boek *Leren in vrij-*

heid de *person-centered approach* uit voor het hoger onderwijs (Zimring 1994). Zijn theorie geeft ons richting om met docenten in gesprek te gaan over de mens centraal (Rogers noemt dit zelf overigens '*student-centered teaching*').

Rogers bepleit met betrekking tot de inhoud en vorm van het onderwijs dat studenten zelf richting moeten kunnen geven en dat leren voor hen experimenteel en de behandelde problemen 'echt' moeten zijn. Zijn uitgangspunt is dat docenten slechts kunnen faciliteren: 'We cannot teach another person directly; we can only facilitate his learning' (Zimring 1994). Rogers stelt daarnaast dat leren niet gaat om kennisoverdracht, maar om 'leren leren' en 'leren adapteren'. Over hoe een docent dit moet doen zegt hij het volgende:

We know (...) that the initiation of such learning rests not upon the teaching skills of the leader, not upon his scholarly knowledge of the field, not upon his curricular planning, not upon his use of audio-visual aids, not upon the programmed learning he utilizes, not upon his lectures and presentations, not upon an abundance of books, although each of these might at one time or another be utilized as an important resource. No, the facilitation of significant learning rests upon certain attitudinal qualities, which exist in the personal relationship between the facilitator and the learner. (Rogers 1983, pp. 105-106)

Rogers stelt net als in zijn therapeutisch werk dat er drie attitudes zijn die de docent zich eigen moet maken om werkelijk tot een *student-centered approach* te komen: 1) echtheid, 2) acceptatie en 3) empathisch begrip van de student. Hieronder zullen we deze drie toelichten.

De eerste attitude houdt in dat de docent zichzelf is, dat hij of zij studenten ontmoet als mens tot mens, zonder façade of het achterhouden van de eigen voorkeuren, wensen en gevoelens.

Rogers zegt hierover:

He can like or dislike a student product without implying that it is objectively good or bad or that the student is good or bad. He is simply expressing a feeling for the product, a feeling that exists within himself. Thus, he is a person to his students, not a faceless embodiment of a curricular requirement, nor a sterile tube through which knowledge is passed from one generation to another. (ibid., pp. 106)

Rogers' tweede attitude is een onvoorwaardelijke acceptatie van de student als persoon. De student heeft, los van zijn producten en leringen, waarde als persoon zelf. Rogers ziet deze attitude als een uiting van het fundamentele geloof in de mens en zijn onontdekte potentieel. 'It is a basic trust, a belief that this other person is somehow fundamentally trustworthy' (ibid., pp. 109). Hij zegt hierover bijvoorbeeld: 'Such a teacher can accept the student's occasional apathy, his erratic desires to explore the by-roads of knowledge, as well as his disciplined efforts to achieve major goals.' (ibid.) De docent maakt acceptatie kenbaar door het prijzen en waarderen van de persoon en het werk, de ideeën en de gevoelens van studenten.

De derde attitude is empathisch begrip; het zich kunnen verplaatsen in het perspectief van de student. De docent neemt de moeite om het leerproces te snappen en probeert te begrijpen hoe de student het leerproces beleeft. De student zal hier volgens Rogers ongeveer zo op reageren: 'At last someone understands how it feels and seems to be me without wanting to analyze me or judge me. Now I can blossom and grow and learn' (ibid., pp. 111-12). Rogers zelf geeft toe dat deze houding wellicht vreemd is in het onderwijs en je vele klaslokalen zal kunnen inlopen zonder hem te zien, maar desondanks is hij essentieel voor het leerproces; 'it has a tremendously releasing effect when it occurs' (ibid.).

Rogers erkent dat het moeilijk is om altijd maar in staat te zijn tot empathie en acceptatie; docenten hebben nou eenmaal ook weleens een slechte dag. Daarom is echtheid in zijn ogen de belangrijkste attitude; wees jezelf en laat jezelf ook oprecht zien. Over hoe dat precies moet leiden tot empathie en acceptatie schept zijn theorie helaas weinig duidelijkheid.

Uit verschillende onderzoeken die eerder gedaan zijn naar de effectiviteit van de methode Rogers in het onderwijs blijkt dat de praktijk, zoals wel vaker, weerbarstiger is. Net als Thomas Kampen in hoofdstuk 1 zoekt Rogers een deel van de oorzaak voor die weerbarstigheid bij beleid. Hij laat zien dat het overheids- en instellingsbeleid belangrijke factoren zijn in het slagen van het toepassen van zijn principes. Voor Rogers is het van belang dat docenten ruimte en vertrouwen krijgen om hun onderwijs volgens deze principes vorm te geven. Uit onderzoek blijkt echter ook dat waar Rogers' methode door een instituut omarmd wordt, er toch verschillende problemen optreden (Chickodonz 1986; Zimring 1994).

Hoewel er dus zeker een theoretische basis is voor het beleidscredo 'de mens centraal' blijft de vraag hoe docenten het credo begrijpen. Nemen onze docenten het perspectief van Rogers of geven zij de mens centraal een andere betekenis, en welke dan? Onze onderzoeksvraag is dan ook: wat verstaan hogeschool-docenten onder de mens centraal stellen en hoe dragen zij dit over op hun studenten?

Methode

In dit kleinschalige, kwalitatieve onderzoek hebben we met zeventien docenten van verschillende opleidingen binnen het domein Gezondheid Sport en Welzijn gesproken. Er is met zes docenten Social Work gesproken, die werkzaam zijn op de locaties Haarlem en Alkmaar. Van de opleiding Verpleegkunde zijn

vier docenten gesproken van de locaties Alkmaar en Amsterdam. Van de opleiding Sportkunde in Haarlem zijn drie docenten gesproken en van de opleiding MBRT (Medisch Beeldvormende en Radiotherapeutische Technieken) in Haarlem twee. Van de opleidingen Mondzorgkunde en Pedagogiek is van elk één docent gesproken. De respondenten zijn op twee manieren geworven; zij zijn direct door de onderzoekers benaderd of geworven via lectoren en clustermanagers. Met dit onderzoek willen wij vooral de waaier aan opvattingen over het centrale onderwerp laten zien die er binnen het domein Gezondheid, Sport en Welzijn zijn. De voorbeelden die wij geven zijn illustratief en het is dus geenszins de bedoeling om een representatief beeld van het domein te geven, laat staan van de hogeschool of het hoger onderwijs.

We hebben met docenten gesproken over hoe zij studenten als toekomstige professionals opleiden om de mens centraal te zetten en over hoe zij dat zelf als onderwijsprofessional bij hun studenten doen. Die interviews hebben we verbatim getranscribeerd.

Bij de analyse hebben we gekeken of we Rogers' drie houdingen terugzien in de antwoorden van hogeschooldocenten. Daarnaast hebben we geanalyseerd wat zij beschouwen als belemmerende en faciliterende factoren om de mens centraal te stellen. In hun antwoorden zien we elementen van Rogers' houdingen terug, maar we zagen veel aandacht voor de context waarin die houdingen mogelijk zijn. Daarom gaan we ook nader in op de context die als werkend of belemmerend kan worden ervaren.

Leren de mens centraal te stellen

Hoewel we met docenten uit heel verschillende opleidingen hebben gesproken, zijn de overeenkomsten tussen de antwoorden opvallender dan de verschillen. We behandelen kort de verschillen en richten ons dan op de overeenkomsten. Het belangrijkste

verschil is de gehanteerde terminologie. De docenten gebruiken verschillende benamingen voor de mensen waarmee hun studenten te maken zullen krijgen. De docenten van de opleiding Social Work hebben het over 'cliënten', die van de opleidingen Verpleegkunde en MBRT hebben het over 'patiënten'. De docent van pedagogiek heeft het over contact maken met 'kinderen en ouders'.

Een tweede verschil is dat docenten die opleiden tot beroepen in de welzijnssector iets kritischer zijn op de premissen achter 'de mens centraal' dan docenten die opleiden tot beroepen in de zorg. Er zijn drie vormen van kritiek geuit. De eerste is dat er aan de mens een te dominante rol wordt toegeschreven ten opzichte van het welzijn van de aarde, de planten en de dieren ('de ecologische voetafdruk van de mens'). De tweede kritiek is dat 'de mens centraal' onderdeel is van een neoliberale discours dat aan de samenleving wordt opgedrongen. De derde kritiek die we horen van docenten gaat over de centrale positie van de mens: 'Is dat nu de beste positie, centraal? Of is de positie gewoon samen? Komt iemand dan meer tot zijn recht? Is dat de beste positie voor de mens om te groeien en om gelukkig en vrij te zijn?' In de tijd van het humanisme was de centrale positie van de mens wel te verdedigen, maar in de huidige netwerksamenleving leidt dit begrip tot meer vragen dan antwoorden (Castells 2011).

De docenten zijn veel meer uitgesproken over wat er niet centraal zou moeten staan. Daarin zien we gelijkenissen met het antireductionistische denken in beleid. Beleid verlangt van professionals dat zij cliënten niet tot een ziekte of probleem reduceren en dat verwachten docenten ook van hun studenten. Docenten Verpleegkunde streven ernaar dat patiënten niet categorisch worden beschreven: 'Je bent nooit de ziekte, het belangrijkste is respect en hoe praat je met mensen.' Ook een docent van Medisch Beeldvormende en Radiotherapeutische Technieken (MBRT) vindt het belangrijk dat studenten 'zich realiseren dat de patiënt

een mens is met een verhaal en [dat] de student een patiënt niet het gevoel geeft dat hij als een nummer behandeld wordt'. De docent denkt daarbij niet aan methodieken, maar eerder aan 'meer aandacht aan die patiënt besteden'.

Net als bij Chickodonz (1986) en Baart (2018) staat in de antwoorden van docenten de hulpverleningsrelatie centraal wanneer hun gevraagd wordt wat belangrijk is bij de mens centraal zetten. Docenten van verschillende opleidingen beschouwen de mens centraal zetten als het werken aan een relatie, een vertrouwensband, of bezig zijn in interactie met een ander, degene die de zorg vraagt. Een vertrouwensband is volgens hen ook functioneel, want het geeft meer informatie over de cliënt, de patiënt of het kind. Een docent Verpleegkunde zegt bijvoorbeeld: 'Wat ik eigenlijk het belangrijkste vind, is dat ze mensen niet afschrijven. Gewoon aandacht hebben, warmte hebben voor de mensen, hoe ze met mensen omgaan, dus dat ze goed kunnen observeren om te kunnen bedenken wat er met iemand aan de hand is.'

De docenten zijn in hun antwoorden kritisch op de negatieve invloed die de context van het werk kan hebben op het centraal stellen van de mens. De context wordt overwegend als belemmerend beschouwd: 'Wat staat er tegenover de mens centraal: de organisatie centraal of het instrument?' Daarom bereiden docenten van verschillende opleidingen de studenten voor op een context waarin 'het systeem' of 'de commercie' regeert. Een docent Social Work omschrijft wat zij haar studenten leert over omgaan met die context: 'Het ambachtelijke van hoe help je iemand en tegelijkertijd hoe hou je jezelf staande in die ingewikkeldheid van al die organisaties die vechten voor hun eigen belang en eigen bestaansrecht.' Ook de hierboven aangehaalde MBRT-docent die niet wil dat zijn studenten hun patiënten als nummer behandelen, maakt zich zorgen over de context waarin studenten komen te werken. Zij vreest dat niet al haar toekomstige studenten in de gelegenheid zullen zijn om de benodigde aandacht te geven: 'Het heeft

met de waarden en normen binnen een afdeling te maken en hoe dat altijd al gaat of de mens in het werkveld centraal wordt gezet.' Docenten benutten daarbij ook hun eigen ervaringen met de context waarin zij werken. Zij leven voor dat studenten daar realistisch mee omgaan, bijvoorbeeld door binnen de grenzen van het systeem en de organisatie op zoek te gaan naar de mogelijkheden om het onderwijs vorm te geven.

Dat de context ook faciliterend kan zijn, komt slechts mondjesmaat ter sprake, en alleen met betrekking tot de sociale omgeving. Een docent Social Work wijst bijvoorbeeld op de eerste regel van de beroepscode: 'De mens tot zijn recht laten komen in wisselwerking met zijn omgeving'.

Opvallend is hoe weinig methodieken er ter sprake komen. De enige methodiek, genoemd door docenten Verpleegkunde, is *Shared Decision Making*. Dat is een methode waarbij de beslissing over bijvoorbeeld een behandeling in gezamenlijkheid - door artsen, patiënt en naasten - wordt genomen. Dit is volgens docenten Verpleegkunde een manier om de mens centraal te zetten, omdat deze methode het perspectief van de cliënt erkent.

Kortom: de geïnterviewde docenten vinden het belangrijk dat hun studenten een persoonsgerichte benadering toepassen, maar een deel is kritisch op 'de mens centraal stellen' en het aanleren ervan gaat nauwelijks volgens methodieken; het gaat vooral door het overbrengen van het belang van een goede hulp- of zorgverleningsrelatie en het bijbrengen van realisme door voorbereiding op een werkomgeving die zich niet leent voor een persoonsgerichte benadering.

De student centraal in het onderwijs

Op welke manier zijn docenten zelf in hun dagelijkse praktijk bezig met de mens centraal te stellen? Hoe geven zij daar invulling aan? Wanneer slagen zij erin en wanneer niet? En in hoeverre

doen ze dat eventueel samen met collega's?

De geïnterviewde docenten beschrijven verschillende manieren waarop ze invulling geven aan een studentgerichte benadering. De eerste manier is studenten het gevoel geven dat zij gezien en gekend worden. Docenten doen dat bijvoorbeeld door: 'studenten aanspreken die de vorige les hebben gemist'; 'snel de namen leren van de studenten', of 'de studenten bij de eerste les een hand geven'. Een docent van de opleiding MBRT legt uit wat hij daarmee beoogt: 'Dat de student in ons systeem nooit het gevoel moet hebben dat hij een nummer is. Ik geloof er wel heel erg in dat het doorwerkt als jij gezien of erkend wordt dat je dit ook makkelijker kunt doen naar de ander.' De student zien en kennen werkt naar verwachting van deze docent dus positief door in de wijze waarop zij elkaar en hun toekomstige cliënten zullen benaderen.

De mens centraal zetten betekent voor docenten ook dat zij studenten helpen zich als mens te ontwikkelen richting een identiteit als professional. Een docent van de opleiding Social Work wil 'studenten ondersteunen in hun zoektocht naar een identiteit als professional. Het gaat om het kanaliseren van een gretigheid om een goede sociaal werker te worden en dat gecombineerd met het aanboren van zelfvertrouwen. Je moet jezelf kunnen vertrouwen en in jezelf kunnen geloven.'

De docenten van Social Work gebruiken de taxonomie van Dee Fink (2003) bij het opstellen van het curriculum. Deze bevat cognitieve elementen (*foundational knowledge, application en integration*, en een metacognitief element als *learning how to learn*), maar belangrijker voor de mens centraal zetten zijn de affectieve elementen *caring* en *human dimension*. *Caring* omschrijft Dee Fink als het ontwikkelen van nieuwe gevoelens, interesses en waarden door middel van 'naar binnen gerichte' reflectie. *Human dimension* omschrijft hij als leren over zichzelf en anderen door middel van reflectie die meer gericht is op de omgeving en de verhouding daartoe (Ibid.). Deze elementen

dwingen de docent oog te hebben voor de manier waarop de student de kennis eigen maakt en vertaalt. Zij worden zich daardoor meer bewust van hoe studenten het leren beleven. De docenten beschouwen dit als een manier om de student centraal te stellen. De mens centraal stellen betekent vaak kiezen tussen het belang van verschillende studenten, legt een docent verpleegkunde uit: 'Je hebt zo'n nakijkstapel [maakt handgebaar] en daarnaast je hebt twee studenten met een probleem aan je bureau. Ik heb dan de neiging om die twee studenten met hun probleem te helpen, die nakijkstapel staat voor vijftig studenten die heel zenuwachtig zijn over de uitslag van hun toets, dus ik denk dat ik de mens centraal stel, maar door dat te doen, doe ik dat ook weer niet.'

Net als dat docenten hun studenten voorbereiden op de belemmerende invloed van de context, wijzen enkelen ook op de belemmerende invloed van de context op hun eigen mogelijkheden om de mens centraal te stellen: 'Studenten hebben last van de onderwijscultuur waarin kwalificaties je afrekenen. Beoordelingen worden vaak gevoeld als afrekening.' Dan is het moeilijk om studenten het gevoel te blijven geven dat zij als persoon geaccepteerd worden, de tweede houding die Rogers voorschrijft. Toch onderschrijven de meeste geïnterviewde docenten de normerende en kwalificerende functie van het hoger onderwijs volledig. Hun doel is om studenten af te leveren die voldoende zijn toegerust op de verschillende taken die van de toekomstige professionals worden gevraagd. Feedback en beoordelingen vinden zij juist onderdeel van de ondersteuning die docenten bieden.

Nog een manier waarop de context waarin docenten werken volgens hen het centraal stellen van de mens belemmert is de organisatie van het onderwijs. Een docent legt uit: 'Wij zouden veel kleinere groepen willen hebben, maar dan lopen we ook tegen problemen aan over roostering van lokalen, dat vind ik bijna niet uit te leggen.' Deze docent geeft wel een voorbeeld van een manier waarop deze belemmering deels weggenomen wordt:

Als opleiding zijn we wel steeds beter in staat om te kijken wat de mogelijkheden zijn en dat we ook met de verschillende diensten daarover in gesprek kunnen. We hebben daardoor de ruimte om binnen kaders naar oplossingen te zoeken. De mensen hebben daardoor het gevoel dat het curriculum van hen is, dat het onderwijs van hen is.

De sleutel tot het wegnemen van belemmeringen om de mens centraal te zetten ligt volgens deze docent dus bij het bevorderen van een gevoel van eigenaarschap bij docenten.

Wij hebben ook gevraagd hoe docenten de mens centraal stellen invulling geven in teamverband. Zij dachten daarbij vooral aan een medemenselijke benadering tussen collega's. Daaraan geven zij vooral uiting door voor elkaar te zorgen, bijvoorbeeld als een teamlid door privéomstandigheden niet kan werken, of door elkaar te steunen als de werkdruk hoog is. De studentgerichte benadering zit die relatie tussen collega's nogal eens in de weg, doordat de gerichtheid op de studenten het contact met collega's belemmert: 'Tachtig procent van mijn werk bestaat gewoon uit solowerk, ik en mijn studenten. Het is gewoon een solistisch beroep'.

Conclusie

Met dit hoofdstuk hebben we zicht willen bieden op de betekenissen die er bij de docenten van het domein Gezondheid, Sport en Welzijn worden toegeschreven aan 'de mens centraal'. Het blijkt dat docenten er een brede waaier aan betekenissen aan toekennen. Wij herkennen daarin zowel de elementen die Rogers beschrijft als nieuwe elementen. Docenten leren studenten om elementen van Rogers' persoonsgerichte benadering toe te passen. Zij werken aan de houding, vaardigheden en kennis van de studenten, zodat zij als toekomstig professional in staat zijn om later hun

cliënten als mens centraal te stellen. Maar docenten bereiden studenten ook voor op een werkomgeving en een context die zich niet per definitie leent voor die persoonsgerichte benadering. Zelf zeggen zij ook in een context te werken waarin de mens centraal stellen onder druk staat. Ook lessen die zij daaruit trekken, dragen zij over op hun studenten. Daar had Rogers weinig aandacht voor.

Natuurlijk is er verschil tussen het werk dat docenten doen en wat hun studenten gaan doen en de contexten verschillen ook sterk van elkaar. De studenten gaan in de toekomst met mensen werken die op een heel andere manier van hen afhankelijk zijn dan hoe zij van hun docenten afhankelijk zijn, om maar iets te noemen. Toch geloven wij, met de geïnterviewde docenten, dat de houding van docenten tegenover hun studenten een belangrijke rol speelt bij de houding van de toekomstige professional tegenover cliënten. Dat zou een onderzoek waard zijn.

De benadering van de docenten ten opzichte van hun studenten is deels in lijn met de attitudes van Rogers. De docenten proberen 'echt' te zijn en over te komen in het mens-tot-mens-contact met studenten door ze bij hun naam te begroeten of de hand te schudden. Zij proberen ook hun studenten onvoorwaardelijk te accepteren, maar wijzen erop dat dit ingewikkeld is in een meritocratische samenleving waarin afwijzing onderdeel is van het leven. Rogers zegt daarover dat de docent met een onvoldoende voor een toets of verslag geen uitspraak doet over de persoon. Een cijfer geven, ook als is het een onvoldoende, is volgens Rogers per definitie onderdeel van een studentgerichte benadering, er wordt namelijk gewerkt aan de kwalificaties die een toekomstig professional nodig heeft. Dat docenten stilstaan bij de gevoelens die een onvoldoende oproept bij studenten geeft echter ook aan dat zij in staat zijn tot en hun best doen om empathisch te begrijpen, de derde attitude van Rogers. Zij verplaatsen zich in het perspectief van de student en proberen zo tot een dieper besef van de beleving van de student te komen. Daarbij hebben bijvoorbeeld

de docenten Social Work belang bij de taxonomie van Dee Fink.

De aandacht die docenten hebben voor de context waarin gewerkt wordt, geeft ons stof tot nadenken over waardevolle aanvullingen op Rogers' theorie. Rogers heeft geringe aandacht voor de context, terwijl deze voor docenten wel belangrijk is. Laten we proberen, net als Rogers elementen in de houding onderscheidt, elementen in de context te onderscheiden die belangrijk zijn om de mens centraal te zetten. Dat is ten eerste eigenaarschap, ten tweede medemenselijkheid tussen collega's en ten derde de verhouding tot de grotere organisatie. Deze opsomming is vast niet volledig, maar wel een aanzet tot nadenken over de contextuele voorwaarden.

Daarnaast blijkt dat de houding van docenten *ten aanzien van de context* belangrijk is bij het centraal stellen van hun studenten. Daarvan zien we duidelijke voorbeelden in de antwoorden van de geïnterviewde docenten.

De eerste is een professionele houding ten aanzien van het transcendente doel van onderwijs. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de gevoelens die docenten uiten over het moeten toetsen van studenten. Het onderwijssysteem vraagt nu eenmaal enige vorm van 'afrekening' en het is aan docenten om hier op een menselijke manier invulling aan te geven (en een onvoldoende geven bijvoorbeeld niet 'zielig' vinden).

De tweede houding ten aanzien van de context is realisme ten aanzien van de onderwijsorganisatie. Uit de antwoorden van de docenten spreekt dit realisme; zij wijzen erop dat de context sterk bepalend is voor de mogelijkheden om de mens centraal te zetten. Dit dragen zij ook over op hun studenten. Die houding blijkt bij de geïnterviewde docenten bijvoorbeeld uit het besef dat de gewenste verkleining van klassen op andere plekken tot problemen zal leiden.

Hoewel de docenten een realistische houding hebben ten aanzien van de organisatie, kunnen zij natuurlijk wel pogingen

ondernemen om benodigde veranderingen in de organisatie te agenderen. Dat vraagt dan, ten derde, een politiek-activistische houding. Indien zij merken dat de context een studentgerichte benadering of medemenselijkheid verhindert, moeten zij bereid zijn en in staat worden gesteld om hun stem daarover te laten horen richting management, bestuur en beleidsmakers. De laatste twee houdingen lijken in theorie haaks op elkaar te staan, maar in de praktijk betekent dat vooral: *pick your battles*.



II

De hogeschooldirecteur in haar context*Een interview over het opleiden van professionals*

Heleen Jumelet is in april van dit jaar tien jaar verbonden aan Hogeschool Inholland. Ze startte met één dag per week als associate lector Professionalism & Empowerment. Nu is ze full-time hogeschooldirecteur van het domein Gezondheid, Sport en Welzijn (Gsw). Thomas Kampen, scheidend lector Stimulering Gezonde Samenleving, legt haar een aantal vragen en prikkelende stellingen voor. Heleen merkt allereerst op dat het gesprek nu met haar plaatsvindt, maar dat het de docenten, clustermanagers, stafkrachten, teamleiders en lectoren zijn die samen de opleidingen en lectoraten vormgeven.

Aandacht voor de context

Als je denkt aan de professionals die Inholland opleidt voor de zorg- en welzijnssector, wat is dan het belangrijkste verschil in de professionals die Inholland nu aflevert aan de maatschappij met tien jaar geleden?

De context krijgt meer aandacht. Samenlevingsvraagstukken, vragen van burgers, problemen van patiënten vormen de basis van ons onderwijs en legitimeren de keuzes die we maken. Maar ook intern, de context van de eigen kennis en kunde van onze medewerkers, van de teams, van hun contacten met wetenschap en werkveld.

In het begin vond ik het gek, die hogeschoolwereld. Zwart-

wit gesteld werd het onderwijs ontwikkeld in Den Haag en vervolgens 'uitgeschonken' over de locaties. Onteigenend en geen gebruikmakend van de talenten van onze teams en lectoraten. Het zijn nu de teams zelf die, samen met het werkveld en lectoren, aan de slag zijn gegaan, vanuit een heldere visie op professionaliseringsvraagstukken en vragen in de samenleving die de hoofdlijnen van ons onderwijs en onderzoek bepalen. De teams zijn zélf verantwoordelijk voor de kwaliteit van het onderwijs en vinden vanuit hun eigen motivatie de samenwerking met het werkveld.

De samenhang tussen onderwijs, wetenschap en werkveld, daar hebben we de grootste stappen in gezet. Alle curricula zijn bijvoorbeeld gebaseerd op vragen uit de beroepspraktijk, met oog voor de lokale context en recente wetenschappelijke inzichten.

Heb je in de loop der tijd grotere verschillen zien ontstaan tussen de locaties?

Er bleek meer ruimte voor differentiatie binnen de verplichte kaders van de NVAO [Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie] en datgene wat we gezamenlijk moeten doen om accreditaties te halen. Dat wordt optimaal benut. Veel docenten zijn werkzaam in het werkveld of binnen de lectoraten, zij maken keuzes en kleuren het onderwijs in vanuit de gezamenlijke visie. Zo zie je per locatie andere onderwijsvormen, samenwerkingsverbanden en types studenten.

De overeenkomst zit erin dat iedereen werkt met activerende methoden, dat alle opleidingen kennisnetwerken ontwikkelen – vaak samen met de lectoraten – en dat iedereen invulling geeft aan de drie centrale thema's binnen onze inspiratievisie; De Gezonde Samenleving. Kritisch, actueel en steeds passend bij de (toekomstige) beroepssituaties.

Over de inspiratievisie wil ik je straks meer vragen, maar kun je eerst een voorbeeld geven van een manier waarop de lokale

context het onderwijs kleurt!

Van oudsher heeft Social Work in Alkmaar veel contacten met de langdurige zorg. Dat zie je terug in de kennis van docenten en de vele studenten die kiezen voor een stage of baan in de vroegpreventie en de zorg. Kijk je naar Social Work in Rotterdam, dan zitten de contacten en vragen meer op het vlak van activering. Daar is de traditionele welzijnspeer meer ontwikkeld. Lectoren en docenten hebben intensief contact met het werkveld. Dat maakt dat je samen werkt en bouwt aan je curriculum en de verschillende onderwijsvormen. Zoals de Flex-opleiding bij Verpleegkunde; ontstaan vanuit de behoefte van de VU [Vrije Universiteit Amsterdam] om mbo-studenten een hbo-diploma te laten halen, en gezamenlijk ontwikkeld. Of het succesvolle honoursprogramma Technische Verpleegkunde. Studenten die dit volgen, komen vaak op IC-afdelingen van ziekenhuizen terecht waar specialistische kennis vereist is. Een ander voorbeeld: bij de opleiding Sportkunde constateerden ze dat de vraag op het gebied van een gezonde leefstijl toeneemt. Arbo-organisaties gaven aan op werkveld vitaliteit belangrijk te vinden en vanuit de gezondheidszorg kwamen steeds meer vragen over bewegen met een beperking. Daarom hebben zij gekozen voor 'Leefstijl en Gezondheid' als centraal thema en dat zie je terug in de uitstroomprofielen, in de leerlijnen en in de contacten met het werkveld.

Heb je als bestuurder weleens moeten zeggen: dit is zo specifiek voor deze regio, als we studenten volgens dat profiel opleiden dan komen ze nergens anders meer aan de slag!

Nee, ik heb nog nooit meegemaakt dat ik moest zeggen: dat kan absoluut niet. Wel dat je met het werkveld in gesprek gaat over dat je niet opleidt voor één (klein) onderdeel van het werkveld, maar dat studenten breder ingezet kunnen en willen worden. Weten waar je voor opleidt en waar je mee bezig bent, dat stimuleer ik. Daar gaan de gesprekken over en is de ondersteuning op gericht.

Soms lopen wij als opleiding op onderdelen voor op het werkveld, dat levert weleens frictie op. De trend gaat van specialistisch naar generalistisch en weer terug. Wij zijn daarin nuchter. We gaan niet te snel mee in trends, maar blijven kijken naar langetermijnontwikkelingen. Daarin vind ik ons behoorlijk innovatief, gedragen door kennis, dialoog en steeds weer evalueren. Een voorbeeld is MBRT (Medisch Beeldvormende en Radiotherapeutische Technieken). Ook zij kijken breed naar hun vak in de context, maar het is en blijft van belang dat handelingen noodzakelijk bij straling gewoon goed geleerd worden. Tegelijkertijd blijven ze op de hoogte van nieuwe methoden, zoals protontherapie bij kankerbestrijding, die kunnen leiden tot genezing of meer kwaliteit van leven. Ook een opleiding die zo specialistisch is als Mondzorgkunde zie je in de breedte kijken naar de samenleving, naar bijvoorbeeld mensen in armoede, migranten of ouderen waar mondproblematiek vaak leidt tot andere problemen. De vraagstukken die dat oproept, geven zij bij uitstek een plek in de opleiding en het afstuderen. Echt heel mooi.

De mens centraal

Het thema van dit boek is 'de mens centraal'. Wat versta jij onder de mens centraal?

Ik wil niet te veel nuanceren, maar aan de andere kant: dat doe ik wel! Dé samenleving bestaat niet, dé mens ook niet, dus in die zin vind ik 'de mens centraal' in eerste instantie een beleidskreet. De mens centraal, is dat de individuele mens centraal? De mens in zijn verbinde met andere mensen? En als ik mezelf centraal stel, stel ik jou dan niet centraal? Maar juist dit soort vragen stellen aan studenten, aan elkaar, maakt dat het betekenis krijgt.

De Gezonde Samenleving is feitelijk ook een kreet: de invulling, concretisering, verdieping en beargumenteerde afwijkingen maken het tot een inspirerende en richtinggevende visie. Het gaat

mij om een holistisch mensbeeld: de mens in zijn context. De mens centraal roept bij velen ook de menselijke maat op. Gabriël van den Brink [hoogleraar bestuurskunde aan de VU] stelt al jaren de systeemwereld tegenover de leefwereld, later opgevolgd door talloze stromingen en auteurs. Denk maar aan boeken als *Terug naar de bedoeling*. Of wat we als Inholland in het meerjarenplan hebben opgenomen: 'van *rule-based* naar *principle-driven*'. Dit soort zaken krijgen alleen betekenis als je het concreet maakt en doorleeft. Als wij onze studenten willen leren gericht op de bedoeling hun werk vorm te geven en zelf onze medewerkers stimuleren ieder uurtje te tellen en te verantwoorden, dan moeten we daar heel goed over nadenken en de vraag stellen: klopt dat?

Een holistisch mensbeeld - dat je kijkt naar de mens in zijn omgeving, in zijn context - heeft meerwaarde voor alle beroeps-terreinen in het domein Gezondheid, Sport en Welzijn. Bij heel Inholland eigenlijk, want alle mensen die wij opleiden gaan werken in een positie waar je te maken hebt met complexe vraagstukken waar meerdere elementen aan verbonden zijn.

Kun je een situatie schetsen in de beroepspraktijk waarin het belangrijk is om de mens in zijn omgeving centraal te stellen?

Stel, onze pedagogiekstudenten komen bij een gezin thuis omdat er opvoedproblemen zijn. Ik wil dat onze studenten zo worden opgeleid dat ze zien dat er ook een alcoholprobleem speelt, dat er schulden zijn of dat oma, die in huis woont, diabetes heeft. Al deze factoren kunnen invloed hebben op de opvoedproblemen. Het wil niet zeggen dat je op al die terreinen de kennis in huis moet hebben, maar wel dat je in staat bent complexiteit te signaleren en de vraag die speelt in de context ziet. Dat je in staat bent om én de grenzen van je eigen beroepenveld op te rekken, dus bijvoorbeeld een start maakt met de schuldenproblematiek, én kunt zien dat er iets speelt met de gezondheid van oma en stimuleert dat de wijkverpleegkundige een keer langskomt.

Nu geef je het voorbeeld van oma, een persoon. Kun je onder context ook meer verstaan?

Ja. Als een oudere voor de vijfde keer in het ziekenhuis ligt met een beenbreuk, en je leest in zijn dossier dat hij driehoog woont, dan kan je er als verpleegkundige op aandringen dat de woningbouwvereniging zorgt voor een woning op de begane grond. Veel van de professionals die wij opleiden krijgen te maken met huiselijk geweld. Het WODC becijferde deze maand dat 5,5 % van de Nederlanders, waarvan 100.000 kinderen, de afgelopen vijf jaar slachtoffer is geweest van huiselijk geweld. En dat in gezinnen met armoede, stress en werkloosheid vaker alcohol en drugsproblemen zijn en vaker multimorbiditeit voorkomt. Ook dat is context. Die is er altijd en beïnvloedt altijd. Maar wij leren onze professionals ook om niet altijd een gesprek te *beginnen* over iemands context, soms gaat het juist om technisch heel goed zijn en secuur kunnen handelen. Breder kijken, en ook wat daar de grenzen aan zijn, speelt in al onze opleidingen en lectoraten een rol.

Geldt dat hoe specialistischer de opleiding is, hoe minder je verwacht van dat bredere kijken?

Volgens mij kan je dat niet zo stellen, het verschilt per moment. Je leert wanneer je breder moet kijken en wanneer je je moet concentreren op jouw deskundigheid. De mens is echter nooit één probleem, maar altijd iemand in een context, met capaciteiten en beperkingen. Dat brengen we onze studenten bij, ook de professionals die bij ons een master volgen. Bij de Master AHIP (*Advanced Health Informatics Practice*) zie je dat bijvoorbeeld duidelijk terug in de leerlijnen. De focus ligt niet alleen op diepgaande kennis over de toepasbaarheid van innovatieve technologieën, ook de ethische aspecten van technologie in zorg en welzijn hebben een belangrijke plek in het curriculum.

Vind jij dat organisaties en beleid het de professionals soms moeilijk maken om de mens in zijn omgeving centraal te zetten?

Ja, zeker. Twee jaar geleden heeft de Raad voor Volksgezondheid bij 20.000 professionals, mantelzorgers en cliënten onderzocht wat zij het belangrijkste vinden voor zorg en welzijn in de toekomst. Hun eenduidige top twee luidde: kwaliteit van dienstverlening en verantwoordingsdruk. Ik vind het een zwaktebod dat een overheid jarenlang zeer beheersmatig stuurt en dan vervolgens oproept tot een soort burgerlijke ongehoorzaamheid van professionals om de enorme hoeveelheid regels die er zijn te omzeilen. En ondertussen het complexe probleem van verschillende sturing en financiering in de zorg- en welzijnssectoren onvoldoende problematiseert en aanpakt.

Daarnaast vraagt het steeds alertheid van professionals zelf. Ik wil dat onze studenten leren dat als zij zich verdiepen in één cliënt en daar alle tijd in steken, dit betekent dat zij een ander niet ondersteunen. Als professional in onze werkvelden heb je altijd te maken met schaarste. Ook dat is context.

Als het gaat om beïnvloeding van beleid, vind ik dat je voldoende moet weten van hoe beleid is vormgegeven, het grillige van beleid en wat dat betekent. We moeten niet een beeld creëren dat onze studenten degenen zijn die de taak hebben beleid te veranderen, maar ze komen wel in posities waarin zij, of hun cliënten, met beleid te maken hebben. Vroeger noemden we dat het activistische element. Nu spreken wij van een van de onderdelen van empowerment in onze visie. We willen dat al onze studenten leren zich bewust te zijn van hun professionele opdracht.

Mooi hoe je het houdt bij wat de hogeschool eraan kan doen, wat een opleiding studenten kan leren. Maar wat zou jij zelf qua beleid veranderd willen zien?

Minder versnippering, regelzucht, verantwoordingsdrang en protocollen, beter luisteren naar professionals en burgers, kijken

naar wat werkt en hoe het werkt, veel beter evalueren, verbeteringen doorvoeren op basis van kennis en evaluaties en niet op basis van trends. En zoals al eerder genoemd, minder richten op controle en meer integraal en interprofessioneel werken.

Hier zie ik trouwens parallellen, ook bij Inholland hebben we nog veel te leren op dat vlak. Ter nuancering en om aan te geven dat het wel degelijk complex kan zijn: richtlijnen en protocollen hebben wel degelijk soms een functie. Bijvoorbeeld een operatie zonder protocollen en richtlijnen is niet denkbaar. Maar we stimuleren onze medewerkers en studenten altijd kritisch te blijven kijken, of datgene wat je doet ook het goede is. Soms is een ingreep medisch mogelijk, maar is een gesprek of een middel tegen de pijn veel beter. Het wordt moeilijk op het moment dat er ethische grenzen aan zitten. In beleid mist daar nog een hoop aan. We leren de professionals die we opleiden te werken met protocollen en richtlijnen, en leren ze ook dat ze weten wanneer ze daarvan moeten afwijken.

De Gezonde Samenleving

Inholland heeft gekozen voor De Gezonde Samenleving als profilerend thema. Kun je terughalen hoe de inspiratievisie tot stand is gekomen?

We hebben eerst gestreefd naar verdieping van het thema. Net als bij 'de mens centraal' wilden we geen marketingslogan, maar reflectief en kritisch kijken of en welke betekenis dit thema kon hebben. Want wat is gezond? En is gezondheid het hoogste streven? Hoe gaan we om met mensen die een ander leven leiden en dat niet doen volgens het boekje? En waarom deze term en niet bijvoorbeeld de inclusieve samenleving of de vergrijsde samenleving?

We hebben de term aangehouden. We wilden immers geen richtlijn of strak kader, maar een uitnodiging en focus voor al

onze lectoraten en opleidingen. Naast kritische verdieping was er ook sprake van weerstand tegen de term zelf, die ik overigens goed begreep. Ook kregen we de vraag van medewerkers waarom en door wie er inhoudelijke kaders werden opgelegd. Daarom zijn lectoren, teams en studenten betrokken bij gesprekken met het werkveld: wat is volgens de diverse werkvelden waar wij toe opleiden van belang? Dat waren zeer inspirerende gesprekken.

Daarna hebben we het verzamelde materiaal gebruikt om met elkaar verder te verdiepen. Dat gesprek is feitelijk nog steeds gaande en blijf ik stimuleren. Het visiedocument dat er nu ligt, is bedoeld om na te denken over hoe we het nu doen en om af te wijken op het moment dat je denkt dat iets niet klopt of verdieping verdient. Het is zeker geen stalen kader, maar een goed doordachte visie met een aantal essentiële elementen voor al onze studenten en al onze werkvelden: interprofessioneel, empowerment en technologische ontwikkelingen. Het is inmiddels vier jaar geleden dat we zijn gestart. Als je dan kijkt naar de meest recente toekomstverkenning van het RIVM [Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu], waarin ze een weinig positief vooruitzicht schetsen van onze volksgezondheid in 2040 en opgaven formuleren om tot een gezonder vooruitzicht te komen, dan zie je zowel ons hoofdthema als de drie elementen terugkeren.

Hoe ben je omgegaan met de weerstand?

Vragen stellen over de grenzen, mogelijkheden en vooroordelen van bijvoorbeeld techniek, dat kwam in gesprekken naar voren. De thema's zijn gewoon goed gekozen, dat vind ik nog steeds. Vooral de gelaagdheid daarbinnen. Maar ik heb altijd gezegd dat het geen dwingend kader is, geen overheidspapier waarin staat hoe we het gaan doen, maar iets om steeds weer over na te denken en vragen over te stellen. De sturing zit erin dát we erover nadenken en dát wij in onze curricula kijken wat we eraan doen, dat wij onze studenten bevragen: wat weten jullie daarvan?

Mij sprak het realisme in de inspiratievisie aan. Niet alleen uitgaan van de mogelijkheden van techniek, zelfredzaamheid en empowerment, maar ook kijken wat de grenzen zijn.

Ik denk ook dat het onze studenten helpt in de beroepen die ze uitoefenen, dat ze de realiteit voor ogen houden en de grenzen van wat je zelf kan. En ook de kansen. Dat geldt ook voor de lectoraten. Kennis daarover verzamelen en verspreiden brengt nieuwe antwoorden en inzichten op professionaliseringsvraagstukken in de zorg, welzijn en sportsectoren, die wij natuurlijk in ons onderwijs gebruiken.

Aan de ene kant wil je mensen eraan herinneren dat er een inspiratievisie is, aan de andere kant wil je het niet dwingend opleggen. Een dilemma, lijkt mij. Hoe ga je daarmee om?

Dat heeft te maken met mijn visie op leiderschap: steeds de ander uitnodigen om de dialoog aan te gaan. Weerstand is niet iets negatiefs maar juist iets moois waardoor je het gesprek aangaat. Maar wel beargumenteerd! Als je iets echt niet wil, dan moet je wel aangeven waarom en dan is de maatschappelijke legitimatie vanuit de mensen met wie je werkt leidend.

Als de samenleving erom vraagt, is dat dan een doorslaggevende reden om de opleiding daarop aan te passen?

Jazeker. Dat gebeurt in de curricula van alle opleidingen, die jaarlijks worden geactualiseerd en ongeveer vier- tot zesjaarlijks volledig worden vernieuwd. Je ziet dat onderwijsontwikkelaars daar zelf mee aan de slag gaan. Als ik over nieuwe, interessante onderzoeken hoor, dan maakt het mij nieuwsgierig en haal ik het naar binnen om te delen. Ik zie steeds meer collega's die dat ook doen. Vormen van nieuwe kennis, dat vind ik ook voor de didactiek buitengewoon interessant. Want de dominante stroming binnen Inholland lijkt vooral zoeken naar manieren waarop je studenten zo zelfstandig mogelijk laat leren. Ik hou ervan vragen

te stellen. Leidt dat tot het beste resultaat, de 'beste' professionals? Minimaal een deel van de studentenpopulatie is mogelijk juist meer gebaat bij veel structuur en relatief weinig keuzes. Dus blijf kijken naar wat nodig is in de context waar die persoon in zit, dan blijf je leren.

Waar ben je het meest trots op als je kijkt naar wat de visie heeft voortgebracht?

Ik ben het meest blij dat het gesprek hierover heel open is en dat het geloofwaardig is. En dat we als managementteam hieraan met veel inzet en plezier werken en de frustratie als zaken niet lukken ook samen kunnen delen. De doorvertaling van de visie helpt om studenten zowel qua kennis als vaardigheden en houding goed op te leiden. Het is geloofwaardig omdat de visie tevens in ons eigen werk toepasbaar is. Het mooiste compliment kreeg ik van een medewerker. Hij vond dat we congruent handelen, dat iedereen – docent, student, leidinggevende – er zó mee omgaat dat het klopt. Dat vind ik mooi, dat het daadwerkelijk inspirerend en kwaliteitsverhogend werkt. Domeinen waren eenheden die vooral vanuit bedrijfsmatig perspectief aangestuurd worden. Zo'n visie helpt enorm om elkaar inhoudelijk te inspireren en uit te dagen.

Wordt jouw beeld van de verwezenlijking van de visie vooral bevestigd door de dingen die de mensen je vertellen of zie je dat ook nog terug in andere dingen?

Causale verbanden zijn lastig te bewijzen. Maar als je kijkt naar de NSE [Nationale Studenten Enquête], het studiesucces van studenten of naar onze accreditaties, dan zie je terug dat we het goed doen. De afgelopen jaren hebben we op standaard een van de visitaties steeds goed gescoord. En studenten waarderen onze betrokkenheid bij het onderwijs. Ook in het medewerkersonderzoek scoort gsw hoog. Dat zijn dingen die feitelijk zijn, maar of

het causaal is, weet ik niet. Ik weet wel dat het te maken heeft met het feit dat je iets hebt wat je mogelijk inspireert. Of juist niet, en daar het gesprek over aan kan en mag gaan.

Wat is nog niet goed genoeg van de grond gekomen? Waar hoop je dat de komende tijd nog slagen in gemaakt worden?

Ik denk dat we in de context van de hogeschool waarin we zitten nog veel te leren hebben als het gaat om het afleren van onze beheersingsdrang. Ook binnen het domein moeten we leren zaken integraler aan te pakken, meer gericht op ontwikkeling dan op beheersing. Er worden nog steeds instrumenten ontwikkeld waarbij gevinkt moet worden, terwijl tegelijkertijd bij Inholland wordt geprobeerd de mens centraal te stellen. Ik kan daar ongeduldig van worden. Beleidsmatig worden medewerkers nog steeds gestimuleerd uren te tellen. Dat zie je bijvoorbeeld terug in hele gedetailleerde takenplaatjes of de nieuwe verlofregeling. Ik snap dat niet. Maar omdat ik zo'n 'contextmens' ben, snap ik natuurlijk weer wel dat er verantwoording moet worden afgelegd aan een accountant. Mijn ervaring is dat ook een gesprek met de accountant vaak kan leiden tot veel minder bureaucratie. Slim en eenvoudig aanpakken, niet te gedetailleerd. Dat is het leuke van mijn positie, ik zie alle kanten. Maar ik draag wel heel graag, en soms ook fel, bij aan het proberen congruent te zijn. En binnen de kaders grenzen op te zoeken als dat aantoonbaar leidt tot meer kwaliteit en werkplezier.

Interprofessioneel werken

Waarom is er destijds gekozen voor interprofessioneel werken als thema? Wat kwam er uit het werkveld en waar is het een oplossing voor?

Interprofessioneel leren en werken is een oplossing voor de versnippering en het alleen kijken naar één probleem in plaats

van dat in de context te zien. Het leidt tot betere hulp- en dienstverlening.

Wat versta je er precies onder?

Interprofessioneel werken is voor mij anders dan multidisciplinair werken, al worden ze vaak door elkaar gebruikt. Interprofessioneel werken betekent dat je breder kijkt en handelt dan alleen vanuit de focus van de eigen professie en vanuit daar samenwerkt. Met de burger(s) en met anderen. Multidisciplinair werken is dat je leert samenwerken met andere disciplines rondom vraagstukken. Het raakt, multi- en interdisciplinair, want als je multidisciplinair werkt met mensen vanuit verschillende disciplines, kun je interprofessioneel van elkaar leren. Dat helpt zowel in de samenwerking als in het individuele handelen.

Wat is het verschil tussen een professional die niet interprofessioneel werkt en eentje die dat wel doet? Wat merkt een cliënt daarvan?

Soms helemaal niets, als een professional ingaat op die ene specifieke vraag van iemand die alleen aan dat antwoord behoefte heeft. En soms merk je dat wel, als jij als cliënt dan wel een specifieke vraag hebt, maar er meer aan de hand is. Dan is het goed dat er iemand aan de slag gaat en samen met jou kijkt waar hij jou bij kan helpen, wat hij nog meer voor je kan doen en waar hij andere professionals en/of niet-professionals kan inschakelen. Dat kan ook over verdere grenzen heen.

Een mooi voorbeeld is de Inholland Kenniswerkplaats in Amsterdam-Noord. Daar werken studenten Verpleegkunde, *Leisure & Events Management* en Pedagogiek samen met bewoners en organisaties in Noord aan de inrichting van een appartementencomplex, waarin onder andere mensen met een achterstand op de arbeidsmarkt of een beperking gaan wonen. Het gaat dan over leefbaarheid, inclusie, voorkomen van eenzaamheid en *gentrifi-*

cation. Dat vraagt een multidisciplinaire aanpak en een interprofessionele blik.

Hoe hebben jullie je bij het bedenken van dit profilerend thema vooral laten voeden? Kwam dat bij cliënten en organisaties vandaan, of bij beroepsverenigingen of beleidsmakers?

Het is een combinatie. Cliëntfeedbackstudies tonen aan dat resultaten van hulp in de beleving van cliënten hoger zijn op het moment dat er naar problemen in de context wordt gekeken. En meer dan dertig verschillende hulpverleners voor een gezin met ernstige problemen op alle vlakken, verbetert de hulp niet. Ook hier helpt het samenwerken, breed kijken en weten waar het verantwoord is breed te handelen. Denk aan sportkundigen die samenwerken met artsen, de politie die samen optrekt met hulpverleners of het wijkgericht werken.

Wordt er geluisterd naar docenten die met één been in de beroepspraktijk staan om te horen welke manier van werken zij goed vinden passen in de beroepspraktijk?

Het thema kwam duidelijk naar voren in de gesprekken die we hebben gevoerd met het werkveld en de docenten. Ik vind interprofessioneel werken een hele mooie opdracht, een taak waar we naartoe willen groeien, samen met lectoren, docenten en onderzoekers. Het kan best zijn dat daar uitkomt dat het te breed is. Je ziet bij hogescholen die echt een aantal opleidingen hebben samengevoegd, dat verbreding ook kan leiden tot oppervlakkigheid en 'van alles een beetje'. De vakkennis en focus die ook nodig is, verdwijnt. Het is duidelijk niet ons doel alles samen te voegen of steeds te werken aan cross-overs omdat het 'in' is. Het moet steeds een doel dienen, namelijk betere dienstverlening, hulpverlening, advisering etc. Soms doet een professional dat in samenwerking, soms alleen. Maar altijd samen met de cliënt/burger.

Hoe zie je daar de rol van de lectoren en lectoraten in?

Een van onze lectoren, een hoogleraar van de VU en een aantal veldpartijen hebben gezamenlijk een onderzoeksprogramma opgesteld om obesitas vanuit verschillende wetenschappelijke invalshoeken te bekijken. De bevindingen zie je terug in de opleiding, als kennis voor studenten, en in allerlei interventies. Een voorbeeld waaruit blijkt dat het zinvol is om iets interprofessioneel samen met andere wetenschappers op te pakken. Anders is het als Harmen Bijwaard, lector Medische Technologie, een aanvraag indient om te kijken naar stralingstechnieken met protonen. Dan is het heel logisch en volstrekt legitiem dat hij niet de samenwerking zoekt met andere lectoren of opleidingen. Dat is te specifiek. Maar je hebt wel de vertaalslag, zowel naar de samenleving als naar de opleiding MBRT. En het is net zo'n mooi onderzoek als het eerste voorbeeld.

Soms komt uit onderzoek een ander beeld naar voren van wat belangrijk is in de praktijk. Bijvoorbeeld dat de kwaliteit van de hulpverlener-cliëntrelatie vooropstaat; zolang je daarin investeert, volgt de rest vanzelf. Dat zou ook een speerpunt kunnen zijn. Als dat uit een onderzoek naar voren komt, hoe gaat de hogeschool daarmee om?

Dit is voor mij vanzelfsprekend, omdat in een holistische mensvisie de relatie te allen tijde de basis is voor je hulp- of dienstverlening. Het is niet zo dat onze thema's dit soort belangrijke essentiële basisprincipes van hulp- en dienstverlening uitsluiten, integendeel. Het is een richting die we met elkaar kiezen die tot nu voldoende ruimte biedt, maar wel focus oplevert. Daarnaast is de onderwijsrelevantie van al ons onderzoek van belang. Een essentiële vraag bij iedere subsidieronde voor nieuw onderzoek is nadenken over de vraag: hoe valoriseer je dit, hoe implementeer je dit binnen het onderwijs? Gaat het over professionaliseringsvraagstukken die relevant zijn voor de beroepspraktijken waar

onze professionals komen te werken?

Als je kijkt naar wat in beleid belangrijk gemaakt wordt, is dat de relatie van cliënten ten opzichte van de sociale omgeving. Het heeft ook te maken met prioritering: we beginnen met de relatie tussen de hulpverlener en de cliënt en van daaruit kijken we verder. Je kunt dat een nuanceverschil noemen maar het kan ook, in verhouding tot hoe het beleid nu is, een groot verschil zijn of tot een groot verschil gemaakt worden. Een hogeschool zou kunnen zeggen: daar zetten we op in want dat zien we niet genoeg terug in beleid terwijl het in de praktijk het heel belangrijk is.

Wat jij benoemt, geldt vooral in het sociale domein. In het paramedische en gezondheidsdomein speelt het wel, maar zeker niet altijd prominent. Maar als het gaat om zaken die we niet terugzien in het beleid en wel in de praktijk, dan zetten we daar zeker wel op in. Dan komt die legitimatie weer om de hoek. Het gaat om die verantwoording. Waarom is dit nu een probleem waarvan jij, als lector, denkt dat onze professionals er in de praktijk mee te maken gaan krijgen? Wij leiden op voor professionals in de hbo-praktijk, dus de vraagstukken die een lector tegenkomt in die samenleving, die zijn voor ons relevant. Het is twee keer voorgekomen dat ik heb gezegd van een aanvraag: deze zou ik nou niet doen. En dat heeft dan te maken met het feit dat het qua onderwijsrelevantie op dat moment minder is dan andere kansen.

Technologische ontwikkelingen

Hoe kijk je aan tegen technologische ontwikkelingen, ook een thema binnen de inspiratievisie?

Ik ben blij dat dit een van de thema's is geworden. Het roept bij mij vooral nieuwsgierigheid op. Je weet dat je er eigenlijk weinig van weet, en in mijn geval ken ik ook mijn eigen vooroordelen. Daarnaast zie je binnen de gezondheidszorg en in toenemende

mate ook binnen de andere sectoren waar wij toe opleiden hoe snel het gaat. Daarom vind ik echt dat het nog meer in onze curricula verwerkt moet worden.

Er is nu bijvoorbeeld een promotieonderzoek aan de gang. Over een wasstraat voor ouderen. Je laten wassen door een machine, geen fijn beeld toch? Maar in het kader van het onderzoek is een grote groep ouderen gevraagd wat zij ervan zouden vinden en wat blijkt? Het lijkt hen ideaal. Waarom? Omdat ze nu elke dag door een ander worden gewassen. Met de wasstraat behouden ze hun privacy. Dat zijn van die echte eyeopeners die onze vooroordelen blootleggen. Op die manier kijken en praten over wat technologie betekent in ons type beroepen, dat wil ik heel graag verder ontwikkelen. In al onze bachelors en masters. En natuurlijk ook specifiek in bijvoorbeeld de AHIP. Deze master sluit aan bij een dringende vraag vanuit het werkveld naar professionals op het snijvlak van ICT en Zorg & Welzijn.

Technologische innovaties zijn evident, maar hoe ga je er nou goed mee om in de werkpraktijk? Dat is nieuw en complex! Net zo moeilijk is het om onze eigen professionals hiermee vertrouwd te laten worden. Hiervoor hebben we modules eHealth ontwikkeld waar diverse docenten uit hbo en mbo gelijktijdig leren wat eHealth is en hoe dit te vertalen naar het onderwijs, zodat onze professionals er in de praktijk beter mee kunnen werken. Het werkveld is hier erg blij mee en heeft sterk de behoefte om ook hun zittend personeel vaardiger te laten worden. Echter... tijd, geld en gelegenheid hiervoor vinden is nog wel een grote uitdaging.

Vind jij dat het gebruik van techniek per definitie het menselijk contact in zorg en welzijn bevordert?

Ik zou het anders verwoorden: het gebruik van technologie kán in plaats van dat het zo is. Omdat het mensen, en ook onze professionals, zijn die het toepassen. Je moet je bewust zijn van wat het kan bijdragen of kan wegnemen, maar je hebt wel kennis

erover nodig om dat te kunnen wegen.

Reflectie

Wat me opviel in de inspiratievisie is dat er veel verwacht wordt van reflectie door professionals op het eigen normatieve kader. Wat vind jij daar belangrijk aan?

Ik denk dat je je als mens - hulpverlener, lifestyle-coach, adviseur of verpleegkundig specialist - bewust moet zijn vanuit welk normatief kader je zelf werkt. Als je met iemand spreekt of iemand helpt, dan spelen je eigen normen en waarden altijd een rol. Als je die niet kent, niet kunt plaatsen of als absolute waarheden beschouwt, dan beïnvloedt dat het contact direct. Soms kom je in milieus waar van alles gebeurt wat jij vanuit jouw opvoeding verachtelijk vindt. Of ben je zo sterk tegen roken dat je vindt dat die roker geen behandeling tegen longkanker verdient. Leren reflecteren op wie je bent als professional ten opzichte van de ander, wat de invloed is van jouw handelen op het resultaat, dat is van wezenlijk belang in al onze opleidingen.

Lilian Linders, lector Empowerment & Professionalisering Sociaal Domein, stelt in haar bijdrage aan dit boek dat de aandacht voor zelfreflectie binnen hbo-opleidingen ten koste gaat van reflectie van studenten op de omstandigheden waarin cliënten verkeren en hoe ze zich daartoe verhouden. Ben je het daarmee eens?

Dat is boeiend! Alleen al de prikkel tot nadenken die dit oplevert is de moeite waard. Als professional ben jij de persoon in de context van jouw professie, met het doel om met cliënten en burgers om te gaan. Reflectie op alleen het ik, het ik van wie ik ben, kan verworden tot navelstaren.

Vind je dat er, om studenten die sociale reflexiviteit aan te leren, iets moet veranderen in het onderwijs?

Ik ben onvoldoende thuis in de curricula van de opleidingen om dat zo scherp te kunnen zeggen. Maar ik wil de opleidingen wel uitnodigen dit zelf te doen. Ik kan me voorstellen dat in de portfolio's en reflectierapporten studenten vooral bespiegelen wie zij zelf zijn en te weinig reflecteren op wat hun betekenis is in de context van de professionele praktijk en vooral de context van hun cliënten.

Zelfmanagement

In de geestelijke gezondheidszorg is zelfmanagement een term die niet past omdat het geen recht doet aan de problematiek van mensen, stelt lector GGZ-verpleegkunde Berno van Meijel in zijn bijdrage. Ben je het daarmee eens? En waarom?

Van zo'n uitspraak kan ik genieten omdat het echt tot reflectie leidt: reflectie over de context van patiënten. Zelfmanagement kan verworden tot een soort makkelijk dogma. Er zijn situaties waarin mensen het gewoon niet zelf kunnen managen, denk maar aan bepaalde ziekten of een traumatische achtergrond. Daarom moeten we altijd scherp blijven op de grenzen aan het vermogen tot zelfmanagement. Ik vind trouwens empowerment een veel rijker begrip, omdat dit gaat om een proces van versterking om meer grip te krijgen op de eigen situatie en de omgeving.

Spreken in termen van positieve gezondheid van ouderen legt te veel nadruk op hun mogelijkheden en veronachtzaamt hun kwetsbaarheid, vindt Robbert Gobbens, lector Gezondheid & Welzijn van Kwetsbare Ouderen.

Positieve gezondheid leek bijna stormachtig het denken over vooral gezondheidsbeleid te veranderen. Gezondheid wordt door Machteld Huber [arts-onderzoeker positieve gezondheid] omschreven als een vermogen je aan te passen en – daar komt het weer – een eigen regie te voeren. Dus ik begrijp goed wat Robbert

bedoelt en deel het. De maakbaarheid van geluk en gezondheid is immers beperkt! En bij de een beperkter dan de ander. Dus ook hier aandacht voor de context, wat technologisch haalbaar is maar ook wat haalbaar is in de levenskwaliteit die nog mogelijk is en de waardering die iemand zelf geeft aan die levenskwaliteit.

CONCLUSIE

Hoofdzaak, holisme en humaniteit***De betekenis van de mens centraal in zorg en welzijn****Thomas Kampen*

Voor een boek over 'de mens centraal' heeft dit boek opvallend veel aandacht voor professionals. Dat is meteen een belangrijke boodschap: professionals zijn in de eerste plaats mensen. Professionals die in hun werk de mens centraal stellen, doen dat in een relatie van mens tot mens. Dat lijkt een overbodige constatering, maar de laatste tijd worden professionals regelmatig afgeschilderd als afgezanten van een systeemwereld die menselijk contact verleerd zijn. Dit boek laat zien dat vooral beleid dit beeld oproept. Maar het probleem zit ook in de huidige westerse cultuur die het informele en onafhankelijkheid romantiseert, zodat een beroep op steun van alles wat formeel is, zoals professionele hulp, al gauw een zwaktebod is. In deze conclusie trek ik daarom de beleidskritiek die in de verschillende hoofdstukken aan bod is gekomen iets breder door deze in een bredere cultuurkritiek op 'pijnlijk optimisme' te plaatsen. Eerst vat ik de beleidskritiek nog even samen.

Beleid stelt tegenstrijdige verwachtingen aan mensen en daar hebben cliënten in zorg en welzijn last van. Maar ook voor professionals is dat lastig, want zij moeten in de praktijk handen en voeten geven aan die verwachtingen. De beleidsanalyse in hoofdstuk 1 maakt duidelijk hoe dominant het streven naar verantwoordelijkheid van burgers is. Achter elke wet schuilt een 'beroep op

de burger' (SCP 2012). Dat beroep wordt bovendien steeds door middel van een optimistisch mensbeeld als een recht of vrijheid aan burgers voorgehouden. De Zorgverzekeringswet focust op de vrij kiezende mens met keuzevrijheid, maar het behoort tot de eigen verantwoordelijkheid om die vrijheid te nemen. De Participatiewet gaat uit van de werkende mens met mogelijkheden, maar om die mogelijkheden waar te maken is iemands eigen verantwoordelijkheid. De Wet langdurige zorg zet de autonome mens met wensen en mogelijkheden centraal, maar stuurt aan op de wens om zo min mogelijk afhankelijk te zijn van professionals en zoveel mogelijk van de sociale omgeving. De Wet maatschappelijke ondersteuning beschouwt de mens als omringd met bereidwillige naasten, maar de zorgvraag richten aan naasten is de eigen verantwoordelijkheid van cliënten. De Jeugdwet geeft de delibererende mens inspraak, maar ook dat is een vorm van eigen verantwoordelijkheid.

Deze beleidsaspiraties stellen professionals voor dilemma's. Zij hebben als taak de dubbelzinnige verwachtingen van burgers te vertalen naar de praktijk. Sociale professionals en verpleegkundigen moeten naasten betrekken bij de zorg en dat aan cliënten en patiënten verkopen als 'eigen regie' (hoofdstuk 1). In de ouderenzorg moeten professionals kwetsbare ouderen beoordelen op hun 'positieve gezondheid' (hoofdstuk 2). Jeugdwerkers moeten jongeren eigen verantwoordelijkheid bijbrengen, maar beleid steekt vooral in op surveillance en repressie (hoofdstuk 5).

Beleid formuleert drie antwoorden op deze dilemma's: maatwerk, integraliteit en dialoog (hoofdstuk 1). Maar terwijl deze drie antwoorden ruimte voor professionals suggereren, laat beleid niet de beloofde ruimte aan professionals om zich naar eigen inzicht uit hun dilemma's te redden. Want hoewel beleid maatwerk, integraliteit en dialoog presenteert als manieren om de mens centraal te zetten, stuurt zij nadrukkelijk op de uitkomsten ervan. Hoofdstuk 1 legt bloot dat de mensbeelden in beleid

richtinggevend zijn voor de doelen die de drie antwoorden moeten dienen. Integraliteit dient vooral om problemen te verplaatsen naar andere momenten of terreinen, zodat professionals zich hier en nu op mogelijkheden en verantwoordelijkheden van de cliënt of 'het netwerk' kunnen richten. Het doel van maatwerk is vooral om iemands autonomie centraal te stellen en afhankelijkheid van professionele zorg zoveel mogelijk buiten beschouwing te laten. Maatwerk betekent vaak 'aansluiten op' mogelijkheden van de persoon of naasten in plaats van op problemen. Het doel van dialoog is in beleid dat cliënten en naasten meepraten over hoe zij de eigen verantwoordelijkheid gaan invullen.

Kortom: tweeslachtige beleidsopdrachten zadelen professionals op met dilemma's. Iedere keuze kunnen zij uitleggen als een manier om de mens centraal te zetten, maar kan er evengoed toe leiden dat de cliënt zich buitenspel gezet, niet gezien of niet gehoord voelt.

De mens centraal, maatwerk, integraliteit en dialoog suggereren dus veel ruimte voor betekenisgeving en handelingsvrijheid, maar intussen stuurt beleid sterk in de richting van meer eigen verantwoordelijkheid. Het is dus cruciaal om te onderzoeken hoe de mens centraal betekenis krijgt en met welke gevolgen. Aangezien dat ook gewenste gevolgen kunnen zijn, is het belangrijk om te onderzoeken onder welke voorwaarden deze gevolgen ontstaan. Daarom is de centrale vraag in dit boek: Wat betekent de mens centraal stellen in de gezondheidszorg-, sport- en welzijnssector, wat zijn de gevolgen en onder welke voorwaarden ontstaan die? In dit laatste hoofdstuk geef ik op basis van de verschillende bijdragen aan dit boek een antwoord op die vraag. Dat antwoord is opgebouwd uit drie delen die ieder een betekenis van de mens centraal in beleid en praktijken belicht. Ik ontleed de mens centraal in de drie 'H's' van hoofdzaak, holisme en humane verhoudingen.

De mens als hoofdzaak

De eerste betekenis van de mens centraal zetten is de mens als hoofdzaak beschouwen. Vooral professionals moeten meer bezig (kunnen) zijn met de mensen waarvoor zij hun werk doen dan met randzaken. Deze redenering zien we vooral in beleid, maar ook onderzoek bevestigt dat randzaken afleiden. Randzaken zijn vooral regels, aanbodsturing en evidence-based practice. De mens als hoofdzaak wordt daarmee afgezet tegen respectievelijk de logica's van de bureaucratie, de markt en tegen een specifieke opvatting van de professionele logica (Freidson 2001, vgl. Tonkens & Kampen 2018).

De eerste randzaak die professionals zou afhouden van de mens als hoofdzaak is regelzucht. Deze redenering zet de hoofdzaak af tegen bureaucratie. De beheersdrang van de overheid zou leiden tot verantwoordingsdruk en registratielast in de uitvoering en verhinderen dat de mens centraal staat (hoofdstuk 11). Hoewel dit beeld in beleid sterk naar voren komt (hoofdstuk 1), valt op dat de professionals die in de verschillende hoofdstukken aan het woord komen hier maar weinig over klagen. Hebben zij dan geen last meer van bureaucratie? Dat zou te snel geconcludeerd zijn. Het lijkt er eerder op dat zij de last die zij hebben aan zichzelf wijten.

Het beleid geeft professionals op papier namelijk meer ruimte; bureaucratie zou teruggedrongen worden en professionals mogen die ruimte benutten en maatwerk leveren (hoofdstuk 1; vgl. Kampen & Tonkens 2018). Beleid moedigt hen zelfs aan om daarvoor buiten de gebaande paden te treden. De suggestie dat alles mogelijk is ontkent de bureaucratische realiteit en leidt ertoe dat professionals de schuld bij zichzelf zoeken: als het hen niet lukt om de mens centraal te stellen, hebben zij zich kennelijk te veel van de regels aangetrokken. Een jongerenwerker uit hoofdstuk 5 zegt daarover: 'Ze passen simpelweg niet in het plaatje en

dan weten we niet wat we met ze aan moeten.’ Ook hogeschool-directeur Heleen Jumelet is kritisch op deze verdraaiing van de werkelijkheid. Zij vindt het ‘een zwaktebod’ dat de overheid professionals oproept om de regels te omzeilen die de overheid zelf vanuit haar beheersingdrang voorschrijft (hoofdstuk 11).

De tweede randzaak die zou afleiden van de mens centraal stellen is aanbodsturing. Ter Avest en Walraven constateren tot hun verbazing dat de gemeente Rotterdam een groot aantal Eigen Kracht-conferenties inkoopt, terwijl er het jaar ervoor nauwelijks animo voor was (hoofdstuk 6). Deze aanbodsturing doet denken aan ‘de markt van welzijn en geluk’ die Hans Achterhuis bekritiseerde in zijn gelijknamige boek uit 1980. Achterhuis stelde destijds dat professionals en de welzijnssector vooral bezig waren werkgelegenheid voor zichzelf te scheppen door problemen bij hun oplossingen te zoeken. In het geval van de EKC’s zijn het echter niet de professionals of welzijnssector die hun product overdadig aan de man brengen, maar juist degenen die een alternatief voor professionele hulp willen bieden. Ter Avest en Walraven zoeken de verklaring voor de inkoop van honderden EKC’s die nooit worden gerealiseerd in het heilige geloof in de eigen kracht van burgers. Met andere woorden: de aanbodsturing is ingegeven door de gerichtheid op eigen verantwoordelijkheid.

De derde randzaak die het centraal stellen van de mens verhindert is *evidence-based practice* (EBP) als richtsnoer voor professioneel handelen. Van professionals in zorg en welzijn wordt in toenemende mate verwacht dat zij werken volgens evidence-based-richtlijnen, protocollen en zorgstandaarden. Hierop is kritiek in zowel het beleid als de praktijk. Beleid stuurt aan op maatwerk en dat laat zich niet vastleggen in formele procedures en protocollen. Dat vraagt juist om improviseren in plaats van methodisch handelen of evidence-based werken. EBP zou geen recht doen aan de specifieke situatie van de mens.

Ook verschillende auteurs in dit boek wijzen erop dat profes-

sionals door EBP de mens uit het oog verliezen. In de zorg is EBP minder omstreden dan in de welzijnssector. Toch waarschuwt Van Meijel dat bewijs voor de effectiviteit van bijvoorbeeld zelfmanagement bij een aantal psychische stoornissen niet betekent dat het breder toepasbaar is (hoofdstuk 4), bijvoorbeeld omdat zelfmanagement als doel van zorgverlening gemakkelijk voorbijgaat aan de beperkingen waar veel ggz-cliënten tegenaan lopen. Ter Avest en Walraven vinden met betrekking tot welzijn het streven naar EBP een slecht idee, omdat de illusie van eenduidig bewijs een onterechte simplificatie van goede hulp en zorg is. Zij pleiten ervoor om per situatie te bekijken wat de beste zorg is. Deze manier van werken leidt tot *'practice based evidence'* en baseert zich op vertrouwen in de vakkennis en ervaringen van professionals.

Vruchtbare confrontaties

De afkeer van randzaken als regelzucht, aanbodsturing en EBP zien we terug in beleid dat professionals aanspoort om 'van systeemwereld naar leefwereld' te gaan (Kampen 2017). De *systeemwereld* wordt daarin voorgesteld als een wereld vol regels en procedures en de *leefwereld* is de plek waar we afgaan op intuïtie, waar schoonheid centraal staat en het draait om de werkelijke bedoeling. Deze scheiding tussen systeem- en leefwereld heeft de laatste jaren het denken over zorg en welzijn sterk beïnvloed. Ter Avest en Walraven zijn in hun bijdrage kritisch op de scherpe tegenstelling, omdat het wantrouwen tussen professionals en cliënten in de hand werkt (Ter Avest 2017; vgl. Tonkens 2014).

De auteurs zien meer in professionals die werelden met elkaar in aanraking brengen. In de verschillende hoofdstukken komen we voorbeelden tegen van vruchtbare confrontaties tussen de 'belevingswereld' van cliënten met de markt, bureaucratie en professionele logica.

Een vruchtbare confrontatie tussen de belevingswereld van burgers en de bureaucratische logica zijn de 'omgekeerde' keukentafelgesprekken die het lectoraat Dynamiek van de Stad organiseert. Tijdens die gesprekken schuiven burgers een keer aan bij overheidsinstanties en hun ambtenaren in plaats van andersom. Deze bezoeken zijn mede geïnspireerd door het WRR-rapport dat aandacht vraagt voor overheidsregelingen en voorzieningen die het 'doenvermogen' van burgers te boven gaan. Zo'n confrontatie kan bijdragen aan wederzijds begrip van elkaars mogelijkheden en bijvoorbeeld regelzucht tegengaan. Professionals doen iets soortgelijks op eigen houtje. De sociaal werkers die actief zijn in House of Hope (hoofdstuk 6) gaan mee met cliënten naar overheidsinstanties en slaan zo een brug tussen de belevingswereld van de cliënt en de bureaucratische logica van instanties.

Een vruchtbare confrontatie tussen de marktlogica en de belevingswereld van patiënten is het betrekken van eindgebruikers bij de ontwikkeling van eHealth (hoofdstuk 7). Dit helpt volgens Alpay, Bijwaard en Doms om aanbodsturing tegen te gaan. De commerciële motieven van de technologische industrie belemmeren volgens hen vaak dat eindgebruikers van eHealth-applicaties bij de ontwikkeling ervan als uitgangspunt worden genomen. Door deze *technology push* doen eHealth-applicaties vaak onvoldoende recht aan de wensen, behoeften en mogelijkheden van gebruikers. De User Centered Design-benadering die de auteurs beschrijven betreft de eindgebruikers vanaf het begin bij het ontwikkelingsproces. Met alleen die benadering zijn we er volgens de auteurs echter nog niet, want een succesvolle toepassing vraagt ook om openheid van en samenwerking tussen ontwikkelaars, tijd en investeringen.

Een derde vruchtbare confrontatie, ditmaal tussen de professionele logica en de belevingswereld van ggz-cliënten, zagen we in het hoofdstuk van Van Meijel over de ggz (hoofdstuk 4). Zijn lectoraat ontwikkelde in samenspraak met ervaringsdeskundi-

gen een begeleidingsmethode voor professionals met cliënten die zelfbeschadigend gedrag vertonen. Die methode verbindt ervaringskennis met professionele kennis en probeert zo te komen tot de best mogelijke begeleiding. Onderdeel daarvan is dat de verpleegkundige en de cliënt samen onderzoek doen naar de uitlokkende factoren, gedachten en gevoelens en het zelfbeschadigend gedrag waar die toe leiden.

Kortom: de mens als hoofdzaak beschouwen zet de uitwassen van andere logica's weg als randzaken, maar dat gaat voorbij aan wat binnen de verschillende logica's geldt als de mens centraal zetten: in de marktlogica is de klant koning, in de bureaucratische logica staan gelijke behandeling en betrouwbaarheid voorop en in de professionele logica een streven naar doelen die groter zijn dan 'de mens', zoals rechtvaardigheid. Professionals hebben de taak te zorgen voor confrontaties van die logica's met de belevingswereld van cliënten. Door deze te mengen (Ten Bos 2015). Dat houdt mensen scherp op de uitwassen van de logica's van waaruit zij redeneren.

Realistisch holisme

De tweede betekenis van de mens centraal stellen, werken vanuit een holistisch perspectief, zijn we in dit boek veelvuldig tegengekomen in zowel beleid als praktijk. 'Holisme' refereert aan twee manieren van kijken: de mens als geheel beschouwen en de mens in zijn context zien. De mens als geheel beschouwen gaat ervan uit dat de waarde van het geheel groter is dan de optelsom der delen. In de context van zorg en welzijn wordt dan vaak bedoeld dat een cliënt of patiënt meer is dan (de optelsom van) zijn of haar problemen. De mens in zijn context bekijken betekent dat zowel iemands sociale als fysieke omgeving in ogenschouw genomen wordt bij het vaststellen van de benodigde hulp of zorg. Beide zijn een antwoord op de kritiek dat het aan-

bod van zorg en welzijn te versnipperd is geraakt en professionals te veel met deelaspecten bezig zijn.

Integraliteit en interprofessioneel werken

In de verschillende hoofdstukken komen we twee benaderingen tegen die geënt zijn op de holistische gedachte. Ten eerste de 'integrale benadering', die wordt voorgeschreven aan zowel organisaties als professionals. Als het gaat over integrale benadering van organisatie dan valt vaak de term 'ontschotting'. Het neerhalen van schotten tussen organisaties en budgetten wordt dan vaak als voorwaarde voor goede samenwerking beschouwd. Het ideaalbeeld van die samenwerking is een 'samenhangende aanpak'. De integrale benadering door professionals, waartoe we ons hier beperken, houdt een manier van kijken of (samen)werken in. Een professional die integraal werkt, overziet 'het geheel' (één gezin, één plan, één regisseur). Maar er wordt ook wel mee bedoeld dat professionals bij het samenwerken hun werkwijzen op elkaar afstemmen.

Auteurs in dit boek verschillen van mening over de integrale benadering. Uit de bijdragen over welzijn blijkt vooral twijfel over de haalbaarheid en gevolgen ervan. Linders onderschrijft het belang van integraal werken, maar concludeert uit haar eerdere onderzoek dat de cruciale samenwerking en afstemming lastig te verwezenlijken zijn (Feringa et al. 2017; Linders & Feringa 2014). Van Goor en Wiersma hebben vergelijkbare twijfels (hoofdstuk 3). Zij tekenden uit de mond van een re-integratieconsulent op: 'Wat ik zie is dat mensen zeggen: geef het allemaal aan mij, ik ben de oplossing. Maar dat werkt niet zo in de praktijk. Er is niet één iemand die alles voor een jongere gaat regelen.' Ter Avest en Walraven vrezen vooral dat integraal werken het vertrouwen van professionals in eigen kennis en kunde en werkplezier ondermijnt. Als de tijd en ruimte ontbreken om nieuwe taken te

beheersen, houden professionals integraal werken volgens hen niet vol.

Bij auteurs van de bijdragen over zorg bestaan minder twijfels over de integrale benadering. Van Meijel beschouwt het als een benadering die herstel in de ggz de plek geeft die de voorkeur van de cliënt geniet, haalbaar is en lichamelijke en psychische klachten in relatie tot elkaar beschouwt. De aanbevelingen in hoofdstuk 4 zijn voor een belangrijk deel manieren om dit te bereiken.

Een tweede variant op de holistische benadering die we zijn tegengekomen in dit boek is interprofessioneel werken. Interprofessionaliteit kenmerkt zich door 'een bredere blik' (hoofdstuk 2 en 11). Een brede blik op de situatie van de cliënt betekent ten eerste dat iemands sociale omgeving in beeld komt. Een voorbeeld daarvan zijn de personal coaches voor kinderen met een beperking die aandacht hebben voor de gevoelens van de ouders ten aanzien van de sportambities van hun kind (hoofdstuk 8). Ten tweede betekent de bredere blik dat de fysieke omgeving meegenomen wordt. Heleen Jumelet geeft in hoofdstuk 11 het voorbeeld van een verpleegkundige die in het dossier leest dat een oudere die met een beenbreuk is opgenomen op drie hoog woont: 'dan kan je er als verpleegkundige op aandringen dat de woningbouwvereniging zorgt voor een woning op de begane grond'.

Interprofessioneel werken gaat overigens niet alleen om een bredere blik op de situatie van de cliënt, maar betekent ten derde oog hebben voor de professionele omgeving. Interprofessioneel werkende professionals kijken over de grenzen van de eigen discipline. Een voorwaarde om dat te kunnen is dat professionals de grenzen van het eigen vakgebied kennen en genoeg van de vakinhoud van andere professionals weten om te beoordelen waar de verantwoordelijkheid van de ander ophoudt en die van henzelf begint (hoofdstuk 2). Die bredere blik maakt dat hulpverleners niet alleen het probleem oplossen dat bij hun taakopvatting hoort,

maar meer signaleren en, doordat zij op de hoogte zijn van de kennis en kunde van collega's in aangrenzende werkvelden, voor de gesignaleerde problemen passende hulp kunnen inschakelen. Bij interprofessioneel werken past dus naast een geïnteresseerde ook een bescheiden houding: herkennen en erkennen wanneer eigen expertise tekortschiet en weten welke expertise dan nodig is. Net als bij integraal werken, ligt de verantwoordelijkheid voor het scheppen van randvoorwaarden bij organisaties; die moeten zorgen voor mogelijkheden tot adequate communicatie, complementariteit en coördinatie (hoofdstuk 2).

Pijnlijk optimisme

In hoofdstuk 1 ben ik kritisch over de manier waarop beleid integraliteit aanmoedigt. Het optimistische mensbeeld achter veel beleid spoort professionals aan te kijken naar mogelijkheden. Integraliteit betekent in beleid vooral dat problemen elders worden gezocht, op andere momenten of terreinen, zodat professionals zich hier en nu op mogelijkheden en verantwoordelijkheden van de cliënt of 'het netwerk' kunnen richten.

Ook de hoofdstukken die wel positief zijn over integraal of interprofessioneel werken zijn kritisch op het overoptimistische mensbeeld dat er in zorg en welzijn heerst. Robbert Gobbens beschrijft in zijn hoofdstuk hoe het publieke debat over ouderen, vaak onder de noemer 'positieve gezondheid', de aandacht vestigt op hun wensen en mogelijkheden. Beleid en praktijk zijn in Gobbens' optiek te ver doorgeschoten van het 'pessimistische' *deficit*-model, waarin tekortkomingen centraal stonden, naar louter optimisme. Hij pleit voor realisme, zodat professionals in de praktijk meer oog kunnen hebben voor kwetsbaarheid van ouderen; dat doet ook meer recht aan de belofte om de mens als geheel te beschouwen (hoofdstuk 2). Daarmee biedt Gobbens een interessant tegenwicht aan beleid. Hij wijst er bovendien op dat

het optimistische mensbeeld haaks staat op de gehanteerde instrumenten en methodieken, omdat die vooral tekortkomingen in kaart brengen. Ook dat moet meer in balans gebracht, door bij de ontwikkeling van deze instrumenten aandacht te hebben voor zowel de draagkracht als de draaglast van mensen.

Van Meijel laat op zijn beurt zien dat optimisme over mogelijkheden en wensen van cliënten de ggz-verpleegkundigen behoorlijk kan frustreren (hoofdstuk 4). Vooral bij cliënten die zelfbeschadigend gedrag vertonen, is het vaak onmogelijk om mogelijkheden en wensen leidend te laten zijn. Zelfmanagement schiet dan als leidraad voor professional handelen tekort, aldus Van Meijel. Mensen kloppen over het algemeen bij de ggz aan omdat zij hun situatie juist niet meer de baas kunnen. Het nastreven van zelfmanagement kan dan leiden tot overschatting van cliënten en dat kan ernstige gevolgen hebben. Van Meijel vindt dat niet alleen; ook Heleen Jumelet zet vraagtekens bij bevordering van zelfmanagement als doel op zich (hoofdstuk 11).

Kaulingfreks laat in haar hoofdstuk over framing van jongeren in aandachtswijken zien dat optimistisch beleid jongerenwerkers in de weg zit. Bij deze jongeren is het probleem vooral het optimisme over hun maatschappelijke kansen in combinatie met de negatieve framing van hun inzet om die kansen te grijpen. Op meritocratische leest geschoeid beleid stelt de werkelijkheid voor alsof iedereen kansen en mogelijkheden heeft en veronderstelt daarmee impliciet dat werkloze jongeren niet voldoende hun best doen om die mogelijkheden waar te maken (hoofdstuk 5). Deze beeldvorming bemoeilijkt de taak van jongerenwerkers, want voor jongeren zelf is het vaak andersom: zij willen wel, maar zien geen mogelijkheden. De oplossing is niet om dan maar over hun problemen in plaats van mogelijkheden te praten, stellen Van Goor en Wiersma. Vooral jongeren met een hulpverleningsgeschiedenis hebben vaak geen zin om (weer) hun problemen op tafel te leggen. Jongeren zouden echter graag zien dat

hulpverleners hun ambities als uitgangspunt nemen (hoofdstuk 3) en dat is iets anders dan de mogelijkheden van de arbeidsmarkt positief aan hen voorhouden.

De praktijk is dus gebaat bij doelen die meer recht doen aan de weerbarstige werkelijkheid. De optimistische focus op de autonomie en vermogens van mensen gaat voorbij aan de kwetsbaarheid en afhankelijkheid die ook onderdeel uitmaken van het leven. Dat stelt ook Lauren Berlant in haar boek *Cruel Optimism* (2011). Beleid zou daarom een realistischer holistisch mensbeeld moeten hanteren. Behalve naar reëlere mensbeelden kunnen we ook op zoek gaan naar alternatieven voor 'de mens' centraal. Wellicht is 'het leven centraal' een geschikt alternatief, omdat het leven ups en downs kent en meer ruimte laat voor realisme. Verschillende bijdragen aan dit boek wijzen ook in deze richting. Voor ouderen staat bijvoorbeeld hun kwaliteit van leven voorop en niet hun gezondheid, stelt Gobbens. Een goede gezondheid is simpelweg niet meer haalbaar. Dan is het vreemd om het met hen over 'positieve gezondheid' te hebben. Ook voor veel ggz-patiënten is gezondheid (voorlopig) buiten bereik en gaat het meer om het realiseren van een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven.

Humane verhoudingen

De derde betekenis van de mens centraal zetten is het menselijker maken van hulpverleningsverhoudingen in zorg en welzijn. Menselijker betekent in beleid echter vaak dat professionals steeds meer op naasten moeten gaan lijken. De hulpverleningsrelatie zet beleid daarmee vooral neer als inferieur aan informele relaties. Een professional-cliëntrelatie zou kortdurender, voorwaardelijker en minder vertrouwd zijn dan een relatie met naasten (Bredewold et al. 2018).

Doordat in beleid de professional als substituut voor naasten

wordt beschouwd, ontbreekt er de taal om de onderscheidende waarde van een goede hulpverleningsrelatie mee uit te drukken. Overigens geldt dat niet alleen voor beleid; met betrekking tot de ggz concludeert Van Meijel dat ook verpleegkundigen een bruikbaar begrippenkader missen om op de therapeutische relatie te reflecteren (hoofdstuk 4). Des te meer reden om in dit concluderende hoofdstuk in te zoomen op medemenselijkheid in hulpverleningsrelaties.

Vooraf het praktijkonderzoek dat in verschillende hoofdstukken aan bod komt onderstreept het belang van medemenselijkheid in de hulpverleningsrelatie. Ten eerste als tegenwicht aan het individualistische mensbeeld dat 'de mens centraal' oproept; medemenselijkheid houdt meer rekening met interdependentie, oftewel met afhankelijkheid en verbondenheid. Ten tweede is medemenselijkheid voorwaardelijk voor adequaat professioneel handelen (hoofdstukken 3, 4, 5, 6, 8 en 9); het verbetert de kwaliteit van de hulpverleningsrelatie en dat is een voorwaarde voor goede zorg- en hulpverlening. Ten derde is juist menselijk contact binnen hulpverleningsrelaties wat zowel professionals als cliënten waarderen en belangrijk vinden (hoofdstukken 3, 4, 5 en 6).

Een relationeel perspectief op hulpverlening

De bijdragen aan dit boek leggen een behoefte bloot aan een nieuw perspectief op zorg en ondersteuning dat medemenselijkheid centraal stelt. Op basis van de ervaringen van jongeren ontwikkelen Van Goor en Wiersma een 'relationeel perspectief' op hulpverlening. Ook andere hoofdstukken leveren elementen voor dit perspectief aan. In deze conclusie werk ik op basis daarvan dit perspectief verder uit.

Een relationeel perspectief – overigens sterk verwant aan de presentiebenadering van Andries Baart (2001) – neemt de onderlinge verhouding tussen professional en cliënten als uitgangspunt

voor goede zorg- en hulpverlening. De overeenkomst met de presentiebenadering is dat relationele afstemming tussen zorggever en cliënt de basis vormt voor hulp en steun. Meer dan om het handelen van de professional draait het relationeel perspectief om de kwaliteit van de relatie. Indien de relatie door beide partijen als goed wordt ervaren, legt dat de basis voor adequaat handelen.

Het verschil met de presentiebenadering is echter dat een relationeel perspectief niet alleen op het niveau van de uitvoering verandering behelst; het relationeel perspectief kan ook op het niveau van management, bestuur en beleid ingenomen worden en (mede)bepalend zijn voor organisatie van en beleidsvoering rond zorg en welzijn (hoofdstuk 3).

Net als de presentatiebenadering is het relationeel perspectief geen methodiek, maar het perspectief beschrijft ook niet alleen een benaderingswijze. Het relationeel perspectief is een manier van kijken die serieus meegenomen dient te worden op de niveaus van de uitvoering, organisatie en wetgeving en daar tot verandering leiden die doorwerken in hulpverleningsrelaties.

Het relationeel perspectief meenemen op het niveau van de organisatie zou bijvoorbeeld gevolgen hebben voor de wijzen waarop professionals worden aangestuurd. Een simpel voorbeeld is dat het management van bijvoorbeeld een wijkteam zich afvraagt wat een regel die stelt dat wijkteamleden na zes maanden contact met cliënten beëindigen betekent voor de hulpverleningsrelatie. Wat doet dat bijvoorbeeld met het vertrouwen tussen beide gedurende die eerste zes maanden? Een ander voorbeeld is dat de directie van een verzorgingshuis zich afvraagt hoe een reorganisatie uitpakt voor de relaties tussen verplegend personeel en bewoners. Hoe zijn de verhoudingen tussen personeelsleden en bewoners en wat is de waarde van die relaties voor de bewoners? Wat zet een reorganisatie aan opgebouwd vertrouwen op het spel?

Het relationeel perspectief meenemen op beleidsniveau betekent dat er wordt stilgestaan bij de gevolgen van beleid voor de

hulpverleningsrelatie. Dat geldt bijvoorbeeld voor de verantwoording die gevraagd wordt van organisaties en professionals. Als een gemeente van een welzijnsinstelling wil weten hoeveel nieuwe contacten er in een buurt gelegd zijn, moet zij zich de vraag stellen wat dat mogelijk betekent voor de kwaliteit van bestaande contacten. De hulpverleningsrelatie zelf zou zoveel mogelijk gevrijwaard moeten zijn van eendimensionale vormen van verantwoording. Investeringsrelaties zijn moeilijk te verantwoorden, omdat de opbrengst van een goede relatie ongrijpbaar is.

Het relationeel perspectief meenemen op beleidsniveau betekent vaak ook geduld hebben en niet te snel resultaat verwachten (hoofdstuk 5). Het opbouwen van goede relaties kost tijd en dat spoort niet met de 'snelle' verwachtingen die vaak ten grondslag liggen aan de huidige beleidskaders. Hetzelfde geldt voor het afbouwen van bestaande relaties. De opmerking van een jongerenwerker in hoofdstuk 3 illustreert hoe moeizaam de taal van verantwoording zich verhoudt tot zijn dagelijkse realiteit: 'Je kan een traject (...) afsluiten, maar je kan niet zomaar een relatie afsluiten.'

Het relationele perspectief zou dus leidend moeten zijn, maar het volstaat niet om louter een relationeel perspectief in te nemen (hoofdstuk 3). Beleidsmakers en instellingen zouden het relationeel perspectief moeten laten meewegen. Hun wet- en regelgeving en organisatiestructuur scheppen de randvoorwaarden voor humane verhoudingen in zorg en welzijn.

Werken aan vertrouwen

De belangrijkste factor in humane verhoudingen in zorg en welzijn is vertrouwen, blijkt uit de bijdragen in dit boek. Acceptatie, interesse en continuïteit zijn cruciale voorwaarden voor het benodigde vertrouwen.

Acceptatie is een voorwaarde voor het wekken van vertrou-

wen. Het betekent dat de professional de cliënt neemt zoals hij of zij is, luistert naar de belangen en wensen en deze serieus neemt. Van Meijel geeft daarvan een voorbeeld uit de ggz (hoofdstuk 4). Hij laat zien hoe cliënten zelfbeschadigende gedrag beschouwen als 'functioneel', omdat het bijdraagt aan emotionele stabiliteit, terwijl verpleegkundigen het als 'disfunctioneel' beschouwen en moeilijk om kunnen gaan met het gedrag van cliënten. Hierdoor ontstaat afstand die de zorg belemmert. Acceptatie van de cliënt als persoon met eigen motieven voor het gedrag (dat is iets anders dan het gedrag van de ander accepteren) is dan nodig om vertrouwen te wekken. Dat vertrouwen is de basis voor verdere therapeutische acties. Ook in de relatie tussen kinderen met een beperking en hun personal coach is vertrouwen de basis voor de start van een goede relatie (hoofdstuk 8). Dat wordt vooral bereikt door de kinderen direct een veilige omgeving te bieden waarin zij geaccepteerd worden zoals zij zijn.

Voor het herstellen van vertrouwen in professionals is vooral interesse belangrijk. Jeugdprofessionals moeten volgens Kauling-freks opboksen tegen een flinke dosis wantrouwen (hoofdstuk 5). De jongeren voelen zich door de gemeente en andere overheidsinstanties weggezet als probleemgeval en niet serieus genomen in hun wensen en behoeften. Publieke dienstverleners die interesse tonen en hen wel serieus nemen, herstellen dat vertrouwen. Wijkagenten die zich verdiepen in hun kijk op het leven en hun positie in de maatschappij, wekken nieuw vertrouwen van jongeren in de politie.

Continuïteit bieden is een voorwaarde voor het voortbestaan van vertrouwen. In een aantal professionele contexten, waarin het vaak gaat om langdurige, persoonlijke relaties met cliënten, zoals het jongerenwerk, betekent continuïteit vooral 'er zijn' voor cliënten (hoofdstuk 5 en 6). Continuïteit bieden wil niet altijd zeggen dat de relatie voortbestaat. Dat voortbestaan is namelijk bij lang niet alle professionele relaties mogelijk of wenselijk.

Denk bijvoorbeeld aan een cliënt die de instelling waarin de professional werkzaam is verlaat. Om in die gevallen continuïteit te waarborgen, wijzen de bijdragen in dit boek vooral op het belang van coördinatie (hoofdstuk 4 en 8). Dat geldt bijvoorbeeld voor de *personal coach aangepast sporten* uit hoofdstuk 8, die anticipeert op het feit dat hij of zij een tijdelijke kracht is, door al voor de start van een traject contact te zoeken en te onderhouden met een professional die de beoogde deelnemers kent en naderhand zal begeleiden. Daardoor kan de personal coach na een intensieve periode met een sportend kind met beperking de ondersteuning overdragen op die professional.

De fysieke omgeving blijkt in meerdere bijdragen aan dit boek een belangrijke bron van vertrouwen. De jongeren uit het hoofdstuk van Van Goor en Wiersma benadrukken het belang van een stabiele omgeving voor het opbouwen van zelfvertrouwen en vertrouwen in anderen (hoofdstuk 3). Ontmoetingsplekken als House of Hope genereren publieke vertrouwdheid en zijn een broedplaats voor vruchtbare confrontaties tussen de belevingswereld van cliënten en de bureaucratische en professionele logica (hoofdstuk 6). House of Hope is een mogelijk voorbeeld van de 'ontmoetingen in de tussenruimte' waar Kaulingfreks (in hoofdstuk 5) voor pleit. Dat zijn ruimten waar professionals zich openstellen voor de belevingswereld van cliënten.

Kritische houding van professionals

Wat hebben deze conclusies voor gevolgen voor professionals? De drie conclusies hebben met elkaar gemeen dat zij aanleiding geven tot een kritische houding van professionals.

Ten eerste een kritische houding ten aanzien van beleidsdoelen. Linders pleit voor een kritische houding bij sociale professionals ten opzichte van welzijnsbeleid, omdat de lokale overheid meer invloed dan ooit uitoefent op de beroepsuitoefening

(hoofdstuk 9). Integraliteit, maatwerk en dialoog zijn mogelijk de juiste doelen, maar indien zij louter dienen als de zeilen op een schip dat slechts op meer eigen verantwoordelijkheid voor burgers koerst, ondermijnt de suggestie van vrijheid en inspraak die de doelen wekken het vertrouwen in professionals. Indien professionals merken dat de doelen die in hun werk centraal staan geen recht doen aan de realiteit, en dat instrumenten - die ontwikkeld worden om die doelen na te streven – geen reëel beeld van de praktijk geven, dan moeten zij hun stem laten horen.

Ten tweede een kritische houding ten aanzien van wetenschappelijke kennis (hoofdstuk 4 en 6). Van Meijel wil zorgprofessionals bewuster maken van de rol en het belang van wetenschappelijke kennis in hun werk, zodat zij kunnen beoordelen in hoeverre aanbevelingen op groepsniveau betekenisvol, motiverend en mogelijk zijn voor een specifieke cliënt. Daar hoort ook een open houding ten aanzien van de inbreng van cliënten bij. Democratisch professionalisme, noemt Albert Dzur dat (2008). Dat wil zeggen dat de ervaringskennis en mening van cliënten serieus genomen wordt. Dat draagt ook bij aan het vertrouwen in professionals (Kremer & Tonkens 2006).

Hogeschool Inholland heeft de ambitie om toekomstige professionals een kritische houding aan te leren:

Onze opleidingen moeten in die brede basis voorzien, met enerzijds kennis van werkzame methoden en (technische) vaardigheden en anderzijds meer nadruk op *vorming*: het ontwikkelen van een krachtige identiteit als basis voor samenwerking met burgers en andere professionals en een onderzoekende, kritische houding. (Inspiratievisie, p. 11)

Hoofdstukken 9, 10 en 11 geven hier een beeld van. Joost Weling en Bodo Bombosch laten zien dat hogeschooldocenten vooral proberen realisme over te brengen op hun studenten door hen

duidelijk te maken dat zij op een plek komen te werken waar de context sterk bepalend is voor de mogelijkheden om de mens centraal te zetten. Maar met realisme alleen komen we er niet, volgens Weling en Bombosch. Problemen in de uitvoering agenderen vergt volgens hen een politiek-activistische houding (vgl. De Brabander 2019). Zij moeten bereid zijn en in staat worden gesteld om hun stem te laten horen richting management, bestuur en beleidsmakers (hoofdstuk 10). Als directeur vindt Heleen Jumelet het ook belangrijk dat hogeschoolstudenten leren hoe beleid werkt en wordt vormgegeven, maar zij waakt ervoor het beeld te laten ontstaan dat zij later als professionals het beleid moeten veranderen (hoofdstuk 11).

Weerstand bieden aan de invloed van beleid op de beroepsuitoefening vergt een dieper inzicht in de belevingswereld en omstandigheden van cliënten en vakgenoten, vindt Linders (hoofdstuk 9). Daarom pleit zij voor het bijbrengen van 'sociale reflexiviteit'. Sociaal reflexieve professionals hebben de gewenste kritische, vragende en reflecterende houding om zowel wetenschappelijke kennis als invloed van beleid aan de kaak te stellen. Linders constateert ook dat deze houding nog onvoldoende aanwezig is. Sociale professionals zijn vooral bezig met het ontwikkelen van zelfinzicht, vindt Linders. In plaats van al dat navelstaren in intervisiesessies en reflectieverslagen zouden zij hun verbeeldingskracht moeten aanspreken.

Als we het relationeel perspectief hanteren bij de sociale reflectie waar Linders voor pleit, wordt een eerste concrete stap duidelijk: meer sociale reflectie op de hulpverleningsrelatie. Van Meijel noemt dat 'mentaliseren'; een methodiek die stimuleert dat professionals 'hun eigen gedrag en dat van anderen interpreteren en verklaren vanuit achterliggende mentale toestanden zoals gedachten, gevoelens, verlangens, overtuigingen, motieven en behoeften' (hoofdstuk 4). Het is daarbij essentieel dat professionals hun verbeeldingskracht aanspreken om zich in te leven

in de mensen voor wie zij het werk doen. Vooral om zich een voorstelling te maken van wat hun manier van werken bij hun cliënten losmaakt.

Voor professionals die hun beklag doen over beleidsdoelen die niet stroken met de praktijk of die zelfs het streven naar professionele doelen in de weg staan, is het van groot belang dat er daadwerkelijk naar hen geluisterd wordt. Het is daarom niet alleen zaak om professionals een politiek-activistische houding en sociale reflexiviteit bij te brengen, maar ook om de context waarin zij werken responsief te maken voor kritische geluiden.



Geraadpleegde literatuur

Inleiding

- Clecak, P. (1983). *America's Quest for the Ideal Self. Dissent and Fulfillment in the 60s and 70s*. New York: Oxford University Press
- Ehrenreich, B. (2018). *Beyond Humanism. Praemium Erasmianum Essay 2018*. Amsterdam: Stichting Praemium Erasmianum
- Freidson, E. (2001). *Professionalism, the third logic: On the practice of knowledge*. University of Chicago Press
- Huber, M. (2013). Naar een nieuw begrip van gezondheid: Pijlers voor Positieve Gezondheid. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 91(3), 133-134
- Inholland Domein GSW (2015). *De Gezonde samenleving. Inspiratievisie domein Gezondheid, Sport en Welzijn*. Haarlem: Hogeschool Inholland
- Kampen, T. (2017). *Stimulering Gezonde Samenleving: De paradoxale praktijken van professionals in de participatiesamenleving. Lectorale rede*. Haarlem: Hogeschool Inholland
- Marshall, T.H. (1950). *Citizenship and Social Class*. Cambridge: Cambridge University Press
- Tonkens, E. (2014). *De participatiesamenleving inhumaan!*, Socrateslezing 2014. Amsterdam: Humanistisch Verbond
- Verhoeven, I., Verplanke, L. en Kampen, T. (2013). 'Affectief burgerschap in de verzorgingsstaat. Over de nieuwe publieke moraal.' In: Kampen, T., Verhoeven, I. en Verplanke, L. (red.). *De affectieve burger. Hoe de overheid verleidt en verplicht tot een nieuwe publieke moraal*. Amsterdam: Van Gennep

Hoofdstuk 1

- Bredewold, F. (2014). *Lof der oppervlakkigheid: Contact tussen mensen met een verstandelijke of psychiatrische beperking en buurtbewoners*. Amsterdam: Van Gennep
- Bredewold, F., Duyvendak, J.W., Kampen, T., Tonkens, E. en Verplanke, L. (red.) (2018a). *De verhuizing van de verzorgingsstaat. Hoe de overheid nabij komt*. Amsterdam: Van Gennep
- Bredewold, F., Verplanke, L. en Tonkens, E. (2018b). Tussen begrip en vernedering. Sociale Netwerk Versterking in de praktijk. In: Bredewold, F., Duyvendak, J.W., Kampen, T., Tonkens, E. en Verplanke, L. (red.). *De verhuizing van de verzorgingsstaat. Hoe de overheid nabij komt*. Amsterdam: Van Gennep

- Dwarsswaard, J. en Bovenkamp, H. van de (2016). Dilemma. Activeren of wensen respecteren? *Nursing*, 22(6), 46-47
- Grootegoed, E. (2013). *Dignity of dependence. Welfare state reform and the struggle for respect*. Universiteit van Amsterdam
- Hilhorst, P. en Lans, J. van der (2014). 'Ik heb niemand, ik zie niemand, niemand kan me helpen'. In: *de Groene Amsterdammer*, 9 oktober 2014, pp. 36-39
- Kampen, T., Hölsgens, V. en Tonkens, E. (2018). Emotie management aan de keukentafel: Professionals komen naar cliënten toe. In: Bredewold, F., Duyvendak, J.W., Kampen, T., Tonkens, E. en Verplanke, L. (red.). *De verhuizing van de verzorgingsstaat. Hoe de overheid nabij komt*. Amsterdam: Van Gennep
- Kampen, T. en Tonkens, E. (2018). Ruimte voor professionals? Een kwestie van geven of nemen. In: Bredewold, F., Duyvendak, J.W., Kampen, T., Tonkens, E. en Verplanke, L. (red.). *De verhuizing van de verzorgingsstaat. Hoe de overheid nabij komt*. Amsterdam: Van Gennep
- Memorie van toelichting bij Jeugdwet, 1 juli 2013 (www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2013/07/01/memorie-van-toelichting-bij-de-jeugdwet)
- Memorie van toelichting bij Wet langdurige zorg (<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-33891-3.html>)
- Memorie van toelichting bij Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2014/01/14/memorie-van-toelichting-van-wet-maatschappelijke-ondersteuning-2015)
- Memorie van toelichting bij Wet werken naar vermogen, kamerstuk 33 161, vergaderjaar 2011-2012
- Memorie van toelichting bij Zorgverzekeringswet, (<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29763-3.html>)
- Pessers, D. (2003). *Big Mother: Over de personalisering van de publieke sfeer*. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers
- Plasterk, R. (2013). Decentralisatiebrief, 19 februari 2013 (kenmerk: 2013-0000108917)
- Tonkens, E. en Kampen, T. (2018). De negen beloften van nabijheid: Een interpretatieve beleidsanalyse. In: Bredewold, F., Duyvendak, J.W., Kampen, T., Tonkens, E. en Verplanke, L. (red.). *De verhuizing van de verzorgingsstaat. Hoe de overheid nabij komt*. Amsterdam: Van Gennep
- Weele, S. van der, Bredewold, F., Grootegoed, E., Trappenburg, M. en Tonkens, E. (2018). *De kunst van ambachtelijke afstemming. Een onderzoek naar ervaringen van afhankelijkheid van mensen met een beperking en hun verwanten*. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek

Hoofdstuk 2

- Abellan Van Kan, A., Rolland, Y., Bergman, H., Morley, J.E., Kritchevsky, S.B. en Vellas, B. (2008). The I.A.N.A Task Force on frailty assessment of older people in clinical practice, *Journal of Nutrition Health and Aging*, 12(1), 29-37
- Alzheimer Nederland (z.d.). Geraadpleegd op 15 augustus 2018, op www.alzheimer-nederland.nl/nieuws/neemt-het-aantal-mensen-met-dementie-toe-af
- Andreasen, J., Sørensen, E. E., Gobbens, R. J., Lund, H. en Aadahl, M. (2014). Danish version of the Tilburg Frailty Indicator–translation, cross-cultural adaption and validity pretest by cognitive interviewing. *Archives of gerontology and geriatrics*, 59(1), 32-38.
- Arum, S. van, Enden T. van den (2018). *Sociale (wijk)teams opnieuw uitgelicht*. Utrecht: Movisie
- Assen, M.A. van, Pallast, E., Fakiri, F.E. en Gobbens, R. (2016). Measuring frailty in Dutch community-dwelling older people: Reference values of the Tilburg Frailty Indicator (TFI). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 67, 120-29
- Baltes, P.B. en Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging. The models of selective optimization with compensation. In: P.B. Baltes en M.M. Baltes (Eds.), *Successful aging: perspectives from the behavioural sciences* (pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press
- Bergman, H., Béland, F., Karunanathan, S., Hummel, S., Hogan, D. en Wolfson, C. (2004). English translation of article published in 'Gérontologie et société'. Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité. *Gérontologie et société*, 109, 15-29
- Bont, M. de, Haaren, E. van, Rosendal, H. en Wigboldus, M. (2012). *Expertisegebied wijkverpleegkundige*. Utrecht: V&VN
- Bortz, W.M. (2002). A conceptual framework of frailty: a review. *Journal of Gerontology A Biological Sciences and Medical Sciences*, 57(5), 283-88
- Campen, C. van, Ras, M. en Draak, M. den (2010). Raming van het aantal kwetsbare ouderen tot 2030. In: C. van Campen (red.). *Kwetsbare ouderen* (pp. 69-81). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau
- Campen, C. van, Iedema, J., Broese van Groenou, M. en Deeg, D. (2017). *Langer zelfstandig. Ouder worden met hulpbronnen, ondersteuning en zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau
- CBS (z.d.a) Geraadpleegd op 16 augustus 2018, op www.cbs.nl/nl/achtergrond/2015/18/beperkingen-in-dagelijkse-handelingen-bij-ouderen
- CBS (z.d.b) Geraadpleegd op 16 augustus 2018, op www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2009/49/ziekten-komen-vaak-niet-alleen

- CBS Bevolking Statistiek (z.d.). Geraadpleegd op 16 augustus 2018, op www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/.../korte.../bevolkings-statistiek
- Collard, R.M., Boter, H., Schoevers, R.A. en Oude Voshaar, R.C. (2012). Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(8), 1487-92
- Dong, L., Liu, N., Tian, X., Qiao, X., Gobbens, R., Kane, R.L. en Wang, C. (2017). Reliability and validity of the Tilburg Frailty Indicator (TFI) among Chinese community-dwelling older people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 73, 21-28
- Ensrud, K.E., Ewing, S.K., Taylor, B.C., Fink, H.A., Stone, K.L., Cauley, J.A., Tracy, J.K., Hochberg, M.C., Rodondi, N., Cawthon, P.M. (2007). Frailty and risk of falls, fracture, and mortality in older women: the study of osteoporotic fractures. *Journal of Gerontology A Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(7), 744-51
- Faber, M. von, Bootsma-van der Wiel, A., Exel, E. van, Gussekloo, J., Lagaay, A.M., Dongen, E. van, Knook, D.L., Geest, S. van der, en Westendorp, R.G. (2001). Successful aging in the oldest old: Who can be characterized as successfully aged? *Archives of Internal Medicine*, 161(22), 2694-2700
- Fried, L.P., Tangen, C.M., Walston, J., Newman, A.B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W.J., Burke, G. en McBurnie, M.A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology A Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), 146-56
- Gezondheidsraad (2005). *Vergrijzen met ambitie*. Den Haag
- Gezondheidsraad (2017). *Beweegrichtlijnen 2017*. Geraadpleegd op 20 augustus 2018, op www.gezondheidsraad.nl/nl/taak-werkwijze/werkterrein/preventie/beweegrichtlijnen-2017
- Gilleard, C., Hyde, M. en Higgs, P. (2007). The impact of age, place, aging in place on the well-being of the over 50s in England. *Research on Aging*, 29(6), 590-605
- Gobbens, R. en Assen M. van (2014). Het voorspellen van beperkingen in ADL en IADL door lichamelijke componenten van de Tilburg Frailty Indicator. *Fysiotherapie & ouderenzorg*, 26-36
- Gobbens, R., Assen M. van (2017). Kwetsbaarheid van ouderen: de invloed van omgevingsfactoren. *Geron*, 19(1)
- Gobbens, R., Luijckx, K.G., Wijnen-Sponselee, M.T. en Schols, J.M. (2010a). Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. *Nursing Outlook*, 58(2), 76-86
- Gobbens, R., Luijckx, K.G., Wijnen-Sponselee, M.T. en Schols, J.M. (2010b). Towards an integral conceptual model of frailty. *Journal of Nutrition*

- Health and Aging*, 14(3), 175-81
- Gobbens, R., Assen, M.A. van (2016). Psychometric properties of the Dutch WHOQOL-OLD. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), 103
- Gobbens, R. en Assen, M.A. van (2017). Associations between multi-dimensional frailty and quality of life among Dutch older people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 73, 69-76
- Gobbens, R., Assen, M.A. van, Luijckx, K.G. en Schols, J.M. (2012). The predictive validity of the Tilburg Frailty Indicator: disability, health care utilization, and quality of life in a population at risk. *Gerontologist*, 52(5), 619-31
- Gobbens, R., Assen, M.A. van, Luijckx, K.G., Wijnen-Sponselee, M.T. en Schols, J.M. (2010a). Determinants of frailty. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(5), 356-64
- Gobbens, R., Assen, M.A. van, Luijckx, K.G., Wijnen-Sponselee, M.T. en Schols, J.M. (2010b). The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(5), 344-55
- Gobbens, R.J., Assen, M.A., Luijckx, K.G., Wijnen-Sponselee, M.T. en Schols, J.M. (2012). [Young frail elderly: assessed using the Tilburg Frailty Indicator]. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 43(6), 296-307.
- Gobbens, R., en Assen, M. van (2018). Associations of Environmental Factors With Quality of Life in Older Adults. *Gerontologist*, 58(1), 101-10
- Havighurst, R.J. (1963). Successful aging. In: R.H. Williams, C. Tibbits, W. Donahue (Eds.), *Processes of aging* (pp. 299-320). New York: Atherton Press
- Hoogendijk, E.O., Heymans, M.W., Deeg, D.J.H. en Huisman, M. (2018). Socioeconomic Inequalities in Frailty among Older Adults: Results from a 10-Year Longitudinal Study in the Netherlands. *Gerontology*, 64(2), 157-64
- Huber, M. (2014). *Towards a new, dynamic concept of health. Its operationalization and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food*. Maastricht University, Enschede
- Kojima, G. (2016). Frailty as a Predictor of Nursing Home Placement Among Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Geriatric Physical Therapy*
- Kojima, G., Iliffe, S., Jivraj, S. en Walters, K. (2016). Association between frailty and quality of life among community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(7), 716-21
- Lambregts, J. en Grotendorst, A. (2012). *Leren van de toekomst. Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Makizako, H., Shimada, H., Doi, T., Tsutsumimoto, K. en Suzuki, T. (2015). Impact of physical frailty on disability in community-dwelling

- older adults: a prospective cohort study. *BMJ Open*, 5(9), e008462
- Markle-Reid, M. en Browne, G. (2003). Conceptualizations of frailty in relation to older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 44(1), 58-68
- Ministerie van Volksgezondheid (VWS). (2018). *Actieprogramma Eén tegen eenzaamheid*. Den Haag
- Morley, J.E., Haren, M.T., Rolland, Y. en Kim, M.J. (2006). Frailty. *Medical Clinics of North America*, 90(5), 837-47
- Oostrom, S. van en Spijkerman, A. (2016). *Ouderen van nu en straks. Deel 2: een terugblik voor kwetsbaarheid en de samenhang met multimorbiditeit*. Bilthoven: Rijksuniversiteit voor Volksgezondheid en Milieu
- Op het Veld, L.P., Rossum, E. van, Kempen, G.I., Vet, H.C. de, Hajema, K. en Beurskens, A.J. (2015). Fried phenotype of frailty: cross-sectional comparison of three frailty stages on various health domains. *BMC Geriatrics*, 15, 77
- Puts, M.T., Shekary, N., Widdershoven, G., Heldens, J., Lips, P. en Deeg, D.J. (2007). What does quality of life mean to older frail and non-frail community-dwelling adults in the Netherlands? *Quality of Life Research*, 16(2), 263-77
- Renne, I. en Gobbens, R. (2018). Effects of frailty and chronic diseases on quality of life in Dutch community-dwelling older adults: A cross-sectional study. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 325-34
- Rockwood, K., Song, X., MacKnight-c, Bergman, H., Hogan, D.B., McDowell, I. en Mitnitski, A. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Canadian Medical Association Journal*, 173(5), 489-95
- Rowe, J.W. en Kahn, R.L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237(4811), 143-49
- Runzer-Colmenares, F.M., Samper-Ternent, R., Al Snih, S., Ottenbacher, K.J., Parodi, J.F. en Wong, R. (2014). Prevalence and factors associated with frailty among Peruvian older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 58(1), 69-73
- Santiago, L.M., Luz, L.L., Mattos, I.E., Gobbens, R. en Assen, M.A. van (2013). Psychometric properties of the Brazilian version of the Tilburg frailty indicator (TFI). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 57(1), 39-45
- Schols, J. (2016). Samenwerken in wijk en buurt; een lonkend perspectief op weg naar een duurzame proactieve ouderenzorg. In: E. van der Ploeg en R. Gobbens (Eds.), *Werken met thuiswonende kwetsbare ouderen* (pp. V-VII). Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Shamliyan, T., Talley, K.M., Ramakrishnan, R., Kane, R.L. (2013). Association of frailty with survival: a systematic literature review. *Ageing Research Review*, 12(2), 719-36
- Szanton, S.L., Seplaki, C.L., Thorpe, R.J., Jr., Allen, J.K. en Fried, L.P.

- (2010). Socioeconomic status is associated with frailty: the Women's Health and Aging Studies. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(1), 63-67
- The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-09
- Uchmanowicz, I., Jankowska-Polanska, B., Uchmanowicz, B., Kowalczyk, K. en Gobbens, R. (2016). Validity and Reliability of the Polish Version of the Tilburg Frailty Indicator (TFI). *The Journal of Frailty & Aging*, 5(1), 27-32
- Verhoeven, A., Kooiker, S., Campen, J. van (2011). Perspectieven van ouderen op kwetsbaarheid en kwaliteit van leven. In: C. van Campen (red.), *Kwetsbare ouderen* (pp. 25-36). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau
- Wereldgezondheidsorganisatie (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*. Genève
- Witte, N. de, Gobbens, R., Donder, L. de, Dury, S., Buffel, T., Schols, J., en Verte, D. (2013). The comprehensive frailty assessment instrument: development, validity and reliability. *Geriatric Nursing*, 34(4), 274-81
- Wong, C.H., Weiss, D., Sourial, N., Karunanathan, S., Quail, J.M., Wolfson, C. en Bergman, H. (2010). Frailty and its association with disability and comorbidity in a community-dwelling sample of seniors in Montreal: a cross-sectional study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 22(1), 54-62
- Zorg voor beter (z.d.). Geraadpleegd op 18 augustus 2018, op www.zorgvoorbeter.nl/depressie/cijfers-ouderen

Hoofdstuk 3

- Algemene Vergadering van de Verenigde Naties (1989). *Verdrag inzake de rechten van het kind* (officiële Nederlandse vertaling), Geraadpleegd via www.kinderrechtencommissariaat.be/sites/default/files/bestanden/kinderrechtenverdrag_nederlandse_vertaling.pdf
- Anderson, S.L. (2016). Commentary on the special issue on the adolescent brain: Adolescence, trajectories, and the importance of prevention, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 70, 329-333, <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.07.012>
- Arnett, J.J. (2014). *Emerging adulthood. The Winding Road from the Late Teens Through the Twenties*. Oxford University Press: Oxford
- Dijk, M. van, Goor, R. van, Matthijssen, M., Naber, P. en Van Adrichem, H. (2016). *Jongeren & wijkteams. Verkennend onderzoek in Amsterdam, Haarlem en Rotterdam*. Amsterdam, Haarlem, Rotterdam: Hogeschool

- InHolland, geraadpleegd via http://opwegnaarvolwassenheid.nl/publicaties_en_meer/jongeren-wijkteams/
- Duijvenvoorde, A.C.K. van, Peters, S., Braams, B.R. en Crone, E.A. (2016). What motivates adolescents? Neural responses to rewards and their influence on adolescents' risk taking, learning, and cognitive control, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 70, 135-147, <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.06.037>
- Dryfoos, J.G. (1998). *Safe Passage. Making it through adolescence in a risky society. What parents, school and communities can do*. New York: Oxford University Press
- Head, B.W. (2011). Why not ask them? Mapping and promoting youth participation, *Children and Youth Services Review*, 33, 541-547
- Kinderombudsman, de (2015). *Ik kan het (niet) zelf: Een verkenning van de problematiek van de continuering van (gedwongen) hulp aan kwetsbare jongeren die de leeftijd van 18 bereiken*, geraadpleegd via www.dekinderombudsman.nl/ul/cms/fck-uploaded/2015.KOM010Ikkanhetnietzelf.pdf
- Kinderombudsman, de (2018). *Position paper betreffende de evaluatie van de Jeugdwet*, geraadpleegd via www.dekinderombudsman.nl/ul/cms/fck-uploaded/Positionpaperevaluatiejeugdwet.pdf
- Middelkoop, L. van (2017). *Toolkit 16-27. Gemeenten en professionals*. Geraadpleegd via www.16-27.nl/assets/Toolkit/073-201755toolkit-16-27def.pdf
- Middelkoop, L. van, Wietmarschen, M. van, Hilverdink, P. en Vianen, J. (2017a). *Samenwerken aan de toekomst: 16-27. Handreiking voor gemeenten*. Utrecht: Aanpak 16-27, geraadpleegd via www.16-27.nl/assets/Toolkit/073-201755handreiking-gemeenten-16-27def.pdf
- Middelkoop, L. van, Wietmarschen, M. van, Hilverdink, P. en Vianen, J. (2017b). *Samenwerken aan de toekomst: 16-27. Handreiking voor professionals*. Utrecht: Aanpak 16-27, geraadpleegd via www.16-27.nl/assets/Toolkit/073-201755stappenplan-profs-16-27def.pdf
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2013). *Memorie van toelichting bij de Jeugdwet* (kamerstuk). Geraadpleegd via www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2013/07/01/memorie-van-toelichting-bij-de-jeugdwet
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport & Ministerie van Justitie en Veiligheid (2018). *Actieprogramma Zorg voor de Jeugd*, geraadpleegd via www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/01/actieprogramma-zorg-voor-de-jeugd
- Mulder, W. (2018). *Jeugdgezondheidszorg is effectief, maar wie zorgt er voor de adolescent?* (Inzending Briljante mislukkingen Award 2018, categorie gezondheidszorg), Geraadpleegd via www.briljantemislukkingen.nl/

- nl/2018/11/21/jeugdgezondheidszorg-is-effectief-zorgt-er-adolescent/
Nederlands Jeugdinstituut (2017a). *Feiten en cijfers. Jongeren van 16-27 op weg naar zelfstandigheid*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut
- Nederlands Jeugdinstituut (2017b). *Werkdocument Samen | slim | slagvaardig kansen creëren voor minder zelfredzame jongeren 2017-2022*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut
- Nederlandse Overheid (19 september 2018). *Burgerlijk Wetboek* (Boek 1), geraadpleegd via wetten.overheid.nl/BWBR0002656/2018-09-19
- Paulsen, V. en Berg, B. (2016). Social support and interdependency in transition to adulthood from child welfare services. *Children and Youth Services Review*, 68, 125-131
- Putnam, R. (2015). *Our Kids. The American Dream in Crisis*. Simon & Schuster: New York
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2018). *Leeftijdsgrenzen. Betere kansen voor kwetsbare jongeren*. Den Haag: juni 2018
- Rijksoverheid (2014). *Wet maatschappelijke ondersteuning 2015* (Wmo), geraadpleegd via wetten.overheid.nl/BWBR0035362/2018-11-17
- Rogers, R. (2016). 'I remember thinking why isn't there someone who can help remake sense of what I'm going through?' 'Instant adulthood' and the transition of young people out of state care, *Journal of Sociology*, 47(4), 411-426
- Spanjaard, H. en Slot, W. (2015). Tijden veranderen, ontwikkelingstaken ook. *Kind en Adolescent Praktijk*, 3, 14-21
- Steketee, M., Vandenbroucke, M. en Rijkschroeff, R. (2009). *(Jeugd)zorg houdt niet op bij 18 jaar*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut
- Stevens, G., Dorsselaar, S. Van, Boer, M., Roos, S. De, Duinhof, E., Bogt, T. Ter, Eijnden, R. van den, Kuyper, L., Visser, D., Vollebergh en Looze, M. De (2018). *HBSC 2017. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Utrecht: Universiteit Utrecht
- Toezicht Sociaal Domein / Samenwerkend Toezicht Jeugd (TSD/STJ) (2017). *Ook voor kwetsbare jongeren een passende toekomst. Resultaten van vervolgonderzoek naar de kwaliteit van zorg en ondersteuning aan jongeren 18-/18+ die een JeugdzorgPlus-instelling of een Justitiële Jeugdinrichting verlaten*. Utrecht: TSD/STJ
- Vereniging Nederlandse Gemeenten (2016). *Van 18-min naar 18-plus. Handreiking voor gemeenten bij de overgang van jeugd naar volwassenheid*
- Wijsbroek, S., Poel, L. Van der en Goor, R. van (te verschijnen, 2019). Jongeren en de rol van het gezin, in J. Hermes, R. van Goor en M. De Jong (red.). *Leefwerelden van jeugd. Thuis, school, media en digitale cultuur*. Bussum: Coutinho
- ZonMW (2018). *Eerste Evaluatie Jeugdwet*. Den Haag: januari 2018

Hoofdstuk 4

- Allen, J.G., Fonagy, P. en Bateman, A.W. (2015). *Mentaliseren in de klinische praktijk*. Amsterdam: Nieuwezijds
- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11–23
- Berends, T., van de Lagemaat, M., van Meijel, B., Coenen, J., Hoek, H.W. en van Elburg, A.A. (2018). Relapse prevention in anorexia nervosa: Experiences of patients and parents. *International Journal of Mental Health Nursing*
- Berends, T., van Meijel, B. en van Elburg, A. (2012). The Anorexia Relapse Prevention Guidelines in practice: a case report. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(3), 149–155
- Bevington, D., Fuggle, P., Cracknell, L. en Fonagy, P. (2017). *Adaptive Mentalization-based Integrative Treatment. A guide for teams to develop systems of care*. Oxford: Oxford University Press
- Bosman, M. en Meijel, B. van (2006). Betekenis en behandeling van zelfverwondend gedrag. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 61 (5), 414–426
- Bosman, M. en Meijel, B. van (2009). *Begeleiding van patiënten die zelfverwonden. Een verpleegkundig interventiepakket*. Maarssen, Elsevier Gezondheidszorg
- Briere, J. en Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 609–620
- Bruins, J., Jorg, F., Bruggeman, R., Slooff, C., Corpeleijn, E. en Pijnenborg, M. (2014). The effects of lifestyle interventions on (long-term) weight management, cardiometabolic risk and depressive symptoms in people with psychotic disorders: a meta-analysis. *PloS One*, 9(12), e112276
- Claes, L. en Vandereycken, W. (2007). *Zelfverwonding. Hoe ga je ermee om?* Tiel: Lannoo
- Cook, S., Clancy, C. en Sanderson, S. (2004). Self-harm and suicide: care, interventions and policy. *Nursing Standard*, 18(43), 43–55
- De Graaf, R., Ten Have, M., van Gool, C. en van Dorsselaer, S. (2012). Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van NEMESIS-2., 54, 27–38
- De Hert, M., Cohen, D., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Leucht, S., Ndeti, D.M., ... Correll, C.U. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level.

- World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 10(2), 138–151
- De Hert, M., Correll, C.U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., ... Leucht, S. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 10(1), 52–77
- Delespaul, P. en Consensusgroep EPA. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 55(6), 427–438
- Fluttert, F.A.J., van Meijel, B., Nijman, H., Bjorkly, S. en Grypdonck, M. (2010). Preventing aggressive incidents and seclusions in forensic care by means of the 'Early Recognition Method'. *Journal of Clinical Nursing*, 19(11–12), 1529–1537
- Grypdonck, M. (1999). *Het leven boven de ziekte uittillen: de opdracht van de verpleegkunde en de verplegingswetenschap voor chronisch zieken*. Leiden: Spruyt, Van Mantgem en de Does
- Hafkenscheid, A. (2014). *De therapeutische relatie*. Utrecht: De Tijdstroom
- Hawton, K., Rodham, K. en Evans, E. (2006). *By their own young hand: deliberate self-harm and suicidal ideas in adolescents*. London: Jessica Kingsley
- Jacobson, C.M. en Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Archives of Suicide Research : Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 11(2), 129–147. 2
- Karman, P., Kool, N., Poslawsky, I.E. en van Meijel, B. (2015). Nurses' attitudes towards self-harm: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(1), 65–75
- Kool, N., van Meijel, B., Koekkoek, B., van der Bijl, J. en Kerkhof, A. (2014). Improving communication and practical skills in working with inpatients who self-harm: a pre-test/post-test study of the effects of a training programme. *BMC Psychiatry*, 14, 64
- Laursen, T.M., Nordentoft, M. en Mortensen, P.B. (2014). Excess early mortality in schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 425–448
- Looijmans, A. (2018). *Lifestyle interventions in patients with a severe mental illness. Addressing self-management and living environment to improve health*. Groningen: UMC Groningen
- McGinty, E.E., Baller, J., Azrin, S.T., Juliano-Bult, D. en Daumit, G.L. (2016). Interventions to Address Medical Conditions and Health-Risk Behaviors Among Persons With Serious Mental Illness: A Comprehensive

- Review. *Schizophrenia Bulletin*, 42(1), 96–124
- Meeuwissen, J.A.C., Meijel, B. van, Gool, R. van, Hamersveld, S. van, Bakkenes, M., Risseeuw, A.H., Feldmann, C.T., Wijtsma-van der Kolk, A., Rümke, M., Sloots-Jongen, E.M.J.N., Vuuren, I. van, Bak, M., Dermout, K., Piere, M. van, Kellen, D. van der, Heij, P. de, Maas, L. van der, Starmans, R., Daatselaar, C., Veen, C. van en Hermens, M. (Werkgroep Richtlijnontwikkeling Algemene somatische screening & Leefstijl) (2014). *Richtlijn Leefstijl bij mensen met een ernstige psychische aandoening*. Utrecht: Trimbos-instituut/V&VN
- Meeuwissen, J.A.C., Meijel, B. van, Piere, M. van, Bak, M., Bakkenes, M., Kellen, D. van der, Hamersveld, S. van, Gool, R. van, Dermout, K., Feldmann, C.T., Risseeuw, A.H., Wijtsma-van der Kolk, A., Vuuren, I. van, Rümke, M., Sloots-Jongen, E.M.J.N., Heij, P. de, Starmans, R., Daatselaar, C., Veen, C. van en Hermens, M. (Werkgroep Richtlijnontwikkeling Algemene somatische screening & Leefstijl) (2015). *Multidisciplinaire richtlijn Somatische screening bij mensen met een ernstige psychische aandoening*. Utrecht: V&VN
- Meijel, B. van (2015). *Kleurrijke perspectieven. Notities over de GGZ-verpleegkunde (oratie)*. Amsterdam: Vrije Universiteit
- Meijel, B. van (2016). *GGZ-verpleegkunde in de praktijk*. Utrecht: De Tijdstroom
- Meijel, B. van, Hamersveld, S. van, Gool, R. van, Bijl, J. van der, en Harten, P. van (2015). Effects and feasibility of the ‘traffic light method for somatic screening and lifestyle’ in patients with severe mental illness: a pilot study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 51(2), 106–113
- Munten, G., Verhoef, J. en Kuiper, C. (2016). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen. Gezamenlijke geïnformeerde besluitvorming*. Amsterdam: Boom Uitgevers
- Nixon, M., Cloutier, P. en Jansson, M. (2008). Non-suicidal self-harm in youth : A population-based survey. *Canadian Medical Association Journal*, 178, 306–312
- Nixon M.K., Cloutier P.F. en Aggarwal S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41, 1333–1341
- Os, J. van en Delespaul, Ph. (2018). Een valide kwaliteitskader voor de ggz: van benchmark-ROM aan de achterkant naar regionale regie en cocreatie aan de voorkant., 60(2), 96–104
- Schie, D. van, Castelein, S., van der Bijl, J., Meijburg, R., Stringer, B. en van Meijel, B. (2016). Systematic review of self-management in patients with schizophrenia: psychometric assessment of tools, levels of self-

- management and associated factors. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2598–2611
- Stel, J.C. Van der (2015). [Functional recovery and self-regulation: assignments for both clients and psychiatrists]. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 57(11), 815–822
- Stringer, B., van Meijel, B., Karman, P., Koekkoek, B., Hoogendoorn, A.W., Kerkhof, A.J.F.M. en Beekman, A.T.F. (2015a). Collaborative Care for Patients With Severe Personality Disorders: Preliminary Results and Active Ingredients From a Pilot Study (Part I). *Perspectives in Psychiatric Care*, 51(3), 180–189
- Stringer, B., van Meijel, B., Karman, P., Koekkoek, B., Kerkhof, A.J.F.M. en Beekman, A.T.F. (2015b). Collaborative Care for Patients With Severe Personality Disorders: Analyzing the Execution Process in a Pilot Study (Part II). *Perspectives in Psychiatric Care*, 51(3), 220–227
- Stuurgroep Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020. (2012). *Eindrapport V&V 2020: Leren van de toekomst*. Utrecht: V&VN
- Verschuieren, S., Berends, T., Kool-Goudzwaard, N., van Huigenbosch, E., Gamel, C., Dingemans, A., ... van Meijel, B. (2015). Patients with anorexia nervosa who self-injure: a phenomenological study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 51(1), 63–70
- Voort, T.Y.G. van der, Meijel, B. van, Goossens, P.J.J., Hoogendoorn, A.W., Draisma, S., Beekman, A. en Kupka, R.W. (2015a). Collaborative care for patients with bipolar disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 206(5), 393–400
- Voort, T.Y.G. van der, van Meijel, B., Hoogendoorn, A.W., Goossens, P.J.J., Beekman, A.T.F. en Kupka, R.W. (2015b). Collaborative care for patients with bipolar disorder: Effects on functioning and quality of life. *Journal of Affective Disorders*, 179, 14–22
- Zlotnick, C., Mattia, J. en Zimmerman, M. (1999). Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 187, 296–301

Hoofdstuk 5

- Baart., A. (2001). *Een theorie van de presentie*. Amsterdam: Boom
- Duijndam, C., Prins, B. i.s.m. Kaulingfreks, K. (2017). *Geboren en getuigen in de Schilderswijk: Verhalen van jongeren in een Haagse wijk over vertrouwen in de politie*. Den Haag: De Haagse Hogeschool
- Cohen S., *Folk Devils and Moral Panics*. Abingdon: Routledge 2011 (oorspr. 1972)
- Kaulingfreks, F. (2017). *Straatpolitiek: op zoek naar nieuw engagement*.

- Amsterdam: Boom
- Koning, A. de (2015). 'Citizenship agendas for the abject: the production of distrust in Amsterdam's youth and security domain'. In: *Citizenship Studies*, 19(2), pp. 155–168
- Mbembe, A., *Kritiek van de zwarte rede*. Amsterdam: Boom 2015 (oorspr. 2013)
- Nancy, J.-L., *The Inoperative Community*. Minneapolis: University of Minnesota Press 1991
- Nancy, J.-L., *Being Singular Plural*. Stanford: Stanford University Press 2000
- Oosterling, H. (1999). 'Philosophy, Art and Politics as Interesse. Towards a Lyotardian, Post-Kantian Aesthetics.' *Issues*. 9: 83-101. Maastricht: Jan van Eyk Academy, Department of Theory
- Papaikononou, Z. en Dijkman, A. (2018). *Heb je een boze moslim voor mij? Over inclusieve journalistiek*. Amsterdam: Amsterdam University Press
- Said, E. (1978). *Orientalism*. New York: Pantheon Books
- Weiner, M. (2016). 'Racialized classroom practices in a diverse Amsterdam primary school: the silencing, disparagement, and discipline of students of color' in: *Race Ethnicity and Education*, 19(6), 1351-1367

Hoofdstuk 6

- Avest, D. ter en Voorst, P. van (2014). *De huiskamer van de wijk. House of Hope – een religieus geïnspireerde praktijk*. Rotterdam: Wmo-werkplaats
- Avest, D. ter (2015). *Religieuze betrokkenheid is een voordeel voor de sociaal werker*. Sociale Vraagstukken www.socialevraagstukken.nl/sociale-praktijk/religieuze-betrokkenheid-is-een-voordeel-voor-de-sociaal-werker/
- Avest, D. ter (2017). *Op weg naar samenspel* (red.). Werkplaats Sociaal Domein Zuid-Holland Zuid (pp. 8-10). http://media.werkplaatssociaal-domeinzhz.nl/media/405-David_ter_Avest_-_Op_weg_naar_samenspel.pdf
- Baart, A. (2001). *Een theorie van de presentie*. Utrecht: Uitgeverij Lemma
- Baart, A. (2014). Het politieke welkom aan de cultivering van kwaliteitsbewustzijn. In: E. Bolt, A. Baart en G. Palmboom, *Het cultiveren van kwaliteitsbewustzijn. Leren anders te kijken, te duiden en te doen* (pp. 66-85). Utrecht: ActiZ/Stichting Presentie
- Bolt, E., Baart, A. en Palmboom, G. (2014). *Het cultiveren van kwaliteitsbewustzijn. Leren anders te kijken, te duiden en te doen*. Utrecht: ActiZ/Stichting Presentie
- Brabander, R. de (2014). *Wie wil er nu niet zelfredzaam zijn? De mythe van zelfredzaamheid*. Apeldoorn/Antwerpen: Garant

- Bredewold, F., Duyvendak, J.W., Kampen, T., Tonkens, E., Verplanke, L. (red.) (2018). *De verhuizing van de verzorgingsstaat. Hoe de overheid nabij komt*. Amsterdam: Van Genneep
- Dudevszky, S. en Lohman, S. (2015). *Activering sociale netwerken. Een onderzoek naar het vergroten van zelfredzaamheid door de inzet van Eigen Kracht – conferenties in Rotterdam*. Rotterdam: Wmo werkplaats
- Duyvendak, J.W., Verplanke, L. en Lausberg, Y. (2018). Hoe huiselijk is de keukentafel? De ambivalenties van een informele setting. In: Bredewold, F., Duyvendak, J.W., Kampen, T., Tonkens, E., Verplanke, L. (red.). *De verhuizing van de verzorgingsstaat. Hoe de overheid nabij komt*. Amsterdam: Van Genneep
- Engbersen, R. en Lupi, T. (2015). *Het belang van slow social work*. Op zoek naar nieuwe welzijnsfuncties in Rotterdam. Den Haag: Platform31
- Heijst, M. van (2005). *Menslievende zorg*. Een ethische kijk op professionaliteit. Kampen: Klement
- Hölskens, V. (2017). *Het goede leven van de burger wordt van de keukentafel geveegd*. Sociale Vraagstukken www.socialevraagstukken.nl/het-goede-leven-van-de-burger-wordt-van-de-keukentafel-geveegd/
- Kampen, T., Bredewold, F. en Tonkens, E. (2016). De beloften van nabijheid. Hoe de transitiepretenties in de praktijk uitpakken. In: Bredewold, F., Kruiter, A.J. en Ham, M. (red.). *Hoe de verzorgingsstaat verbouwd wordt. Een kroniek van een verandering*. Amsterdam: Van Genneep
- Knoope, A. (2017). Praktische wijsheid. In: Ter Avest, D. (red.). *Op weg naar samenspel*. Werkplaats Sociaal Domein Zuid-Holland Zuid (pp. 18-20). http://media.werkplaats sociaaldomeinzhz.nl/media/405-David_ter_Avest_-_Op_weg_naar_samenspel.pdf
- Kooiman, A. en Ter Avest, D. (2016). Zelforganisatie en publieke ruimten. In: H. van Ewijk, F. Spierings, M. Spierts en A. Sprinkhuizen (red.). *Basis boek sociaal werk. Derde druk* (pp. 261-276). Amsterdam: Boom
- Kunneman, H. (2013). *Kleine waarden en grote waarden. Normatieve professionalisering als politiek perspectief*. Amsterdam: SWP/Humanistics University Press
- Linders, L. (2010). *De betekenis van nabijheid: Een onderzoek naar in formele zorg in een volksbuurt*. Den Haag: SDU-uitgevers
- Nationale Ombudsman (2017). *Terug aan tafel. Onderzoek naar klachtbehandeling in het sociaal domein na de decentralisaties*. Den Haag: Bureau Nationale ombudsman
- Peeters, P.H. (2016). 'De regels belemmeren je te zien wat je eigenlijk moet doen'. Naar een betere professional #1. Interview met Andries Baart. Zorg+Welzijn www.presentie.nl/publicaties/item/download/378
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017). *Zonder context geen*

- bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg.* Den Haag: RVS
- Tonkens, E. en Kampen, T. (2018). De negen beloften van nabijheid: Een interpretatieve beleidsanalyse. In: Bredewold, F., Duyvendak, J.W., Kampen, T., Tonkens, E. en Verplanke, L. (red.). *De verhuizing van de verzorgingsstaat. Hoe de overheid nabij komt.* Amsterdam: Van Gennep
- Twist, E. van en Vliet, J. van (2018). *Ruimte voor ont-moeting.* Werkplaats Sociaal Domein Zuid-Holland Zuid.
http://media.werkplaats sociaaldomeinzhz.nl/media/461-Elizabeth_van_Twist_&_Judith_van_Vliet_-_Ruimte_voor_ont-moeting.pdf
- VPRO (2016). *Rendement van Geluk.* Tegenlicht. www.npostart.nl/vpro-tegenlicht/03-04-2016/VPWON_1246115
- Werkplaats Sociaal Domein Zuid-Holland Zuid (2018). *Schuif aan bij het keukentafelgesprek van de Werkplaats!* Rotterdam: Werkplaats Sociaal Domein Zuid-Holland Zuid www.werkplaats sociaaldomeinzhz.nl/media/535-Werkplaats_Sociaal_Domein_ZHZ_-_Flyer_Werkteam_IF.pdf
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2017). *Weten is nog geen doen. Naar een realistisch perspectief op redzaamheid.* Den Haag: WRR

Hoofdstuk 7

- Alpay, L., Doms, R. en Bijwaard, H. (2018). Embedding persuasive design for self-health management systems in Dutch healthcare informatics education: Application of a theory-based method. *Health Informatics Journal*, september 1-6, 2018
- Cooper, A., Reimann, R., Cronin, D., en Noessel, C. (2014). *About face: the essentials of interaction design.* John Wiley & Sons.
- Das, A. and Svanæs, D. (2013). Human-centred methods in the design of an e-health solution for patients undergoing weight loss treatment. *International journal of medical informatics*, 82(11), 1075-1091.
- Engelen, L. (2018). *Augmented Health Care.* Eigen beheer
- Fogg, B.J. (2009). A Behavior Model for Persuasive Design. Proceedings of the 4th International Conference on Persuasive Technology
- Franklin, V. L., Greene, A., Waller, A., Greene, S. A., en Pagliari, C. (2008). Patients' engagement with "Sweet Talk"—a text messaging support system for young people with diabetes. *Journal of medical Internet research*, 10(2).
- Gemert-Pijnen, S. Van, Kelders, H. Kip, R. Sanderman. (2018). *eHealth Research, Theory and Development.* Routledge.
- Gemert-Pijnen, L. van (2015). Persuasieve Gezondheidstechnologie Synergie door verbindingen. *Universiteit Twente Oratie*
- Geuens, J., Swinnen, T., Westhovens K. en Vlam, R. de (2016). A review of

- persuasive principles in mobile apps for chronic arthritis patients: opportunities for improvement. *JMIR*, 4(4): e118
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D. en Schnabel, P. (2011). How should we define health?. *Bmj*, 343, d4163.
- Jia G., Yang, P. en Zhou, J.(2015). A framework design for the mHealth system for self-management promotion. *Biomed Mater Eng*, 26 (Suppl. 1): S1731–S1140
- Lehto, T., en Oinas-Kukkonen, H. (2011). Persuasive features in web-based alcohol and smoking interventions: a systematic review of the literature. *Journal of medical Internet research*, 13(3).
- Lubas, M., Mitchell, J., en De Leo, G. (2014). User-centered design and augmentative and alternative communication apps for children with autism spectrum disorders. *Sage Open*, 4(2), 2158244014537501.
- Maher, M., Kaziunas, E., Ackerman, M., Derry, H., Forringer, R., Miller, K., en Choi, S. W. (2016). User-centered design groups to engage patients and caregivers with a personalized health information technology tool. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*, 22(2), 349-358.
- Norman, D. A., en Draper, S. W. (1986). *User centered system design: New perspectives on human-computer interaction*. CRC Press.
- Oinas-Kukkonen, M. en Oinas-Kukkonen, H. (2013). *Humanizing the web: Change and social innovation*. Londen: Palgrave MacMillan
- Oinas-Kukkonen, H. en Harjumaa, M. (2009). Persuasive Systems Design: Key Issues, Process Model, and System Features. *Communications of the Association for Information Systems*, 24(28) 485-500
- Pagliari, C. (2007). Design and evaluation in eHealth: challenges and implications for an interdisciplinary field. *Journal of medical Internet research*, 9(2).
- Sieverink, F. et al. (2014). The uptake and impact of a personal health record for patients with type 2 diabetes mellitus in primary care. *eTelemed*, 170–173
- Staa, A. van, Mies, L., Maten-Speksnijder, A. J. ter, de Lange, J., van van Hecke, A., Smits, C., en Simmes, F. (2017). *Verpleegkundige ondersteuning bij zelfmanagement en eigen regie*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Wereldgezondheidsorganisatie (2012). *National eHealth Strategy Toolkit Overview*, WHO Publication.
- Wouters, M., Swinkels, I., Lettow, B. V., Jong, J. D., Sinnige, J., Brabers, A., en Gennip, L. V. (2018). Infographic. E-health in verschillende snelheden: eHealth-monitor.
- Schnall, R., Rojas, M., Bakken, S., Brown, W., Carballo-Diequez, A., Carry, M., en Travers, J. (2016). A user-centered model for designing consumer

mobile health (mHealth) applications (apps). *Journal of biomedical informatics*, 60, 243-251.

VWS (2014). Kamerbrief over eHealth en Zorgverbetering \ www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2014/07/02/kamerbrief-over-e-health-en-zorgverbetering (geraadpleegd in maart 2017)

Hoofdstuk 8

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.

Blair, S. N., en Morris, J. N. (2009). Healthy hearts—and the universal benefits of being physically active: physical activity and health. *Annals of epidemiology*, 19(4), 253-256.

Dool, R. van den en C. van Lindert (2018). *Ontwikkeling sport voor mensen met een lichamelijke beperking*. Utrecht: Mulier Instituut

Gijzen, R., Oostrom, S.H. van, Schellevis, F.C. (2014). Hoeveel mensen hebben één of meer chronische ziekten? *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM

Ginis, K.A.M., Ma, J.K., Latimer-Cheung, A.E. en Rimmer, J.H. (2016): A systematic review of review articles addressing factors related to physical activity participation among children and adults with physical disabilities, *Health Psychology Review*, DOI: 10.1080/17437199.2016.1198240

Gool, C.H. van, Snijders, B.E.P., Savelkoul, M. (2014). Lichamelijk functioneren: Hoeveel mensen hebben beperkingen? In: RIVM, ed. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven

Heijden, A. von., Dool, R. van den., Lindert, C. van. en Breedveld, K. (2013). *(On)beperkt sportief 2013: monitor sport- en beweegdeelname van mensen met een handicap* (243 p. bijl. fig. ill. tab. Met lit. opg. ISBN: 9789054722588). Utrecht/ Nieuwegein: Mulier Instituut/ Arko Sports Media.

O'Donovan, G., Blazevich, A.J., Boreham, C. et al. The ABC of Physical Activity for Health: A consensus statement from the British Association of Sport and Exercise Sciences. *Journal of Sports Sciences* 2010;28:573-591

Physical Activity Guidelines Advisory Committee. Physical Activity Guidelines Advisory Report. 2008. Washington, DC: U.S., Department of Health and Human Services

Regenmortel, T. van (2009). Empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg. *Journal of Social Intervention: theory and practice*, 18(4), 22-42.

RIVM (2002). *ICF, Nederlandse vertaling van de 'International*

- Classification of Functioning, Disability and Health*'. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied*, 80(1), 1-28.
- United Nations. Article 30 - Participation in cultural life, recreation, leisure and sport. Geraadpleegd op 12/12/2018: www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-30-participation-in-cultural-life-recreation-leisure-and-sport.html
- Woittiez, I.B., Ras, M., Putman, L., Eggink, E., van der Kwartel A.J.J. (2014). Hoe vaak komt een verstandelijke beperking voor? *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM

Hoofdstuk 9

- Beck, U. (1992). *Risk society: towards a new modernity*. London: Sage
- Bergen, A. van en Wilken, J.-P. (2016). *Handboek werken in de wijk*. Amsterdam: SWP
- Bredewold, F., Duyvendak, J.W., Kampen, T., Tonkens, E. en Verplanke, L. (red.) (2018). *De verhuizing van de verzorgingsstaat. Hoe de overheid nabij komt*. Amsterdam: Van Gennep
- Denters, B., Tonkens, E., Verhoeven, I. en Bakker, J. (2013). *Burgers maken hun buurt*. Den Haag: Platform31
- Dunk-West, P. (2013). *How to be a social worker*. Hampshire: Palgrave Macmillan
- Ewijk, H. van (2012). Sociaal werkers moeten niet therapeutiseren. *Sociale Vraagstukken*. Opgevraagd van: www.socialevraagstukken.nl/toekomst-van-het-sociaal-werk/
- Feringa, D., Peels, F., Van der Sanden, J. en Linders, L. (2017). Mishandeld kind verdwijnt naar achtergrond. In: K. Van Beek, L. Steketee, L. Van Doorn en M. Ham (Eds.), *Kindermishandeling, een publiek probleem*. Utrecht: Movisie
- Geenen, M. (2012). *Reflecteren. Leren van je ervaringen als sociale professional*. Bussum: Coutinho
- Giddens, A. en Sutton, P.W. (2014). *Essential concepts in sociology*. Hoboken NJ: Wiley
- Heydt, M. en Sherman, N. (2005). Conscious Use of Self: Tuning the Instrument of Social Work Practice with Cultural Competence. *The Journal of Baccalaureate Social Work*, 10(2), 25-40
- Inholland Domein GSW. (2015). *De Gezonde samenleving. Inspiratievisie domein Gezondheid, Sport en Welzijn*: Inholland

- Kenniscentrum HAN SOCIAAL (2015). *Praktische hulpmiddelen voor maatschappelijke dienstverlening*. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
- Kooiman, A., Wilken, J.-P., Stam, M., Jansen, E. en Van Biene, M. (2015). *Leren transformeren. Hoe faciliteer je praktijkinnovatie in tijden van transitie?* Utrecht: Movisie
- Kunneman, H. (2005). *Voorbij het dikke-ik*. Amsterdam: SWP
- Lichterhan, P. (2005). *Elusive Togetherness. Church Groups Trying to Bridge America's Divisions*. Princeton/Oxford: Princeton University Press
- Linders, L. (2010). *De betekenis van nabijheid. Een onderzoek naar informele zorg in een volksbuurt*. Den Haag: Sdu
- Linders, L. en Feringa, D. (2014). *De Kunst van het Laten. Doe-het-zelf-zorg en rolverwarring in tijden van transitie*. Utrecht: Movisie
- Linders, L., Feringa, D., Potting, M. en Jager-Vreugdenhil, M. (2016). *Tussen regels en vertrouwen. Veranderende sociale rollen in de verzorgingsstaat*. Amsterdam: Van Gennep
- Linders, L. en Verharen, L. (2017). Missie Sociaal Werk. In: Platform Lectoren Sociaal Werk (red.), *Denken over professionaliteit sociaal werk*. Platform Lectoren Sociaal Werk (PLSW)
- Mead, G. H. (1934). *Mind, self and society from the standpoint of a social behaviorist*. Chicago: Chicago University Press
- Niessen, T. en Cox, K. (2011). *Innoverend leren in het ZorgInnovatie-Centrum. Het creëren van ruimte voor vernieuwing*. Den Haag: Boom/Lemma
- Regenmortel, T. van (2009). Empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 18(4), 22-42
- Salisch, M. von en Ronde, M. A. de (2018). Interactief Theater in het sociale domein: een speelse leeromgeving voor normatieve professionalisering. *Waardenwerk*, 18(73), 12-32.
- Sanden, J. van der, Feringa, D., Peels, F. en Linders, L. (2017). *Kind verdwijnt naar achtergrond. Een onderzoek naar de transformatie binnen het jeugdwelzijn, de jeugdzorg en de jeugdgezondheidszorg*. Eindhoven: Fontys Hogescholen
- Scholten, M., Sprinkhuizen, A. en Zuithof, M. (2012). *De generalist. De sociale professional aan de basis*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Schön, D. (1983). *The reflective practitioner*. Aldershot: Arena
- Spierings, F., De Vos, N., Jager-Vreugdenhil, M., Van Doorn, L. en Wilken, J.-P. (2018). Pleidooi voor socioprudentie in het sociaal werk. In: Platform Lectoren Sociaal Werk (red.), *Denken over professionaliteit sociaal werk*. Standplaats: Platform Lectoren Sociaal Werk

- Verhoeven, I. en Tonkens, E. (2011). Bewonersinitiatieven: partnerschap tussen burgers en overheid. *Beleid en maatschappij*, 38(4), 418-437
- Witte, T. (2018). Sociaal Werk en Sociaal Beleid. Noodzaak van het 'ongepaste' mee- en tegenbewegen in de beleidsarena. In: Platform Lectoren Sociaal Werk (red.), *Denken over professionaliteit sociaal werk*. Platform Lectoren Sociaal Werk (PLSW)

Hoofdstuk 10

- Castells, M. (2011). *The Rise of the Network Society*. West-Sussex: John Wiley & Sons Ltd
- Chickodonz, G.H. (1986). Creating a person-centered environment for a new graduate nursing program. *Person-Centered Review*, 1(3), 201-220
- Dee Fink, F. (2003). *A Self-Directed Guide to Designing Courses for Significant Learning*. San Francisco: Jossey-Bass
- Lans, N. van der (2019, 29 januari). We zijn er voor de cliënten (burgers) – houdt toch op. Opgevraagd van: www.socialelvraagstukken.nl
- Oosterom, R. (2017, 6 maart). GGZ Nederland: bezwijkt onder regeldruk. Opgevraagd van: www.trouw.nl
- Pel-Litttel, R., Vlek H., Driessen S. (2013). Guided Care bij multimorbiditeit: niet de ziekte maar de mens centraal! *BijzijnXL*, 6(1), 8-11
- Raad voor Dierenaangelegenheden (2012). *De mens centraal? Ethische dilemma's bij gezondheidsbeleid met goede zorg voor dier en natuur*. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid
- Rigter, J. (2008). *Het palet van de psychologie: stromingen en hun toepassingen in hulpverlening en opvoeding*. Bussum: Coutinho
- Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton-Mifflin
- Rogers, C. (1968). *Freedom to Learn: A View of What Education Might Become*. Indianapolis: Merrill Publishing Company
- Rogers, C. (1983). Freedom to learn for the 80s. Columbus, OH: Charles E. Merrill Publishing Company. Tidwell, J. (2002). *UI Patterns and Techniques [Online]*. Retrieved Nov, 19, 2002.
- Schaftenaar, P. en Baart, A. (2018, 23 juli). Relatiegericht werken helpt tegen draaideurpsychiatrie. Opgevraagd van: www.socialelvraagstukken.nl
- Winter, P. de. (2009). *Met sociale innovatie de performance verbeteren van MKB bedrijven* (bachelorscriptie HZ Hogeschool). Opgevraagd van <https://hbo-kennisbank.nl>
- Zimring, F. (1994). Carl Rogers. *Prospects: the quarterly review of comparative education*, 26,(3/4). 411-422

Conclusie

- Avest, D. ter (2017) *Op weg naar samenspel*. (red.) Werkplaats Sociaal Domein Zuid-Holland Zuid. pp.8-10. http://media.werkplaats sociaal domeinzhz.nl/media/405-David_ter_Avest_-_Op_weg_naar_samenspel.pdf.
- Baart, A. (2001) *Een theorie van de presentie*. Amsterdam: Boom
- Berlant, L. G. (2011) *Cruel optimism*. Duke University Press.
- Bos, R. ten (2015) *Bureaucratie is een inktvis*. Amsterdam: Boom.
- Brabander, R. de (2019) *Politiseren gaat verder dan waarborgen van rechten*. <https://www.socialelvraagstukken.nl/politiseren-gaat-verder-dan-waarborgen-van-rechten/>
- Bredewold, F., Duyvendak, J.W., Kampen, T., Tonkens, E. en Verplanke, L. (2018) *De verhuizing van de verzorgingsstaat. Hoe de overheid nabij komt*. Amsterdam: Van Gennep.
- Dzur, A. W. (2008) *Democratic professionalism: Citizen participation and the reconstruction of professional ethics, identity, and practice*. Penn State Press.
- Feringa, D., Peels, F., Van der Sanden, J., en Linders, L. (2017) Mishandeld kind verdwijnt naar achtergrond. In K. Van Beek, L. Steketee, L. Van Doorn, en M. Ham (Eds.), *Kindermishandeling, een publiek probleem*. Utrecht: Movisie.
- Freidson, E. (2001) *Professionalism, the third logic: On the practice of knowledge*. University of Chicago press.
- Inholland Domein GSW (2015) *De Gezonde samenleving. Inspiratievisie domein Gezondheid, Sport en Welzijn*: Inholland.
- Kampen, T. (2017) *Stimulering Gezonde Samenleving: De paradoxale praktijken van professionals in de participatiesamenleving. Lectorale rede*. Haarlem: Hogeschool Inholland
- Kampen, T. en Tonkens, E. (2018) Ruimte voor professionals? Een kwestie van geven of nemen. In: Bredewold, F., Duyvendak, J.W., Kampen, T., Tonkens, E. en Verplanke, L. (red) *De verhuizing van de verzorgingsstaat. Hoe de overheid nabij komt*. Amsterdam: Van Gennep
- Kremer, M. en Tonkens, E. (2006) Authority, trust, knowledge and the public good in disarray, In: Duyvendak, J. W., Knijn, T. en Kremer, M. (eds.) *Policy, people, and the new professional: de-professionalisation and re-professionalisation in care and welfare*. Amsterdam University Press, pp. 122-134.
- Linders, L. en Feringa, D. (2014) *De Kunst van het Laten. Doe-het-zelf-zorg en rolverwarring in tijden van transitie*. Utrecht: Movisie.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2012) *Een beroep op de burger. Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid*. Den Haag: SCP

- Tonkens, E. (2014) *De participatiesamenleving inhumaan?*, Socrateslezing 2014. Humanistisch Verbond, Amsterdam.
- Tonkens, E. en Kampen, T. (2018) De negen beloften van nabijheid: Een interpretatieve beleidsanalyse. In: Bredewold, F., Duyvendak, J.W., Kampen, T., Tonkens, E. en Verplanke, L. (red) *De verhuizing van de verzorgingsstaat. Hoe de overheid nabij komt*. Amsterdam: Van Gennep.



Over de auteurs

Alle auteurs zijn werkzaam (geweest) bij Hogeschool Inholland.

Laurence Alpay is sinds januari 2017 als associate lector eHealth verbonden aan de onderzoekslijn *Medische Technologie*. Haar onderzoeksthema's bevinden zich op het snijvlak van zorg en technologie ('*Healthcare Informatics*'). Zij houdt zich bezig met het verbeteren van het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën in de gezondheidszorg en het ontwerpen van persuasieve eHealth. Daarnaast werkt Laurence als docent voor de *Master Advanced Health Informatics Practice* en is gedetacheerd als practor Zorg en Welzijn Technologie bij het Nova College.

David ter Avest is stadsgeograaf en sinds 2013 als onderzoeker verbonden aan het lectoraat *Dynamiek van de Stad*. Hij is projectleider bij de *Werkplaats Sociaal Domein Zuid-Holland Zuid*. Daarnaast is hij docent *Ruimtelijke ontwikkeling* bij Hogeschool Rotterdam. Zijn onderzoekerrein beslaat zowel het sociaal domein als het ruimtelijk domein waarbij voortdurend de onderlinge wisselwerking wordt opgezocht.

Harmen Bijwaard is sinds 2013 lector *Medische Technologie*. Daarnaast is hij senior onderzoeker bij het *Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu*. Bijwaard doet praktijkgericht onderzoek in de medische beeldvorming, radiotherapie en ict in de zorg. Zijn onderzoeksresultaten worden toegepast in de bacheloropleiding *Medisch Beeldvormende en Radiotherapeutische Technieken* en de masteropleidingen *Medical Imaging/Radiation Oncology* en *Advanced Health Informatics Practice*.

Bodo Bombosch was van 2016 tot 2018 als docent/onderzoeker verbonden aan de lectoraten *Maatschappelijk Werk* en *Stimuleren Gezonde Samenleving*. Hij gaf les aan studenten *Social Work* en werkte aan een onderzoek naar de veranderende rol van kennis in besluitvorming door sociale professionals.

Marije Deutekom is sinds 2015 lector *Kracht van Sport*. Haar onderzoekslijn is een samenwerking met de Hogeschool van Amsterdam. Eerder verrichte zij als post-doc bij de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC onderzoek naar de evaluatie van een beweegprogramma (*Bewegen op Recept*) voor allochtone vrouwen. Momenteel onderzoekt Deutekom de effectiviteit van interventies gericht op sportparticipatie, in het bijzonder de bijdrage aan het welbevinden van kwetsbare doelgroepen via onder meer aangepaste sport.

Rob Doms is opleidingscoördinator en kerndocent van de Master *Advanced Health Informatics Practice*. Daarnaast is hij projectleider van het *Inholland Health & Technology Centre*. Zijn expertisegebieden zijn: *Computing in Mathematics, Natural Science, Engineering and Medicine, Information Science*.

Robbert Gobbens startte in 2015 als associate lector multimorbiditeit en werkt sinds 2017 als lector *Gezondheid & Welzijn van Kwetsbare Ouderen*. Geïnitieerd door de Zonnehuisgroep Amstelland, doet Gobbens praktijkgericht onderzoek naar kwetsbaarheid bij ouderen. Hij is vooral geïnteresseerd in de gevolgen van kwetsbaarheid op kwaliteit van leven. Onder zijn redactie verscheen in 2016 het boek *Werken met thuiswonende kwetsbare ouderen* (in 2016 met Eva van der Ploeg).

Roel van Goor is associate lector *Jeugd en Samenleving*. Hij is als coördinator en onderzoeker betrokken bij verschillende onderzoeksprojecten op het gebied van interprofessioneel werken en leren in wijkteams jeugd en gezin, en de begeleiding van jongeren in hun overgang naar volwassenheid. Onder zijn redactie verschenen *Inleiding in de pedagogiek, deel I en II* (in 2016 met Paul Smeyers, Stefan Ramaekers en Bruno Vanobbergen) bij Boom uitgevers en *Leefwerelden van Jongeren. Thuis, School, Media en Digitale Cultuur* (in 2019 met Joke Hermes en Machteld de Jong) bij uitgeverij Coutinho.

Heleen Jumelet is sociaal pedagoog en werkzaam als hogeschool-directeur *Gezondheid, Sport en Welzijn*. Daarvoor werkte zij als adviseur en interim-bestuurder binnen de zorg, welzijn & maatschappelijke dienstverlening en het onderwijs. Ook was zij o.a. coördinator van diverse landelijke professionaliserings- en innovatieprogramma's, voorzitter van diverse ZonMw-programma's en directeur van *Stichting Alexander*, onderzoeksinstituut voor participatief onderzoek. Daarnaast was Jumelet associate lector jeugdzorg (*Empowerment & Professionalisation*).

Thomas Kampen is socioloog en als universitair docent verbonden aan de Universiteit voor Humanistiek. Daarnaast was hij van 2016 tot 2019 bijzonder lector *Stimulering Gezonde Samenleving*. Zijn lectoraat is mede mogelijk gemaakt door de Koninklijke Hollandse Maatschappij der Wetenschappen en de gemeente Haarlem. Onder zijn redactie verschenen eerder *De verhuizing van de verzorgingsstaat* (in 2018 met Femmianne Bredewold, Jan Willem Duyvendak, Evelien Tonkens en Loes Verplanke) en *De affectieve burger* (in 2013 met Imrat Verhoeven en Loes Verplanke), beide bij Uitgeverij Van Gennep.

Femke Kaulingfreks is sinds maart 2018 lector *Jeugd en Samenleving*. Zij houdt zich in haar lectoraat bezig met vraagstukken rondom opgroeien en opvoeden. In haar praktijkgericht onderzoek richt zij zich op jeugdempowerment in de wijk, veerkrachtig opgroeien en veranderend vakmanschap van jeugdprofessionals. In 2017 verscheen haar boek *Straatpolitiek* (bij Uitgeverij Boom).

Afke Kerstra is bewegingswetenschapper en als docent/onderzoeker verbonden aan de opleiding *Sportkunde* en het lectoraat *Kracht van Sport*. Zij is projectleider van de interventie *Mijn personal coach aangepast sporten* dat binnen het EU project *Sport Empowers Disabled Youth* ontwikkeld is. Daarnaast is Afke voorzitter van het Europese netwerk *Physical activity and Lifestyle*.

Lilian Linders is sinds 1 september 2018 lector *Empowerment & Professionalisering Sociaal Domein*. Eerder werkte zij als lector aan Fontys Hogeschool. Met haar onderzoek draagt Linders bij aan de ontwikkeling van professionals die kunnen omgaan met een snel veranderende werkomgeving en toepassingen die bruikbaar zijn in het werkveld. Onder haar redactie verschenen eerder *Tussen Regels en Vertrouwen* (in 2016 met Dana Feringa, Marianne Potting en Marja Jager-Vreugdenhil) en *Verlossing van Schuld en Boete* (in 2014 met Stijn Verhagen en Marcel Ham), beide bij Uitgeverij Van Gennep.

Berno van Meijel is lector en bijzonder hoogleraar GGZ-Verpleegkunde. Hij doet praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, de verstandelijke gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg. Naast de Hogeschool Inholland werkt Van Meijel bij het *Amsterdam UMC* (afdeling Psychiatrie), de *Parnassia Groep* in Den Haag en de *Opleidingsinstelling GGZ-verpleegkundigspecialisten* in Utrecht.

Guido Walraven is sinds maart 2005 lector Dynamiek van de Stad: lokale en globale netwerken. Hij geeft leiding aan praktijkgericht onderzoek naar de aanpak van grootstedelijke vraagstukken, met name in het sociale domein. Zijn onderzoeksprojecten zijn gericht op vraagstukken rond stedelijk burgerschap, maatschappelijke in- en uitsluiting, de transformatie van het sociaal domein, sociaal ondernemerschap en sociale innovatie. Onder zijn redactie verschenen eerder *Sociaal Ondernemerschap in de Participatiesamenleving: Van de brave naar de eigenwijze burger* (in 2013 met Erik Sterk en Maurice Specht) bij Garant-Uitgevers; en *Sociale Innovatie in de Praktijk: Zoeken naar nieuwe antwoorden op maatschappelijke vraagstukken* (in 2018 met Philip Karré en Hans Dagevos) bij Van Gorcum.

Joost Weling is als docent/onderzoeker verbonden aan het lectoraat *Empowerment & Professionalisering Sociaal Domein*. Hij geeft les aan studenten Social Work en werkt momenteel aan een onderzoek naar arbeidsmarktactivering op wijkniveau.

Marte Wiersma werkt sinds eind november 2017 als junior onderzoeker bij het lectoraat *Jeugd en Samenleving*. Haar onderzoek is gericht op ondersteuning van jeugd in overgang naar volwassenheid. Daarnaast is zij betrokken bij een onderzoek naar de maatschappelijke participatie van jeugdigen met psychische en/of gedragsproblematiek dat vanuit de *Kenniswerkplaats Transformatie Jeugd Amsterdam* verricht wordt.

