

Van individueel naar collectief: *collectieve inbedding van ondersteuningsvragen*

Een kwalitatief onderzoek naar belemmerende en bevorderende factoren in de collectieve inbedding van ondersteuningsvragen door formele zorgverleners in sociale (wijk) teams.

Masterscriptie Janine Pelleboer (5622131)
Eerste begeleider: Dr. René van Rijsselt
Tweede begeleider: Dr. Marcel Tweede Hoogenboom
Aantal woorden: 10.436
Faculteit: Algemene Sociale Wetenschappen
Master: Arbeid, Zorg en Participatie
Datum: 29 juni 2016

Oprichtgever: Gemeente Deventer
Begeleider: Dhr. Rob Lub

Universiteit Utrecht



Inhoudsopgave

| | |
|--|-----------|
| Voorwoord | 2 |
| Samenvatting | 3 |
| 1. Inleiding | 4 |
| 2. Theoretisch kader | 6 |
| 2.1 Formele en informele zorgverlening..... | 6 |
| 2.2 Individueel versus collectief..... | 8 |
| 2.3 Overwegingen | 9 |
| 2.4 Collectieve Handelingstheorie | 10 |
| 2.5 Conclusie..... | 11 |
| 3. Vraagstelling | 11 |
| 4. Onderzoeksmethode | 12 |
| 4.1 Onderzoekdesign..... | 12 |
| 4.2 Onderzoekspopulatie..... | 12 |
| 4.3 Operationalisering | 13 |
| 4.4 Data-analyse..... | 14 |
| 4.5 Betrouwbaarheid en validiteit | 14 |
| 5. Resultaten | 15 |
| 5.1 Soort ondersteuningsvragen | 15 |
| 5.2 Gebruik van collectieve mogelijkheden..... | 15 |
| 5.3 Succesvol ervaren collectieve inbedding | 19 |
| 5.4 Niet succesvol ervaren collectieve inbedding..... | 22 |
| 5.5 Bijvangst: Overzicht bevorderende en belemmerende factoren | 23 |
| 6. Conclusie en discussie | 23 |
| 7. Aanbevelingen | 27 |
| Referenties | 29 |
| Bijlage A. Topiclijst Formele zorgverleners en Wijkmanagers | 32 |
| Bijlage B. Codeboom | 34 |
| Bijlage C. Overzicht bevorderende en belemmerende factoren | 38 |

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterthesis, het resultaat van mijn afstudeeronderzoek voor de master Arbeid Zorg en Participatie. Hoewel er zeker de nodige stress bij kwam kijken, heb ik de afgelopen maanden met veel plezier aan dit onderzoek gewerkt. Daar wil ik dan ook een aantal mensen voor bedanken.

Allereerst, leden van de sociale teams en wijkmanagers van de Gemeente Deventer: bedankt dat jullie mee wilden werken aan mijn onderzoek, ik heb niet alleen veel informatie van jullie gekregen, ik vond het ook leuke interviews! Daarnaast mijn grote dank voor Rob Lub, die altijd bereid was om gesprekken te voeren over het onderzoek. Hier heb ik veel aan gehad. Ten slotte wil ik Marieke Stork nog bedanken, die vooral in de beginfase van het onderzoek meegedacht heeft. Ook had ik dit onderzoek niet kunnen voltooien zonder hulp van mijn thesisbegeleider René van Rijsselt. Bedankt voor de feedback en het kritisch meedenken. Ook mijn thesisgroepje, waar ik ontzettend veel geluk mee heb gehad, heeft gezorgd voor steun en feedback: Lisa W., Lisa S., Lianne en Birgit: bedankt! Ten slotte wil ik mijn vrienden en familie bedanken voor de steun en het begrip, een aantal van jullie heb ik de afgelopen tijd erg verwaarloosd. Ik zal het de komende tijd goed maken...

Ik wil graag afsluiten met een gedachte, die ik een paar weken geleden R. Azarhoosh heb horen zeggen tijdens een lezing. Mijns inziens is dit een mooi startpunt voor het onderzoek, dat ten slotte (indirect) gaat over “kwetsbare” burgers/bewoners met ondersteuningsvragen op het gebied van zelfredzaamheid:

“Kwetsbare mensen bestaan niet, kwetsbare omstandigheden maken een mens.” (R. Azarhoosh)

29 juni 2016,
Janine Pelleboer

Samenvatting

Ongeveer 2,1 miljoen Nederlanders hebben een ondersteuningsvraag op het gebied van zelfredzaamheid en hebben in 2015 gebruik gemaakt van een individuele zorgvoorziening (SCP, 2016). In de huidige samenleving streeft het beleid echter naar een verschuiving van *'individuele naar collectieve voorzieningen'* (RIVM, 2014). Deze verschuiving vraagt een verandering in handelingswijzen van formele zorgverleners in sociale teams van Gemeente Deventer, die te maken krijgen met ondersteuningsvragen van burgers. In dit onderzoek stond daarom centraal inzicht te bieden in de wijze waarop formele zorgverleners ondersteuningsvragen op een collectieve wijze inbedden en wat hierin bevorderend of belemmerend werkt. Er is gebleken dat ondersteuningsvragen worden doorverwezen naar bestaande (formele, algemene en informele) collectieve initiatieven en dat formele zorgverleners een ondersteunende of faciliterende rol hebben in het (mede) opzetten van collectieve initiatieven. Om voor een collectieve ondersteuningsmogelijkheid te kiezen, komen verschillende overwegingen aan bod, zoals kostenreductie en mogelijkheid tot contact. In het doorverwijzen en (mede) opzetten, spelen verschillende factoren een rol die hierin een bevorderende of belemmerende invloed hebben. Opvallend is dat bevorderende factoren (zoals kennis van de wijk, tijd en budget) veelal belemmerende factoren worden, wanneer die factoren niet aanwezig zijn. De bevorderende en belemmerende factoren zijn te verdelen in drie categorieën: '(handelingswijzen van) Formele Zorgverleners', 'Bewoners' en 'Externe Factoren'. Naar aanleiding van de factoren wordt er aanbevolen om te voldoen aan voorwaarden (voor succesvolle medewerking aan het collectief inbedden van ondersteuningsvragen) die in de Collectieve Handelingstheorie naar voren komen: investeren in een gemeenschappelijk belang met samenwerkingsrelaties en zichtbaarheid van participatie vergroten door te investeren in bevorderende factoren. Daarnaast wordt aanbevolen onderzoek te doen naar hoe collectieve voorzieningen en bewoners de samenwerking met formele zorgverleners ervaren, omdat de doelstelling van sociale teams uiteindelijk is om zorg zo goed en zo dicht mogelijk bij bewoners te houden (Movisie, 2016).

1. Inleiding

In de huidige samenleving benadrukt het landelijke zorg- en welzijnsbeleid de verschuiving van *'individuele voorzieningen naar collectieve voorzieningen'* (Ministerie van VWS, 2010; RIVM, 2014; Plasterk, 2013; Pommers, Eggink & Ooms, 2016). Onder dit 'collectief' vallen bijvoorbeeld informele collectieve voorzieningen: burgerinitiatieven. Deze vorm van zorg- en ondersteuning, dóór en vóór burgers die zich niet geheel zelfstandig in de maatschappij kunnen redden, staat aan het begin van een serie veranderingen in de samenleving. Want: in 2040 zullen burgers volgens het toekomstperspectief, dat is opgesteld door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), 'aan het roer staan'. Doordat burgers zelf verantwoordelijkheid voor hun leven nemen zal de rol van professionals zowel in zorgverlening als beleidsmatig ingrijpend veranderen (RIVM, 2014). Naast de nadruk op burgerinitiatieven, is er de laatste jaren ook nadruk komen te liggen op andere vormen van collectieve ondersteuning. Dit zijn bijvoorbeeld buurtcentra en andere publieke voorzieningen die ondersteuningsvragen op het gebied van zelfredzaamheid kunnen ondersteunen (Ministerie van VWS, 2010). Maar welke gevolgen heeft de nadruk op collectieve inbedding van ondersteuningsvragen voor handelingswijzen van professionals in de zorg (oftewel: formele zorgverleners) anno 2016?

Uit het onlangs verschenen rapport (mei 2016) van het Sociaal Cultureel Planbureau bleek namelijk dat ongeveer één op de acht mensen (circa 2,1 miljoen Nederlanders) in 2015 een ondersteuningsvraag had op het gebied van zelfredzaamheid. Hiervoor hebben zij gebruik gemaakt van een individuele voorziening in het sociale domein. Individuele voorzieningen bieden maatwerk voor het oplossen van ondersteuningsvragen op het gebied van zelfredzaamheid. Deze voorzieningen zijn toegankelijk via een beschikking van gemeenten, die sinds 1 januari 2015 verantwoordelijk zijn geworden voor de uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015, de Participatiewet en de Jeugdwet (SCP, 2016).

Naast individuele voorzieningen zijn er binnen het sociale domein dus ook collectieve voorzieningen, die toegankelijk zijn zonder beschikking. Gemeenten streven naar de inzet van zoveel mogelijk collectieve voorzieningen, om de inzet van maatwerkvoorzieningen te beperken (Pommers, et al., 2016). De financiering van individuele zorgverlening is de laatste jaren namelijk onder druk komen te staan, waardoor een collectieve aanpak van ondersteuningsvragen een aantrekkelijke optie is geworden (Plasterk, 2013; Ministerie van VWS, 2010). Hoewel in landelijk beleid nadruk op 'het collectieve' als oplossing voor ondersteuningsvragen wordt gelegd, is er nog geen zicht op de manier waarop, en de mate waarin er in Nederland gebruik wordt gemaakt van dergelijke collectieve voorzieningen (Keuzekamp, 2015; Pommers, et al., 2016). Keuzenkamp (2015) benadrukt echter dat het wel van belang is om te onderzoeken hoe dit

nu al gebeurd, wat er goed gaat en wat er eventueel beter kan. Een mooie aanleiding om dit vanuit het perspectief van formele zorgverleners te bekijken. Zij hebben te maken met ondersteuningsvragen van burgers, én hebben de mogelijkheid om een bijdrage te leveren in de verschuiving van ‘*individueel naar collectief*’.

Om de fundamentele verandering in de hulp-, dienst- en zorgverlening mogelijk te maken (die aansluit bij het toekomstperspectief van 2040) heeft Gemeente Deventer evenals het kabinet en andere gemeenten, de ambitie om kracht van burgers te benutten en versterken. Daarbij willen gemeenten ervoor zorgen dat sociale problematiek integraal aangepakt wordt en er aanzienlijke bezuinigingen plaatsvinden (RIVM, 2014; Oude Vrielink, Van der Kolk & Klok, 2014). Om hulp te bieden aan burgers die ondersteuning nodig hebben heeft Gemeente Deventer ‘sociale teams’ opgericht. Deze teams bestaan uit professionals die afkomstig zijn uit diverse organisaties en een generalistische en integrale werkwijze hebben waarmee ze sociale problematiek aan pakken (Oude Vrielink et al., 2014). Voor veel formele zorgverleners uit sociale teams is werken vanuit een collectieve insteek nieuw. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is het schakelen tussen collectief en individueel ondersteuningsniveau, waarbij de aard van de problematiek bepalend is voor de aanpak ervan (Sok, Lucassen & Van den Bosch, 2013; Ministerie van VWS, 2010).

Uit een onderzoek naar sociale teams¹ bleek dat zij, om gehoor te geven aan de roep om ‘actief burgerschap’, er verstandig aan doen aan te sluiten bij collectieve voorzieningen in de wijk. Er is echter ook uit het onderzoek gebleken dat in veel gemeenten, waaronder Deventer, nog niet duidelijk is of, en op welke manier formele zorgverleners in sociale teams de mogelijkheden van burgers en vrijwilligers benutten om aan te sluiten op bestaand collectief aanbod in de wijk (Movisie, 2014). Daarnaast bleek uit een recent onderzoek, gericht op de werkwijze van formele zorgverleners in sociale teams, dat er voornamelijk individueel gerichte ondersteuning wordt geboden, en er niet altijd toegekomen wordt aan het ‘collectieve’ deel: (onder andere) het ondersteunen en faciliteren van collectieve voorzieningen in de wijk² (Movisie, 2016). Olson (2002) vraagt zich af waarom mensen die belang hebben bij de voorziening of ondersteuning van een ‘collectief goed’, vaak niet participeren in de realisering hiervan. Uitgangspunten in de Collectieve Handelingstheorie (Olson, 2002) bieden dan ook mogelijke verklaringen voor de wijze waarop (en waarom) formele zorgverleners ondersteuningsvragen collectief inbedden of aansluiten bij collectieve voorzieningen in de wijk.

¹ Het onderzoek had betrekking op de ‘state-of-the-art’ (vordering, gebruik, dekking, voorbereiding, vorm, samenstelling, toegang, input/output/outcome, evaluatie en monitoring) van sociale teams in 224 gemeenten (Movisie, 2014).

² Uit onderzoek van Movisie (2016) naar de stand van zaken in sociale (wijk) teams ná de decentralisaties, bleek dat 38% van de deelnemende gemeenten nog niet toekomen aan het ‘faciliteren en ondersteunen van collectieve voorzieningen in de wijk’.

Wanneer niet wordt aangesloten op bestaand aanbod of mogelijkheden van burgers en vrijwilligers om een bijdrage te leveren in zorg- en ondersteuning, kan dit een belemmerende invloed hebben op de collectieve inbedding van ondersteuningsvragen. In dit onderzoek staat daarom centraal inzicht te bieden in de wijze waarop formele zorgverleners in sociale teams ondersteuningsvragen op een collectieve wijze inbedden en wat hierin bevorderend of belemmerend werkt. Kennis rondom het collectief inbedden kan een bijdrage leveren aan de doelstelling van sociale teams om collectieve voorzieningen in de wijk te faciliteren en ondersteuning te bieden. Daarnaast kan het een bijdrage leveren aan de doelstelling om als sociaal team aan te sluiten op mogelijkheden van bewoners en vrijwilligers. Dit heeft uiteindelijk als doel dat de zorg beter en dichter bij de burgers plaatsvindt en de zelfredzaamheid vergroot wordt (Movisie, 2016).

2. Theoretisch kader

Het thema ‘collectief inbedden van ondersteuningsvragen’ is vanuit een gedragswetenschappelijke discipline benaderd, waarbij theoretische concepten (rondom *expertise* en *overwegingen*) en de Collectieve Handelingstheorie (Olson, 2002) met elkaar zijn geïntegreerd zodat deze verklaringen biedt voor handelingswijzen van formele zorgverleners. Daarnaast is het onderzoek geplaatst in een maatschappelijke context. Er wordt in de huidige samenleving steeds vaker beroep gedaan op samenwerking tussen informele- en formele zorgverleners. Het onderscheid tussen formele en informele zorgverlening zal dan ook toegelicht zijn. Wanneer formele zorgverleners ondersteuningsvragen op een collectieve manier inbedden, dan is er sprake van een samenwerkingsverband tussen verschillende disciplines van zorgverleners. Er zijn dan ook voorwaarden beschreven die gekoppeld zijn aan succesvolle samenwerkingspatronen. Vervolgens is, omdat formele zorgverleners ondersteuningsvragen op een individuele én collectieve wijze kunnen inbedden, het verschil tussen beide mogelijkheden toegelicht. Het theoretisch kader biedt een overzicht van belangrijke begrippen, maar biedt daarnaast ook mogelijke verklaringen rondom het collectief inbedden van ondersteuningsvragen door formele zorgverleners.

2.1 Formele en informele zorgverlening

Formele zorgverlening is zorg die beroepsmatig en betaald verleend wordt door professionals. Handelingen die deze zorgverleners wel en niet mogen uitvoeren zijn wettelijk vastgelegd. Onder formele zorgverleners vallen verschillende disciplines; zoals maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, opbouwwerkers en schuldhulpverleners (Te Riet & De Jonge, 2007).

Informele zorg wordt gedefinieerd als: “Alle hulp aan mensen met uiteenlopende gezondheidsproblemen die niet wordt gegeven in het kader van een beroep. Hierbij gaat het zowel om hulp die mensen elkaar geven vanwege de onderlinge band die zij hebben (mantelzorg), als om vrijwilligerswerk op het terrein van zorg en ondersteuning.” (De Klerk, De Boer, Plaisier, Schyns & Kooiker, 2015, p. 7). Steeds vaker werken formele en informele zorgverleners met elkaar samen en kunnen zij elkaar versterken: formele zorgverleners kunnen een informele initiatiefgroep helpen met het leggen van verbindingen (bijvoorbeeld tussen instanties, bewoners of de gemeente), suggesties aanreiken en als vraagbaak fungeren (Beltman, 2014). Samenwerking kan volgens Bailey & Koney (2000) gedefinieerd worden als een duurzame relatie die voorheen gescheiden organisaties in een nieuwe structuur bij elkaar brengt. In deze nieuwe structuur zetten de leden zich in voor een gezamenlijke missie, structuur of inspanning (Bailey & Koney, 2000). Samenwerkingsverbanden zijn echter niet altijd succesvol en bevatten vaak diverse uitdagingen, zoals kosten, tijd en geduld (Haig-Brown, 2001).

In de afgelopen jaren zijn er een aantal verschuivingen geweest in de mate waarin formele en informele zorgverleners met elkaar samen werkten. Steeds vaker wordt er een beroep gedaan op informele zorgverleners, die samen moeten werken met formele zorgverleners om beter aan te sluiten op wensen en behoeften van burgers (Peters & Kruijswijk, 2013). Samenwerking tussen formele en informele zorgverleners kan echter niet enkel gedefinieerd worden als de verdeling van taken, stellen Van Bochove, Tonkens en Verplanke (2014). Van Bochove en Verhoeven (2014) onderscheiden drie vormen van samenwerking, die aan verschillende voorwaarden moeten voldoen om in de praktijk succesvol te zijn. Allereerst wordt ‘*professionele verantwoordelijkheid*’ genoemd, waarbij taken en verantwoordelijkheden veelal bij professionals liggen en vrijwilligers een ondersteunende rol hebben. Daarnaast is er ‘*gedeelde verantwoordelijkheid*’ waar vrijwilligers taken van professionals hebben overgenomen. Ten slotte is er nog ‘*vrijwillige verantwoordelijkheid*’, waarbij vrijwilligers de meeste taken van de professional hebben overgenomen en zelfstandig te werk gaan. Hierbij hebben professionals vaak meer afstand. De samenwerkingsrelaties bevatten verschillende voorwaarden om in de praktijk succesvol te kunnen zijn;

- ❖ *professionele verantwoordelijkheid*: (1) gegarandeerde inzet van professionals van voldoende kwaliteit en inzet, (2) vrijwilligers die het professionele regime accepteren;
- ❖ *gedeelde verantwoordelijkheid*: (1) een verbindende en uitnodigende professional, (2) maatwerk bij de verdeling van taken en verantwoordelijkheid, (3) professionals die niet beoordeeld worden op meetbare doelstellingen;

- ❖ *vrijwillige verantwoordelijkheid*: (1) veel beschikbare vrijwilligers die aan hoge eisen voldoen (stabiele persoonlijkheid, tijd, kennis, ervaring en buurtbinding), (2) beschikbare professionals wanneer dit nodig is, (3) dienstverlening die niet strak is vastgelegd op basis van wetten of professionele richtlijnen (Van Bochove & Verhoeven, 2014).

Er werd dan ook verwacht dat de formele zorgverleners, door het collectief inbedden van ondersteuningsvragen, een samenwerkingsrelatie hebben met informele zorgverleners. Aspecten als: het leggen van verbindingen, suggesties aanreiken en als vraagbaak fungeren zouden hier dan ook een rol in kunnen spelen. In dit onderzoek zijn samenwerkingsrelaties geanalyseerd met behulp van het model van Van Bochove en Verhoeven (2014). Dit model biedt een verklaring voor de bevorderende (wanneer genoemde voorwaarden aanwezig zijn) of belemmerende (wanneer genoemde voorwaarden afwezig zijn) invloed die een samenwerkingsrelatie heeft op de collectieve handelingswijze van een formele zorgverlener.

2.2 Individueel versus collectief

Zorgverleners kunnen op een individuele en collectieve manier ondersteuning verlenen. Individuele ondersteuning is één op één: een begeleider biedt persoonlijke ondersteuning die zich op verschillende vlakken kan afspelen, bijvoorbeeld: hulp bij boodschappen, opvoeden, persoonlijke verzorging of hulp bij een psychiatrische aandoening (Rijksoverheid, 2016¹). Bij collectieve zorgverlening is er sprake van meerdere mensen met ondersteuningsvragen die individueel benaderd kunnen worden maar waar ook een collectieve insteek mogelijk is (Sok, et al., 2013). Voorbeelden van collectieve ondersteuningsmogelijkheden betreffen:

- ❖ *Formeel*: groepsmaatschappelijk werk of dagbesteding in een zorgcentrum, door professionals, toegankelijk voor burgers door middel van een beschikking (Sok, et al., 2013)
- ❖ *Informeel*: burgerinitiatieven, burgers die zich verenigen in een collectief initiatief om burgers met hulpvragen te ondersteunen, toegankelijk voor burgers zonder beschikking (Bakker, Denters, Oude Vrielink & Klok, 2012)
- ❖ *Algemeen*: activiteiten in een wijkcentrum die gericht zijn op ondersteuningsvragen binnen een bepaalde groep, toegankelijk voor burgers zonder beschikking. Er is echter wel een juridische overeenkomst tussen gemeente en aanbieder (Rijksoverheid, 2016²).

In dit onderzoek is de collectieve ondersteuningswijze centraal gesteld en is er gekeken naar de wijze waarop formele zorgverleners ondersteuningsvragen op een (formele, informele of algemene) collectieve wijze inbedden. Er werd verwacht dat de aanwezigheid van ‘expertise’ in het collectief inbedden van ondersteuningsvragen hier een bevorderende invloed op heeft.

Feldman (2011) definieert expertise namelijk als volgt: “Het geheel aan vaardigheden en kennis op een specifiek gebied.” (p. 102). Expertise wordt ontwikkeld door aandacht aan een specifiek terrein te wijden en zodoende ervaring op te doen. Daarnaast benadert Feldman (2011) een vraagstuk omtrent het verschil tussen experts en mensen die minder bedreven zijn op een bepaald terrein. Zo wordt aangegeven dat experts veelal op basis van ervaring en intuïtie handelen, waar ‘niet-experts’ vaak afgaan op regels en procedures. Arts, Gijsselaers & Boshuizen (2006) stellen dat het gedrag van experts grotendeels automatisch is. Ook kunnen experts dankzij goede probleemoplossende strategieën alternatieve manieren verzinnen om te handelen bij problemen, wat de kans op succes vergroot (Arts, Gijsselaers & Boshuizen, 2006). Echter, niet iedereen ontwikkelt zich tot expert op een bepaald gebied. Verantwoordelijkheden op het werk, de hoeveelheid vrije tijd, het opleidingsniveau, het inkomen en de huwelijkse staat hebben alle invloed op de ontwikkeling van expertise (Feldman, 2011).

Doordat er verschillende disciplines zijn in zorg-, en dienstverlening die verschillende opleidingen gedaan hebben en verschillende verantwoordelijkheden hebben op het werk (bijvoorbeeld voornamelijk individueel gericht zorgverleners of voornamelijk groepsgerichte zorgverlening), werd er verwacht dat de verschillende disciplines een verschillende mate van expertise bevatten in het collectief inbedden van ondersteuningsvragen. Dit is dan ook de reden dat er verschillende disciplines van formele zorgverleners in het onderzoek betrokken zijn, omdat er zo een breed beeld verkregen kon worden van handelingswijzen en bevorderende en belemmerende factoren in de collectieve inbedding.

2.3 Overwegingen

Sok et al. (2013) geven aan dat formele zorgverleners vanuit een collectieve gedachtegang kunnen bepalen welke ondersteuningsvragen een individuele of collectieve aanpak nodig hebben. Zo onderscheiden zij vier overwegingen om ondersteuningsvragen collectief in te steken:

- ❖ Meer mogelijkheden om aan te sluiten bij hulpvragen omdat het aantal oplossingen stijgt (naast individuele oplossingen ook collectieve oplossingen);
- ❖ Sterkere signaleringsfunctie. Mensen die zich in een groep bevinden kunnen signalen bij elkaar herkennen;
- ❖ Meer mogelijkheden tot sociaal contact. Bewoners komen in contact met lotgenoten wat erkenning, herkenning en mogelijkheid om van elkaar te leren biedt;
- ❖ Mogelijkheid tot kostenreductie. Deelname aan een collectieve voorziening is vaak goedkoper dan een individuele voorziening. Na een bepaalde tijd kan in sommige situaties professionele zorg afgebouwd worden door middel van informele zorgverleners of

informele collectieve initiatieven (bijvoorbeeld de eigen kracht van zelfhulp groepen) (Sok, et al., 2013).

In dit onderzoek is nadruk gelegd op de overwegingen die formele zorgverleners hebben om ondersteuningsvragen op collectieve wijze in te bedden. Deze zijn tijdens de analyse vergeleken met de overwegingen die uit de literatuur naar voren komen (Sok, et al., 2013).

2.4 Collectieve Handelingstheorie

Zoals al eerder naar voren kwam is het voor veel formele zorgverleners een uitdaging om te schakelen tussen het niveau van de individuele en collectieve ondersteuning van ondersteuningsvragen. Met betrekking tot het meewerken aan de voorziening van collectieve goederen (zoals de collectieve inbedding van ondersteuningsvragen als collectief goed) heeft Olson (2002) een theorie ontwikkeld. Een collectief goed wordt als volgt gedefinieerd: “a common, collective, or public good is here defined as any good such that, if any person X in a group $X^1, \dots, X^2, \dots, X^3$ consumes it, it cannot be feasibly be withheld from others in that group. In other words: those who do not purchase or pay for any of the public or collective good cannot be excluded or kept from sharing in the consumption of the good, as they can where noncollective goods are concerned” (Olson, 2002, pp. 14 - 15). Het gaat er dus om dat een collectief goed voor iedereen toegankelijk moet zijn, ongeacht of er een (financiële) bijdrage wordt geleverd. Olson vraagt zich hierbij af waarom mensen die belang hebben bij de voorziening van een collectief goed, vaak niet participeren in de realisering hiervan. De Collectieve Handelingstheorie weerlegt de ‘Traditionele Groepstheorie’, aangezien die stelt dat mensen die een gemeenschappelijk belang hebben altijd en vrijwillig zullen handelen om dat belang te verwezenlijken. In de Collectieve Handelingstheorie worden hiervoor verklaringen gegeven. Deze verklaringen zijn weergegeven in drie noodzakelijke voorwaarden om optimale participatie in de voorziening van collectieve goederen mogelijk te maken (Olson, 2002).

Allereerst moet de groep die meewerkt aan de voorziening van een collectief goed een gemeenschappelijk belang ervaren. Daarnaast is het belangrijk dat er sprake is van selectieve stimuli of gedwongen participatie en ten slotte is de zichtbaarheid van bijdrage aan de voorziening van collectief goed een noodzakelijke voorwaarde tot optimale participatie. Naast de genoemde voorwaarden, speelt ook de grootte van een groep een rol. Hoe groter de groep, hoe groter de verwachte bijdrage van andere leden van de groep is en hoe kleiner de eigen bijdrage aan de voorziening is (Olson, 2002).

De theorie van Olson impliceert dat het voor formele zorgverleners, om optimaal te kunnen participeren in het inbedden van ondersteuningsvragen op collectieve wijze, noodzakelijk

is om een gemeenschappelijk belang daartoe te voelen. Dit gemeenschappelijk belang zou voort kunnen komen uit de overwegingen om ondersteuningsvragen op een collectieve wijze in te bedden (zoals gegeven door Sok et al., 2013). Daarnaast zijn er selectieve stimuli die bevorderend of belemmerend werken in de manier waarop formele zorgverleners optimaal participeren en is de zichtbaarheid van participatie van belang. In dit onderzoek is daarom aandacht besteedt aan deze aspecten.

2.5 Conclusie

Formele en informele zorgverleners gaan steeds vaker samenwerken en daarnaast is er een verschuiving van een individuele naar een collectieve manier van ondersteuning te zien. De formele en informele zorgverleners spelen hier beide een rol in en hebben verschillende vormen van expertise in zorg- en dienstverlening. Deze verschillen in expertise kunnen gevolgen hebben voor de samenwerking tussen beide partijen en er zijn dan ook voorwaarden uiteengezet waaraan een succesvolle samenwerking zou moeten voldoen. In dit onderzoek is aandacht besteedt aan samenwerkingsrelaties en welke invloed deze hebben op handelingswijzen van formele zorgverleners. Verder is in dit onderzoek, op basis van de voorwaarden die uit de Collectieve Handelingstheorie naar voren zijn gekomen, gekeken op welke wijze een gemeenschappelijk belang een rol speelt in het collectieve inbedden. Daarnaast is er onderzocht welke factoren bevorderend of belemmerend werken, zodat er een beeld van selectieve stimuli ontstaat. Ook is de zichtbaarheid van participatie meegenomen.

3. Vraagstelling

Op basis van de probleemformulering en de theoretische verkenning zijn onderzoeksvragen geformuleerd. De hoofdvraag van dit onderzoek luidde:

Hoe worden ondersteuningsvragen door formele zorgverleners op collectieve wijze ingebed en wat zijn hierin bevorderende en belemmerende factoren?

Hoewel er veelomvattende begrippen in de hoofdvraag van dit onderzoek worden genoemd, verwijst het bijvoeglijk naamwoord ‘formeel’ naar de verantwoordelijkheidspositie van zorgverleners. ‘Formele zorgverleners’ betekent hier dat de professionals verantwoordelijkheid dragen voor de ondersteuning van een individuele hulpvraag. De term ‘collectief’ verwijst hier naar een, al dan niet op vrijwilligers gebaseerde, collectieve ondersteuningswijze. In een

collectieve ondersteuningswijze worden meerdere individuele vragen op gezamenlijke wijze ingebed.

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden zijn onderstaande deelvragen opgesteld.

1. Welke ondersteuningsvragen komen, in algemene zin, voor in het werkveld van formele zorgverleners?
2. Van welke mogelijkheden om ondersteuningsvragen op collectieve wijze in te bedden maken formele zorgverleners gebruik, welke overwegingen spelen hierin een rol en wat is de invloed van samenwerkingsrelaties?
3. Welke bevorderende en belemmerende factoren spelen een rol in de, door formele zorgverleners, als succesvol ervaren collectieve inbedding van ondersteuningsvragen en hoe kwam deze tot stand?
4. Welke bevorderende en belemmerende factoren spelen een rol in de, door formele zorgverleners, als niet succesvol ervaren collectieve inbedding van ondersteuningsvragen en hoe kwam deze tot stand?

In het volgende hoofdstuk is beschreven op welke manier de dataverzameling, om antwoord te kunnen geven op bovenstaande hoofd- en deelvragen, heeft plaatsgevonden.

4. Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk is de opzet van dit kwalitatieve onderzoek besproken. Er is aandacht besteedt aan het onderzoekdesign en de methode waarmee de verzamelde data geanalyseerd is.

4.1 Onderzoekdesign

Het doel van dit onderzoek was om bevorderende en belemmerende factoren, die een rol spelen in de wijze waarop formele zorgverleners ondersteuningsvragen op een collectieve manier inbedden, aan de hand van ervaringen aan het licht te brengen. Om dit weten te komen is er gebruik gemaakt van een kwalitatief beschrijvend onderzoek (Boeije, 2010). Door middel van een beschrijvend onderzoek zijn, vanuit het gezichtspunt van betrokkenen, gevoelens, belevingen en ervaringen in kaart gebracht (Baarda, De Goede & Teunissen, 2005).

4.2 Onderzoekspopulatie

Er zijn 14 (van de in totaal 56) formele zorgverleners en 5 (van de in totaal 8) wijkmanagers van Gemeente Deventer geïnterviewd op een locatie naar keuze van de respondenten. Eén interview

is telefonisch afgenomen. De formele zorgverleners komen van verschillende (zorg)organisaties (zie tabel 1), waardoor volgens Feldman (2011) verschillen kunnen bestaan in expertise en handelingswijzen. De keuze van de onderzoekseenheden was dus gebaseerd op de overweging dat door medewerking van formele zorgverleners met verschillende achtergronden, een breed beeld kon ontstaan van handelingswijzen en bevorderende en belemmerende factoren (Baarda, et al., 2005).

| Organisatie | Aantal formele zorgverleners |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| Stichting Raster - Opbouwwerk | 3 |
| Stichting Raster - Ouderenadviseur | 1 |
| Stichting Raster - Jeugd en kind | 1 |
| MEE | 4 |
| Gemeente Deventer | 3 |
| Thuiszorg Carintreggeland | 1 |
| De Kern Maatschappelijk Werk | 1 |

Tabel 1. Formele zorgverleners en achtergrond organisatie.

Naast formele zorgverleners, zijn er 5 wijkmanagers als sleutelinformanten meegenomen in dit onderzoek. Zij zijn goed ingevoerd in het onderzoeksonderwerp, maar kunnen ook met afstand naar het proces kijken en gedachten hierover naar voren brengen (Baarda, et al., 2005). In dit onderzoek hebben wijkmanagers deze positie aangezien zij verbonden zijn (maar geenszins lid of leidinggevend) met de sociale teams en nauw betrokken zijn bij collectieve initiatieven in de wijk. Alle respondenten zijn geselecteerd door middel van een selecte steekproeftrekking. Er is gekozen om 2 teams (en gekoppelde wijkmanagers) uit te nodigen die al meerdere ervaringen hadden met het collectief inbedden, en 3 teams (en gekoppelde wijkmanagers) waar dit minder aan de orde was. De respondenten konden zich per e-mail aanmelden voor deelname aan het onderzoek. Met de selectie is getracht een zo breed mogelijk beeld te schetsen van handelingswijzen en factoren die hierop van invloed zijn.

4.3 Operationalisering

Om data te verzamelen is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. De interviews waren gebaseerd op een topiclijst (zie bijlage A. *Topiclijst*), waarin de onderwerpen waren vastgelegd en waarin ook een voorkeur voor vraagvolgorde stond aangegeven. De vragen stonden niet vast, zodat er van afgeweken is wanneer dit voor het onderwerp beter uitkwam. Voor

aanvang van het interview is schriftelijk toestemming gevraagd om het interview op te nemen en is de reden hiervoor, het transcriberen van de geluidsopname voor analyse van de data, gegeven. Daarnaast is de aanleiding van het onderzoek, het onderwerp en de duur van het interview besproken. Ook is nadrukkelijk vermeld dat de interviewgegevens anoniem verwerkt werden (Baarda, et al., 2005). Het interview is aan de hand van theoretische concepten opgezet. Allereerst is ingegaan op het *'soort ondersteuningsvragen'* die naar voren komen in het werkveld van de formele zorgverleners. Vervolgens is ingegaan op het *'gebruik van collectieve ondersteuningsmogelijkheden'*, welke verdeeld was in verschillende deelconcepten: *'totstandkoming'*, *'overwegingen'*, *'samenwerkingsrelaties'* en *'bevorderende of belemmerende factoren'*. Deze concepten zijn geoperationaliseerd en onderzocht door middel van indicatoren, die in de topiclijst weergegeven zijn.

4.4 Data-analyse

De data is geanalyseerd met het programma 'NVivo'. Dit programma heeft het mogelijk gemaakt om tekstfragmenten allereerst te voorzien van een kenmerkend label. Vervolgens zijn de labels geordend en zijn er verbanden gezocht tussen labels. Hierna zijn labelstructuren geïnterpreteerd, waarna de geldigheid is vastgesteld. Hierbij is gecontroleerd of het ontstane labelschema ook geldig was wanneer nieuwe gegevens bij andere respondenten verzameld werden. Vervolgens zijn kernlabels gedefinieerd, waarbij precies beschreven werd wat ze inhouden. Hierna is de intersubjectiviteit vastgesteld, omdat het belangrijk is om vast te stellen in hoeverre de interpretatie van de resultaten afhankelijk is van de onderzoeker. Hier wordt in de volgende paragraaf (*betrouwbaarheid en validiteit*) verder op in gegaan. Ten slotte heeft, door het analyseren van de ontstane codeboom (*zie bijlage B. Codeboom*), de beantwoording van de vraagstelling plaatsgevonden. Hierbij is ingegaan op contextuele kenmerken, zoals voor wie en in welke zin de gevonden resultaten belangrijk zijn (Baarda, et al., 2005).

4.5 Betrouwbaarheid en validiteit

Bij kwalitatief onderzoek wordt vaak, in plaats van betrouwbaarheid, over intersubjectiviteit gesproken. De intersubjectiviteit (de mate waarin de onderzoeksresultaten afhankelijk zijn van de onderzoeker) is te controleren wanneer data ook geanalyseerd wordt door een andere onderzoeker. Omdat dit onderzoek is uitgevoerd door één onderzoeker, is er geen andere onderzoeker geweest die de data heeft geanalyseerd. Wel is het onderzoeksmateriaal opengesteld voor betrokkenen, zodat er zicht is op de verkregen onderzoeksresultaten. Daarnaast is uiteengezet op welke wijze keuzes in de vormgeving van dit onderzoek gemaakt zijn.

Bij validiteit gaat het erom of de bevindingen een goede weergave vormen van de praktijk. Bij kwalitatief onderzoek wordt in plaats van ‘validiteit’ veelal gesproken over ‘geldigheid’ van onderzoeksbevindingen. Om de interne geldigheid te waarborgen is gebruik gemaakt van een onderzoeksmethode die passend was bij de onderzoeksvraag en zodoende gelegenheid gaf om vanuit het gezichtspunt van betrokkenen, gevoelens, belevingen en ervaringen inzichtelijk te krijgen. In dit onderzoek werd de externe geldigheid gewaarborgd door de onderzoekssituatie te beschrijven vanuit de ervaring van de formele zorgverleners en wijkmanager (Baarda, et al., 2005).

5. Resultaten

In dit hoofdstuk zijn bevindingen, voortgekomen uit interviews met formele zorgverleners (weergegeven als: respondent) en wijkmanagers, per deelvraag beschreven. De citaten zijn weergegeven als (bijvoorbeeld) fz09 of wm01, wat inhoudt dat het gaat om een citaat van formele zorgverlener nummer 09 of wijkmanager nummer 01. Daarnaast spreken de respondenten allen over ‘bewoners’ in plaats van ‘burgers’, waardoor er gekozen is om het woord ‘bewoners’ te hanteren. Ten slotte volgt in bijlage C een ‘overkoepelend’ overzicht van bevorderende en belemmerende factoren.

5.1 Soort ondersteuningsvragen

In deze paragraaf zal antwoord gegeven worden op de deelvraag: *‘Welke ondersteuningsvragen komen, in algemene zin, voor in het werkveld van formele zorgverleners?’*

Ondersteuningsvragen komen op verschillende leefgebieden naar voren: wonen, dagbesteding, financiën, lichamelijke gezondheid/functioneren, psychische gezondheid, praktisch functioneren, sociale contacten, vrije tijd en pedagogisch functioneren. Sommige respondenten gaven aan dat het ook kan gaan om bewoners die op meerdere leefgebieden hulp nodig hebben.

5.2 Gebruik van collectieve mogelijkheden

In deze paragraaf zal antwoord gegeven worden op de deelvraag: *‘Van welke mogelijkheden om ondersteuningsvragen op een collectieve wijze in te bedden maken formele zorgverleners gebruik, welke overwegingen spelen hierin een rol en wat is de invloed van samenwerkingsrelaties?’*

De respondenten maken gebruik van de *mogelijkheid* om bewoners met ondersteuningsvragen door te verwijzen naar bestaande collectieve initiatieven. Ook spelen zij direct of indirect een rol in het (mede) opzetten van collectieve voorzieningen. Direct, door een faciliterende of ondersteunende rol aan te nemen in het opzetten van bijvoorbeeld een koffieochtend, creatieve middag of een groene ‘klusgroep’ in een wijkcentrum. Indirect door verbindingen te leggen met voorzieningen die (mede) opgezet zijn door groepsleden. In het opzetten en doorverwijzen spelen verschillende *overwegingen* een rol: groter aantal oplossingen, sterkere signaleringsfunctie, mogelijkheid tot sociaal contact, mogelijkheid tot kostenreductie, laagdrempeligheid en wederkerigheid. Ook komen verschillende *samenwerkingsrelaties* naar voren (met buurtbewoners, vrijwilligers en externe (zorg) professionals), die een aantal factoren bevatten die invloed hebben op handelingswijzen van de respondenten. Zo wordt een ‘gemeenschappelijk belang’, ‘delen van kennis en expertise’ en een ‘geschikte locatie als uitvalsbasis’ als bevorderend en stimulerend ervaren in de samenwerking bij het (mede) opzetten van collectieve voorzieningen. De locatie kan echter ook een belemmerende invloed vormen in het collectief inbedden, wanneer er geen positieve samenwerking wordt ervaren. Ten slotte hebben ook belangenverstrengelingen en te enthousiaste vrijwilligers een belemmerende invloed.

De respondenten maken gebruik van ‘*bestaande collectieve voorzieningen*’, zoals zorginstellingen (formeel), activiteitencentra (algemeen), speeltuinverenigingen (algemeen), sportverenigingen (algemeen) of collectieve maaltijdvoorzieningen (informeel). Zij doen dit door verbindingen te leggen: bewoners met ondersteuningsvragen attenderen op mogelijkheden en hen, indien daar behoefte aan is, door te verwijzen. Dit doen zij ook bij bewoners die zich aanmelden en actief willen zijn in vrijwilligerswerk. Bijna alle wijkmanagers gaven aan dit te herkennen: zij zien dat het sociale team verbindingen legt met bestaande collectieve voorzieningen. Daarnaast spelen de respondenten direct of indirect ook een rol in het ‘*(mede) opzetten van collectieve voorzieningen*’. De respondenten maken gebruik van de (mede) opgezette voorzieningen om ondersteuningsvragen, zoals de aanvraag van een taxi pas, eenzaamheid, vragen over vrijetijdsbesteding of mensen die tussen wal en schip vallen qua dagbesteding op collectieve wijze in te bedden.

Het beeld dat vanuit de geïnterviewde wijkmanagers geschetst werd met betrekking tot het (mede) opzetten van collectieve initiatieven is dat de formele zorgverleners het afgelopen jaar nog aan het zoeken zijn geweest om hier op een goede manier een bijdrage in te kunnen leveren. Het is nog niet altijd duidelijk hoe zij dit kunnen doen en daarbij het eigenaarschap bij (bijvoorbeeld) bewoners laten. Er werd duidelijk dat er verschil zit tussen teams en de mate

waarin zij actief zijn in het (mede) opzetten van voorzieningen. In één team is nog geen enkel initiatief opgestart, terwijl er in een ander team juist meerdere initiatieven opgestart werden.

Er worden verschillende overwegingen om ondersteuningsvragen collectief in te bedden genoemd. ‘*De mogelijkheid tot sociaal contact*’ wordt gezien als overweging, omdat bewoners de mogelijkheid krijgen om ‘lotgenoten’ te ontmoeten. Dit kan er voor zorgen dat bewoners het gevoel hebben dat zij er niet alleen voor staan. De hulpvraag is echter wel bepalend voor de wijze waarop ondersteuning kan worden geboden. Wijkmanagers gaven hierover aan dat dit een overweging kan zijn om ondersteuningsvragen juist niet collectief in te bedden.

“Ze willen dat iemand goed geholpen is, en dan is de vraag: wat is goed geholpen? Dat iemand ook goed geholpen kan zijn bij een collectieve voorziening. Wanneer laat je iemand los als sociaal team. (...) Heeft hij hulp nodig of ga je kijken: wat kan iemand nog zelf en wat is daarvoor nodig.” (wm01)

Ook ‘*wederkerigheid*’ werd door respondenten als overweging benoemd. Het idee dat bewoners iets voor elkaar of voor de wijk kunnen betekenen.

“Als ik kijk naar die mensen die daar zijn [*bewoners met ondersteuningsvragen die participeren in een vrijwilligersgroepje*], ja.. ze zijn zo enthousiast en zo blij. “Ik heb bij mijn buurvrouw gewerkt (...) en wij gaan koffie drinken”. Dan ontstaan contacten. (...). Het is niet alleen: ik ga daar naar toe voor dagbesteding en om in een ritme te komen, nee ik doe ook vrijwilligerswerk: voor de wijk. Voor andere mensen.” (fz06)

Door gebruik te maken van collectieve oplossingen, ontstaan er ‘*meer mogelijke oplossingen*’ voor ondersteuningsvragen. Zo werd gesteld dat er nog niet altijd toereikende oplossingen zijn voor bepaalde ondersteuningsvragen, die door het opzetten van een collectieve voorziening wel gevonden kunnen worden. Ook de mogelijkheid tot ‘*kostenreductie*’ blijkt een overweging om collectief in te bedden. Een manier om kosten te besparen: effectiever en meer praktisch werken. Daarnaast worden collectieve voorzieningen door respondenten ervaren als ‘*laagdrempelig*’. Zo werd laagdrempelig beschreven als ‘gezellig in de wijk’, ‘voor iedereen’, ‘geen indicatie nodig’ en ‘niet teveel poespas’. Ook het bereik van bewoners met ondersteuningsvragen wordt groter doordat er collectieve voorzieningen ontstaan waar geen indicatie voor nodig is. Er komen meer mensen in beeld, doordat bewoners sneller zullen participeren in een voorziening waar geen indicatie (en dus, volgens een aantal respondenten geen ‘stempel’ op zit) voor nodig is. Een van

de wijkmanagers gaf aan dat de formele zorgverleners inzien dat wanneer zij bezig zijn met het opzetten van een collectieve voorziening, er sprake kan zijn van het betrekken van mensen die wat voor een ander wil en kan doen, wat als belangrijk aspect gekenmerkt wordt omdat deze groep de laatste jaren uit beeld is geraakt.

Tijdens het collectief inbedden van ondersteuningsvragen ontstaan contacten met verschillende partijen: *buurtbewoners* (die met of zonder ondersteuningsvraag participeren in collectieve voorzieningen), *vrijwilligers* en *externe (zorg)professionals* (zoals de gemeente, de politie, zorginstellingen, wijkcentra, verenigingen en/of stichtingen). Een aantal respondenten gaf voorbeelden van samenwerkingsrelaties die gebaseerd zijn op de *'vrijwillige verantwoordelijkheid'*. Het gaat hier om relaties die ontstaan zijn uit een verbinding met informele collectieve initiatieven die niet vanuit de formele zorgverleners zijn opgezet, maar waar de respondenten bewoners met ondersteuningsvragen naar doorverwijzen. Zo werd genoemd dat er bij een collectief initiatief dat de respondent heeft opgezet samen met bewoners, het eigenaarschap hier vooral bij de bewoners gelaten wordt. De respondent coacht op afstand, heeft een rol als 'klankbord en sparringpartner' en faciliteert indien nodig. Een van de wijkmanagers benoemd dat het voor de formele zorgverleners nog wel eens 'een zoektocht is' in de afstemming van verantwoordelijkheden tijdens het samenwerken. Daarnaast is gebleken dat de *'gedeelde verantwoordelijkheid'* ook wordt ervaren door formele zorgverleners in relatie tot vrijwilligers. Zo noemden een aantal respondenten de kenmerken: 'in overleg met elkaar blijven' en 'de vrijwilliger coachen'. Ook gaven sommigen aan dat het belangrijk is om een goede afstemming van zorgtaken te hebben.

“Ja, dan moeten ze ook weten van oké, nou dat wordt ingewikkeld... dan moet het naar het sociale team (...) Dat moet wel helder zijn.” (fz04)

Zoals genoemd bleken er ook belemmerende invloeden tijdens het samenwerken naar voren te komen. Zo gaf een aantal respondenten aan dat de *'organisatiestructuur van een samenwerkingsrelatie'* er voor kan zorgen dat de totstandkoming van een collectieve voorziening vertraagd kan worden. Ook werd opgemerkt dat externe organisaties nog niet altijd willen 'omdenken': zorgverlening op een andere, efficiëntere manier, dichter bij de bewoners inzetten. Daarnaast blijkt dat uit organisatiestructuren *'belangenverstrengelingen'* voortvloeien: een aantal respondenten gaf aan dat samenwerkingsrelaties soms bang zijn voor hun eigen baan en daarom niet altijd open staan voor het 'omdenken'.

“Ambulante begeleiders, dat je zegt van: voor een bewoner boodschappen halen, nou oké, maar het kan ook anders, misschien wel een vrijwilliger. En dan kan het wel blokkeren want die kan dan zeggen van; “dat zijn teveel prikkels en dat kan allemaal niet.” 101 redenen. Terwijl je gewoon een open vraag stelt en dan hoop je dat iemand ook open kijkt, van welke opties zijn er allemaal.” (fz04)

Een andere belemmerende invloed in een samenwerkingsrelatie zijn *‘te enthousiaste vrijwilligers’*. Het gevaar hierin is dat een vrijwilliger ‘door kan slaan’ en op een verkeerde manier omgaat met een kwetsbare bewoner. Ten slotte wordt een *‘ongeschikte locatie als uitvalsbasis’* genoemd, die zich kenmerkt door het gevoel dat de formele zorgverleners niet welkom zijn. Dit is een belemmering omdat het bijvoorbeeld de sfeer in een gebouw niet ten goede en er niet meegedacht wordt over het ter beschikking stellen van ruimtes voor activiteiten.

Naast de genoemde belemmerende factoren, komen er ook bevorderende factoren uit samenwerkingsrelaties naar voren. Zo wordt het ervaren van een *‘gemeenschappelijk belang’* in een samenwerkingsrelatie als bevorderend gezien. Dit omdat er dan samen gezocht kan worden naar een oplossing van een bepaalde vraag. Daarnaast kunnen samenwerkingsrelaties er voor zorgen dat er gebruik gemaakt kan worden van elkaars *‘kennis en expertise’* zodat ze elkaar advies kunnen geven wanneer dit nodig is. Ook een *‘geschikte locatie als uitvalsbasis’*, wordt als bevorderende factor gezien. Zo gaf een respondent aan dat, doordat de werkplek zich op een geschikte locatie in de wijk bevindt, de connectie met bewoners in de wijk sterker is. Daardoor komt de respondent bij veel bewoners binnen, waar eerder geen contact mee was. Het contact met bewoners in de wijk ligt volgens een aantal respondenten aan de basis van het *‘uitnodigen of activeren van iets collectiefs’*. Een geschikte locatie wordt daarbij als stimulerend ervaren, omdat een locatie waar verschillende partijen zitten die een gemeenschappelijk belang ervaren en samen optrekken, elkaar uitnodigen om iets collectiefs op te zetten.

5.3 Succesvol ervaren collectieve inbedding

In deze paragraaf zal antwoord gegeven worden op de deelvraag: *‘Welke bevorderende en belemmerende factoren spelen een rol in de, door formele zorgverleners, als succesvol ervaren collectieve inbedding van ondersteuningsvragen en hoe kwam deze tot stand?’*

Door de respondenten wordt een succesvolle inbedding van ondersteuningsvragen voornamelijk beschreven vanuit het (mede) opzetten van een collectieve voorziening. Het collectieve inbedden begint altijd met een signaal uit het werkveld, waardoor de problematiek, de vraag en/of de

noodzaak in kaart wordt gebracht. Kenmerken van een succesvolle inbedding hebben betrekking op de aanwezigheid van *kennis, ervaring en expertise* in het team. Dit heeft onder andere invloed op het ‘zien van kansen’ en ‘handelen op basis van intuïtie’. Andere kenmerken waren: de aanwezigheid van ‘*tijd*’, ‘*draagvlak onder bewoners*’, ‘*geschikte vrijwilligers*’, een ‘*ervaren gemeenschappelijk belang met een samenwerkingsrelatie*’ en een ‘*geschikte locatie*’. Wat echter ook kenmerken waren van een succesvol ervaren collectieve inbedding was dat er soms ‘*onbegrip was bij directe collega’s*’, het ‘*wegvallen van actieve vrijwilligers*’, ‘*afwezigheid van budget*’ of de ‘*organisatiestructuur van samenwerkingsrelaties*’, die allen het proces kunnen vertragen of stilleggen.

Het *doorverwijzen of verbinden* van bewoners met bestaande voorzieningen komt tot stand doordat de respondenten ‘*weten van het bestaan en de mogelijkheden*’, waardoor zij de bewoners erop kunnen attenderen. Daarnaast werd aangegeven dat een succesvol ervaren collectieve inbedding begint met *signalen uit het werkveld*. Zo werd genoemd dat er op basis van signalen gekeken wordt wat de behoefte van de wijk hierin is en wat er gedaan zou kunnen worden.

“Dat ik bij ouderen kwam die een dagbesteding indicatie hadden, omdat ze zich eenzaam en geïsoleerd voelen. En bij sommigen dacht ik echt van, nou moet dat nou naar een dagbesteding? (...) En dan gaat het puur om mensen ontmoeten. (...) Alle mensen die nu naar dagbesteding gaan, waarvan ik denk dat als die voorziening hier is [*wijkcentrum*] dan kunnen die mensen dichterbij. Vraag wat deze mensen graag zouden willen, dan komt het van de doelgroep zelf. Dat is het belangrijkste.” (fz05)

De wijkmanagers schepten hetzelfde beeld van de totstandkoming en enkelen gaven aan dat de formele zorgverleners steeds meer kennis van de wijk krijgen en daardoor vaker signalen oppakken hoewel dit, in de ogen van sommige wijkmanagers, nog niet direct tot de totstandkoming van een collectieve inbedding leidt.

Het hebben van *kennis, expertise en (positieve) ervaringen* is een bevorderende factor geweest in een succesvolle ervaring met collectief inbedden. Er werd door respondenten benoemd dat de aanwezigheid van kennis en expertise gevolgen heeft voor de manier waarop je naar mensen kijkt: wat kan iemand nog wel, welke talenten heeft iemand en ‘kansen kunnen zien’ (kan iemand bijvoorbeeld ingezet worden als vrijwilliger bij een collectieve voorziening). Daarnaast gaven een paar respondenten aan dat er niet altijd afgegaan moet worden op regels en protocollen, maar:

“Soms gewoon doen en dan zien we vanzelf wel waar we tegenaan lopen. We zien hier echt hele leuke resultaten hoor, wat dat betreft. En dat heeft ook alles te maken met hoe jij zelf bent en daarin staat.” (fz05)

Kennis en expertise van de ‘opbouwwerker’ in het team is een bevorderende factor omdat deze het netwerk in de wijk en binnen de gemeente heeft. Ook werd aangegeven dat de opbouwwerker veelal het samenlevingsstuk oppakt, kijkt wat er nodig is voor meer samenhang en weet welke instrumenten daarvoor ingezet moeten worden. Een aantal respondenten gaf aan hiervan te leren en gebruik te maken van elkaars contacten. Daarnaast werd ook het aspect ‘*prioriteit*’ genoemd. Het heeft bevorderend gewerkt dat er tijd vrij gepland werd om met ‘het collectieve’ bezig te gaan. Ten slotte werd benoemd dat ‘het collectieve’ gezien werd als taak en dat er tijdens een vergadering met het team extra ruimte werd ingebouwd om het over ‘het collectieve’ te hebben.

Ook de aanwezigheid van ‘*geschikte vrijwilligers*’ is een bevorderende factor geweest in een succesvol ervaren collectieve inbedding. Kenmerken van deze vrijwilligers waren dat ze tijd, ervaring en buurtbinding hadden, communicatief vaardig waren en een stabiele persoonlijkheid hadden. Daarnaast gaf een aantal respondenten aan dat wanneer er ‘*draagvlak*’ is vanuit de bewoners, dit een bevorderende invloed heeft op de mate van het ervaren succes.

“Bewoners bij elkaar gebracht om met hen te kijken van dit is er, hoe gaan we dat aanpakken, wat kunnen jullie betekenen. Zij zijn allemaal experts vanuit hun eigen situatie (...). Ik denk dat er een stukje eigenaarschap, wat ontstaat doordat je iemand benaderd vanuit: ik kan iets betekenen voor de gemeenschap, voor soortgenoten, je hebt kennis in huis waar een ander goed geholpen mee is. Ik denk dat dat wel bevorderend werkt. (...) Wat ik heb begrepen van deze groep is dat binnen no time konden mensen gewoon alles kwijt en kunnen ze zich kwetsbaar opstellen omdat er meerdere zijn die dat doen.” (fz11)

Het hebben van een ‘*gemeenschappelijk belang met een samenwerkingsrelatie*’ blijkt een bevorderende factor geweest te zijn. Kenmerken van dat gemeenschappelijke belang waren dat: ‘zij net zo enthousiast waren en helemaal mee dachten’ en ‘de stip op de horizon helder hadden met elkaar’. Ook een ‘*geschikte locatie*’, waar veel mogelijkheden zijn om collectieve initiatieven op te zetten en deze ook gestimuleerd worden wordt als bevorderend ervaren. Daarnaast werd ‘*beschikking over budget*’ en de ‘*connectie met de wijkmanagers*’ (afkomstig van de gemeente en

gelinkt aan de wijk waarin de respondenten werkzaam zijn) als bevorderende factor benoemd: zij spelen een rol in het zien van kansen en in het samen oppakken hiervan.

Een respondent gaf aan dat *'onbegrip bij directe collega's'* als belemmerend is ervaren. Zo werd gezegd dat het niet zijn of haar taak was, wat discussie opriep in het team. Daarnaast gaven een paar respondenten aan dat het *'missen van draagvlak onder bewoners'* soms een rol heeft gespeeld. Een respondent gaf in een voorbeeld aan dat een initiatief ook bij *'andere'* bewoners getoetst moet worden. Zo wordt er gemerkt dat de ene bewoner ergens wel op aanslaat en de ander niet, wat er voor kan zorgen dat er wisselende groepen zijn. Hierdoor komt de duurzaamheid van een collectief initiatief in gevaar. Ook het *wegvallen van een actieve vrijwilliger* heeft er in sommige situaties voor gezorgd dat de voorziening wegviel.

Ten slotte werden de *'organisatiestructuren van samenwerkingsrelaties'* door een paar respondenten als belemmerend ervaren. Zo ervoeren zij dat het proces om samen iets op te zetten langer duurde omdat vele professionals binnen een externe organisatie over een bepaald aspect moesten beslissen. Daarnaast gaf een respondent aan dat het belemmerend werkt wanneer er *'budget'* gevonden moet worden voor een bepaalde collectieve voorziening, wat heeft geleid tot vertraging.

5.4 Niet succesvol ervaren collectieve inbedding

In deze paragraaf zal antwoord gegeven worden op de deelvraag: *'Welke bevorderende en belemmerende factoren spelen een rol in de, door formele zorgverleners, als niet succesvol ervaren collectieve inbedding van ondersteuningsvragen en hoe kwam deze tot stand?'*

Ook niet succesvol ervaren situaties zijn tot stand gekomen door een *'signaal uit het werkveld'*. Het *'in gesprek gaan met bewoners'* en het ervaren van een *'gemeenschappelijk belang met de samenwerkingsrelatie'* waren kenmerken die als positief ervaren werden omdat deze bevorderend hebben gewerkt in de opstartfase. Echter, *'te weinig tijd'*, *'persoonlijke omstandigheden van vrijwilliger(s)'* en *'bureaucratie'*, waren belemmerende kenmerken van een niet succesvol ervaren collectieve inbedding.

Het *'in gesprek gaan met bewoners'* was een bevorderende factor, omdat er uit gesprekken duidelijk werd wat er nodig was om in de behoefte van de doelgroep te voorzien. Ook het ervaren van een *'gemeenschappelijk belang met een samenwerkingsrelatie'* was een bevorderende factor omdat deze heeft gemaakt dat de samenwerkingspartijen hetzelfde doel nastreefden. Er spelen daarnaast nog een aantal belemmerende factoren een rol, waaronder *'het gebrek aan tijd'*.

“(…) en toen hebben ze dat georganiseerd en daar kwamen 23 bewoners op af, het was heel succesvol alleen de sociaal werker geeft er geen vervolg aan: zo’n groepje van bewoners heeft dat echt nodig, dat je dat begeleid en procesmatig. Dat het blijft branden en dat is niet gebeurd omdat we dan teveel bezig zijn met de druk van het moeten presteren op andere dingen. En dan is dat nu weer weg.” (fz08)

Ook werd aangegeven dat er ‘*niet altijd een geschikte vrijwilliger*’ is, voor het oppakken van een bepaalde collectieve voorziening. Persoonlijke omstandigheden van vrijwilligers kunnen hier een rol in spelen, maar ook afspraken in de afstemming van ondersteuning verliepen niet altijd vlekkeloos, waardoor gemaakte afspraken soms niet na werden gekomen. Naast het missen of uitvallen van een geschikte vrijwilliger, werd ook ‘*bureaucratie*’ en ‘*afhankelijkheid van externe samenwerkingsrelaties*’ als belemmerend ervaren omdat deze ervoor zorgden dat het proces van het opzetten vertraagd werd. Dit omdat externe partijen bijvoorbeeld ‘niet in beweging kwamen om mee te denken’, waardoor het te lang duurde voordat er iets wordt opgezet.

5.5 Bijvangst: Overzicht bevorderende en belemmerende factoren

Uit de analyse van de resultaten bleek dat door de respondenten en wijkmanagers ook ‘in het algemeen’ bevorderende en belemmerende factoren werden genoemd. Dit is dan ook de reden dat ze in *bijlage C* schematisch weergegeven zijn. Er wordt duidelijk dat de genoemde bevorderende factoren veelal belemmerende factoren worden bij afwezigheid van het aspect, zoals: tijd, netwerk in de wijk of budget. Ook bleek uit de analyse dat de wijkmanagers veelal dezelfde bevorderende en belemmerende factoren in het werkveld van de respondenten bemerken.

6. Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk zal antwoord gegeven worden op de hoofdvraag van dit onderzoek. Hierdoor zal inzicht geboden worden in bevorderende en belemmerende factoren die te maken hebben met de collectieve inbedding van ondersteuningsvragen door formele zorgverleners.

6.1 Conclusie

Hoe worden ondersteuningsvragen door formele zorgverleners op een collectieve wijze ingebed en wat zijn hierin bevorderende en belemmerende factoren?

Ondersteuningsvragen die op verschillende leefgebieden naar voren komen worden soms door formele zorgverleners doorverwezen naar bestaande (formele, informele of algemene) collectieve initiatieven. Dit is afhankelijk van de aard van de problematiek en de wens van de bewoner. Wanneer er door de formele zorgverleners, in afstemming met de betreffende bewoner, gekozen wordt voor een collectieve oplossing, dan gebeurt dit aan de hand van verschillende overwegingen: een groter aantal oplossingen, een sterkere signaleringsfunctie, mogelijkheid tot sociaal contact, mogelijkheid tot kostenreductie, laagdrempeligheid en wederkerigheid. De formele zorgverleners spelen ofwel een directe rol in het (mede) opzetten van collectieve voorzieningen door te participeren in het opzetten van bijvoorbeeld een 'koffieochtend' of een 'klusgroep' in een wijkcentrum. Daarnaast is er soms sprake van een indirecte rol, doordat niet iedere formele zorgverlener een ondersteunende of faciliterende rol heeft in het opzetten, maar wel verbindingen legt met voorzieningen die door directe collega's (mede) opgezet zijn. In het 'doorverwijzen' en het '(mede) opzetten', spelen verschillende factoren een rol die ofwel een bevorderende of belemmerende invloed hebben op dat proces. Opvallend is dat genoemde bevorderende factoren, veelal belemmerende factoren worden, wanneer het aspect niet aanwezig is (zoals tijd, budget en kennis in de wijk).

Er is gebleken dat het 'belang inzien' van collectieve oplossingen (dat zich kenbaar maakt door het hebben van genoemde overwegingen) door de formele zorgverleners als bevorderende factor wordt gezien in het participeren in de voorziening van een collectief goed. Echter lijkt het zo te zijn dat niet ieder lid van 'de groepen' (de sociale teams), een gemeenschappelijk belang heeft om te participeren in het (mede) opzetten van een collectieve voorziening. Hieraan kunnen verschillende belemmerende factoren ten grondslag liggen. Er kan geconcludeerd worden dat die belemmerende factoren, door Olson (2002) gedefinieerd als 'selectieve stimuli', in drie categorieën verdeeld kunnen worden: (*handelingswijzen van*) '*Formele zorgverleners*': gebrek aan tijd, vrij nieuw team waarin niet duidelijk is waar ieders kwaliteiten liggen, gebrek aan kennis van de wijk, geen expertise of geen affiniteit met 'het collectieve' en zorgen om het behouden van kwaliteit van zorg bij een collectieve voorziening. Daarnaast is er een categorie '*Bewoners*' te onderscheiden: geen geschikte vrijwilligers, geen draagkracht vanuit bewoners en problematiek van bewoners die collectief inbedden onmogelijk maakt. Ten slotte zijn er belemmerende '*Externe factoren*': samenwerkingsrelaties waarbij bureaucratie of belangenverstrengelingen een rol spelen, afwezigheid van budget om een voorziening te initiëren, afwezigheid van een verbindingscentrum in de wijk of een ongeschikte locatie als uitvalsbasis voor formele zorgverleners om te participeren in de voorziening van collectief goed.

Er zijn echter ook verschillende bevorderende ‘selectieve stimuli’ te onderscheiden, die wederom geclusterd kunnen worden in de drie genoemde categorieën. Allereerst valt onder de categorie ‘Formele zorgverleners’ de bevorderende werking van een team dat ervaringen op het collectieve gebied met elkaar deelt. Hierbij werkt het bevorderend wanneer er onderling gestimuleerd wordt, er een gemeenschappelijk belang ervaren wordt en er mogelijkheden zijn om van elkaar te leren. Een van de mogelijkheden om van elkaar te leren, wordt expliciet benoemd door het hebben en delen van kennis en expertise op het gebied van het (mede) opzetten van collectieve voorzieningen. Het is dan ook opvallend dat er één discipline in het team veelvuldig benoemd wordt als bevorderende actor in het (mede) opzetten van collectieve voorzieningen: ‘de opbouwwerker’. Kennis van de wijk blijkt ook een bevorderende factor onder de categorie ‘Formele Zorgverleners’ te zijn, omdat dit ervoor zorgt dat de formele zorgverleners weten wat er in de wijk speelt, maar ook connecties kunnen maken met bestaande collectieve voorzieningen. Er kan gesteld worden dat de formele zorgverleners deze kennis vergaren door presentie in de wijk, wijkanalyses en door de connectie met de ‘wijkmanager’. Daarnaast is de aanwezigheid van tijd een zeer belangrijke bevorderende factor omdat deze het mogelijk maakt om te participeren in de voorziening van collectief goed. Niet alleen het hebben van tijd, maar ook het stellen van prioriteit: tijd inplannen om aan het collectieve te werken, waarin affiniteit met ‘het collectieve’ een bevorderende werking heeft.

Naast bevorderende factoren die te maken hebben met handelingswijzen van formele zorgverleners, zijn er ook bevorderende factoren rondom de categorie ‘Bewoners’ te onderscheiden: draagkracht vanuit bewoners en aanwezigheid van geschikte vrijwilligers met kenmerken zoals; tijd, buurtbinding, communicatief vaardig, een stabiele persoonlijkheid en ervaring. De aanwezigheid van budget, een geschikte locatie als uitvalsbasis van de formele zorgverleners (die mee denkt, stimuleert en mogelijkheden biedt om collectieve voorzieningen tot stand te laten komen) en een gemeenschappelijk belang met een samenwerkingsrelatie, waarin ook de mogelijkheid bestaat om kennis en ervaring met elkaar te delen zijn selectieve stimuli die onder de categorie ‘Externe Factoren’ vallen.

6.2 Discussie

Dit onderzoek heeft zich gericht op de manier waarop formele zorgverleners ondersteuningsvragen op een collectieve wijze inbedden en had als doelstelling om inzicht te bieden in handelingswijzen, bevorderende en belemmerende factoren. Allereerst werd duidelijk dat de formele zorgverleners alle overwegingen die ook door Sok et al. (2014) geschetst worden ervaren. Naast deze overwegingen bleken er twee toevoegingen op de literatuur:

'laagdrempeligheid' en 'wederkerigheid'. De toevoeging 'wederkerigheid' zou, als gekeken wordt naar de theorie van Olson (2002), verklaard kunnen worden door selectieve stimuli of gedwongen participatie. Beleidsmatig komt er steeds meer nadruk te liggen op 'participatie van burgers', waardoor ook in de opdracht van de sociale teams aangestuurd wordt op 'wederkerigheid', dat mogelijk wordt door gebruik te maken van collectieve voorzieningen.

Naast nadruk op participatie wordt er beleidsmatig ook steeds meer aandacht besteedt aan het betrekken van de groep burgers die wat voor een ander zou kunnen betekenen (Stavenuiter, Nederland & Van den Toorn, 2010), iets dat door een 'laagdrempelige' voorziening (toegankelijk voor iedereen) bewerkstelligd zou kunnen worden. Er is gebleken dat het 'belang inzien' van collectieve oplossingen (dat zich kenbaar maakt door het hebben van genoemde overwegingen) door de formele zorgverleners als bevorderende factor wordt gezien in het participeren in de voorziening van een collectief goed. Dit is dan ook in lijn met de genoemde voorwaarden uit de Collectieve Handelingstheorie, die stelt dat de groep een '*gemeenschappelijk belang moet voelen*' (Olson, 2002).

In lijn met de verwachting zoals op basis van de bevinding van Feldman (2011), blijkt de aanwezigheid van kennis en expertise een bevorderende invloed te hebben op de collectieve inbedding van ondersteuningsvragen. Het is opvallend dat rondom het bevorderende aspect kennis en vaardigheden, de discipline 'opbouwwerker' veelvuldig naar voren komt. Gezien de kennis en vaardigheden die deze discipline op dit specifieke terrein heeft kan de opbouwwerker gezien worden als 'expert' (Feldman, 2011). Er kan geconcludeerd worden dat de discipline 'opbouwwerker' vaak een bevorderende rol speelt in het (mede) opzetten van een collectieve voorziening. Dit kan een verklaring zijn voor het niet (of minder) participeren van andere formele zorgverleners uit het team. Olson (2002) stelt namelijk dat wanneer leden van een groep verwachten dat andere leden van een groep collectief zullen handelen, de eigen bijdrage kleiner wordt. In sommige sociale teams is er gekozen om de opbouwwerker het collectieve stuk grotendeels op te laten pakken, wat maakt dat andere formele zorgverleners wellicht minder participeren in het collectief inbedden van ondersteuningsvragen.

Naast de 'zichtbaarheid van participatie' uit de theorie van Olson (2002), is een van de noodzakelijke voorwaarden voor het optimaal participeren in het voorzien van collectief goed, dat er ofwel sprake moet zijn van '*selectieve stimuli*' (zoals de aanwezigheid van kennis of een goede samenwerkingsrelatie) of '*gedwongen participatie*' (Olson, 2002). Zo lijkt de bevorderende factor 'de aanwezigheid van geschikte vrijwilligers' met kenmerken zoals; tijd, buurtbinding, communicatief vaardig, een stabiele persoonlijkheid en ervaring, in lijn te zijn met de voorwaarden die gesteld worden door Van Bochove & Verhoeven (2014). Daarnaast lijkt het

aspect ‘gedwongen participatie’ gevonden te kunnen worden in het stellen van ‘prioriteit’, dat verband houdt met de ‘opdracht’ die er voor de formele zorgverleners ligt: naast het individuele, ook participeren in het ‘collectieve’. Doordat dit collectieve deel tot de ‘opdracht’ behoort, zijn formele zorgverleners genoodzaakt om er (individueel of in het team) tijd voor vrij te maken, wat een bevorderende werking heeft op de participatie in de voorziening van collectief goed.

Wat echter tijdens het onderzoek bleek, was dat ‘participatie in de voorziening van collectief goed’ op dit moment nog volop in ontwikkeling is. Hoewel er al veel voorbeelden van (mede) opgezette voorzieningen genoemd werden, bleek dat er ook nog veel ‘plannen’ zijn. Sommige plannen krijgen op dit moment al vorm en sommige plannen zijn nog voornamelijk in de ‘we willen hier iets mee’ fase. Doordat er nu nog volop ontwikkelingen gaande zijn, is er wellicht geen volledig beeld ontstaan van bevorderende en belemmerende factoren die een rol spelen in de collectieve inbedding. Het zou dan ook van meerwaarde zijn om die ontwikkelingen in kaart te brengen, en daarbij oog te hebben voor de formele zorgverleners die aangeven iets minder ‘affiniteit’ te hebben met ‘het collectieve’. De sociale teams konden namelijk zelf aangegeven welke formele zorgverleners zich beschikbaar stelden voor medewerking aan het onderzoek, waardoor de kans bestaat dat veelal formele zorgverleners met affiniteit (op het ‘collectieve gebied’) zich hebben aangemeld. Het gevolg hiervan kan zijn dat bevorderende en belemmerende factoren door formele zorgverleners die minder affiniteit hebben, op een andere wijze ervaren worden. Het is dan ook van meerwaarde om die groep te betrekken in een onderzoek naar belemmerende of bevorderende factoren, omdat deze groep een aanvulling kan doen waardoor het beeld vollediger wordt.

7. Aanbevelingen

In de huidige maatschappij komt steeds meer nadruk te liggen op ‘actief burgerschap’ en wordt er meer samenspel tussen formele en informele zorgverleners verwacht. Een van de manieren om dit te bewerkstelligen is om als formele zorgverleners uit sociale teams aan te sluiten op collectieve voorzieningen in de wijk (Movisie, 2014). Met dit onderzoek is inzicht verkregen in de wijze waarop zij dit doen en wat hierin bevorderend en belemmerend werkt. Er is echter nu nog niet duidelijk hoe collectieve voorzieningen (zoals bewonersinitiatieven, wijkcentra, verenigingen of zorginstellingen) dit samenspel ervaren. Het zou dan ook van meerwaarde zijn om deze verhoudingen in het perspectief van de ‘Collectieve Handelingstheorie’ te plaatsen zodat duidelijk wordt of er voldaan wordt aan de gestelde noodzakelijke voorwaarden (gemeenschappelijk belang, selectieve stimuli of gedwongen participatie en zichtbaarheid van bijdrage), en welke invloed deze voorwaarden hebben. Daarnaast is het ook van belang dat er

onderzoek wordt gedaan naar de ervaring van bewoners met ondersteuningsvragen, die participeren in een collectieve voorziening (in plaats van een individuele voorziening), omdat de doelstelling van de sociale teams uiteindelijk is om zorg zo goed en zo dicht mogelijk bij bewoners te houden (Movisie, 2016).

Naast aanbevelingen voor verder onderzoek, zijn er naar aanleiding van de resultaten ook een aantal praktische aanbevelingen. Zo wordt aangeraden om te voldoen aan de drie noodzakelijke voorwaarden die Olson (2002) schetst. Allereerst zal er een '*gemeenschappelijk belang*' gevoeld moeten worden (met directe collega's maar ook met samenwerkingsrelaties). Dit kan bewerkstelligd worden door te investeren in het kenbaar maken van de geschetste overwegingen door Sok et al. (2014). Een andere manier om dit 'gemeenschappelijke belang' te bewerkstelligen, kan gevonden worden in een samenwerkingsmodel van de Vereniging voor Nederlandse Gemeenten. Zij onderscheiden vijf stappen om tot een optimale samenwerking te komen tussen gemeenten, zorg- en welzijnsaanbieders, bewoners en sociale teams. Het uitgangspunt is om belangen, taken, risico's en prikkels in kaart te brengen, waardoor er een optimale samenwerkingsvorm kan ontstaan (Vos, Hamdan & Brocken van Rebel, 2015). Er wordt aanbevolen om de functie van de 'wijkmanagers' in te zetten als verbindende factor tussen de verschillende partijen. Uit het onderzoek bleek namelijk dat zij dit soms al doen, en dat dit door formele zorgverleners als bevorderend wordt ervaren in het verkrijgen van kennis van de wijk (kennis van organisaties, initiatieven en bewonersgroepen).

Ten tweede is de '*zichtbaarheid van participatie*' van belang. Een aanbeveling is dan ook om als gemeente te investeren in bevorderende '*selectieve stimuli*'. Uit het onderzoek beek dat er verschillende bevorderende stimuli waren, die 'vergroot' kunnen worden doordat er meer tijd aan besteedt kan worden. Wanneer formele zorgverleners meer tijd hebben om zich bezig te houden met 'het collectieve', zal de 'zichtbaarheid van bijdrage' (in bijvoorbeeld het mede opzetten van initiatieven) groter worden. Een derde aanbeveling wordt gedaan naar aanleiding van samenwerkingsrelaties die ontstaan tussen formele zorgverleners en vrijwilligers (van collectieve voorzieningen). Zoals Olson (2002) stelt, is gedwongen participatie van formele zorgverleners een voorwaarde tot optimale collectieve inbedding van ondersteuningsvragen. Van Bochove & Verhoeven (2014) stellen echter dat het voor een optimale samenwerking van belang is dat professionals niet beoordeeld worden op meetbare doelstellingen. Dus hoewel in het landelijke beleid de nadruk ligt op de verschuiving van individueel naar collectief, is het voor een succesvolle samenwerkingsrelatie van belang dat er geen 'gedwongen' samenwerking ontstaat, waarbij de professional moet voldoen aan meetbare doelstellingen (bijvoorbeeld een x aantal samenwerkingsrelaties moet hebben binnen een bepaalde tijd). Er wordt dus aanbevolen om een

vorm van ‘gedwongen participatie’ in te zetten, waarbij er tijd vrij wordt gemaakt voor het opzetten en doorverwijzen naar collectieve voorzieningen, maar zonder meetbare doelstellingen en waarbij de regie bij bewoners en vrijwilligers blijft.

Referenties

- Arts, J., Gijssels, W., & Boshuizen, H. (2006). Understanding Managerial Problem-Solving, Knowledge Use and Information Processing: Investigating Stages from School to the Workplace. *Contemporary Educational Psychology Vol. 31 (4)* pp. 387-410 doi: 10.1016/j.cedpsych.2006.05.005.
- Baarda, D., Goede, M. de., & Teunissen, J. (2005) *Basisboek Kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Bailey, D., & Koney, K. (2000). *Strategic Alliances Among Health and Human Services Organisations*. California: Sage Publications Inc.
- Bakker, J., Denters, B., Oude Vrielink, M., & Klok, P. (2012). Citizen’s Initiatives: How Local Governments Fill their Facilitative Role. *Local Government Studies Vol. 38 (4)* pp. 396-414 doi: 10.1080/03003930.2012.698240.
- Beltman, H. (2014). *De burger in de wijk. Handvatten voor het denken vanuit burgerperspectief over wijkgericht werken*. Utrecht: Aandacht voor iedereen.
- Bochove, M. van., Tonkens, E., & Verplanke, L. (2014). *Kunnen we dat (niet) aan vrijwilligers overlaten?* Den Haag: Platform 31.
- Bochove, M. van., & Verhoeven, M. (2014). *Samenwerkingspatronen tussen vrijwilligers en professionals*. In: Bochove, M. van., Tonkens, E., & Verplanke, L. (2014). *Kunnen we dat (niet) aan vrijwilligers overlaten?* Den Haag: Platform 31.
- Boeije, H. (2010). *Analysis in Qualitative Research*. SAGE.
- Engbersen, G., & Engbersen, R. (2014). *Van buurtbarbecue naar buurtinfrastructuur. Corporaties en het veranderend sociaal domein*. Amsterdam: De Vernieuwde Stad.
- Feldman, R. (2011). *Ontwikkelingspsychologie II. Levensloop vanaf de jongvolwassenheid*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Haig-Brown, C. (2001). Continuing Collaborative Knowledge Production: Knowing When, Where, How and Why. *Journal of Intercultural Studies Vol. 22 (1)* pp. 19-32 doi: 10.1080/07256860120037391.
- Keuzekamp, S. (2015). *Onderzoek naar wijkteams komt helaas nauwelijks van de grond*. Tijdschrift voor Sociale Vraagstukken: 2015 (2).
- Klerk, M. de., Boer, A. de., Plaisier, I., Schyns, P., & Kooiker, S. (2015). *Informeel hulp: wie*

- doet er wat?* Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2010). *Welzijn Nieuwe Stijl*. Geraadpleegd op 7 maart, 2016, via http://www invoeringwmo.nl/sites/default/documenten/Brochure_WNS.pdf
- Movisie. (2014). *Sociale (wijk) teams in vogelvlucht*. Geraadpleegd op 7 maart, 2016, via [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Rapport-Sociale-\(wijk\)teams-State-of-the-Art%20\[MOV-5475870-1.0\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Rapport-Sociale-(wijk)teams-State-of-the-Art%20[MOV-5475870-1.0].pdf)
- Movisie. (2016). *Sociale (wijk)teams in beeld*. Geraadpleegd op 15 april, 2016, via [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Sociale-wijkteams-in-beeld%20\[MOV-9164168-1.1\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Sociale-wijkteams-in-beeld%20[MOV-9164168-1.1].pdf)
- Olson, M. (2002). *The Logic of Collective Action. Public Goods and the Theory of Groups*. London: Harvard University Press.
- Oude Vrielink, M., Kolk, H. van der., & Klok, P. (2014). *De vormgeving van sociale (wijk)teams: Inrichting, organisatie en vraagstukken*. Platform 31.
- Peters, A., & Kuijswijk, W. (2013). *Maatschappelijke context van informele zorg*. In: Kruijswijk, W., Peters, A., Elferink, J., Scholten, C., & Bruijn, I. de. (2013). *Mantelzorgers en vrijwilligers in beeld*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Plasterk, R. (2013). *Van burgerparticipatie naar overheidsparticipatie*. In: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (2013). *Werken aan burgers nabijheid*. Rijksoverheid.
- Pommers, E., Eggink, E., & Ooms, I. (2016). *Overall rapportage sociaal domein 2015: Voorzieningen in het sociaal domein*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Putters, K. (2014). *Rijk geschakeerd*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Riet, H. te., & Jonge, H. de. (2007). *Basiszorg voor helpenden: Niveau 2*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2014). *Heft in eigen handen*. Geraadpleegd op 1 maart 2016, via http://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/Toekomstverkennen/Uitwerking_van_4_perspectieven/Heft_in_eigen_handen#Strategie_Heft_in_eigen_handen
- Rijksoverheid (2016¹). *Begeleiding in het dagelijks leven*. Geraadpleegd op 18 februari 2016, via https://www.regelhulp.nl/bladeren/_/artikel/begeleiding-in-dagelijks-leven/
- Rijksoverheid (2016²). *Hoe krijg ik ondersteuning van de gemeente vanuit de Wmo?* Geraadpleegd op 22 juni 2016, via <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en->

antwoord/ondersteuning-gemeente-wmo-2015-aanvragen

SCP (2016). *Overall rapportage sociaal domein 2015*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Snel, E., Hoogmoed, K., & Odé, A. (2015). *Actief burgerschap en leefbaarheid in twee Rotterdamse wijken*. Bestuurswetenschappen. Vol. 69 (2).

Sok, K., Lucassen, A., & Bosch, A. van den. (2013). *Van collectief naar individueel en andersom*. Utrecht: Movisie.

Stavenuiter, M., Nederland, T., & Toorn, J. van den. (2010). *Tussen kwetsbaar en vitaal*. Utrecht: Verwey Jonker Instituut.

Verhoeven, I., & Tonkens, R. (2011). *Bewonersinitiatieven. Partnerschap tussen burgers en overheid*. Beleid en Maatschappij. Vol. 4. pp. 419-437.

Vos, W., Hamdan, Y., & Brocken van Rebel, N. (2015). *Prikkels en organisatievormen voor sociale (wijk) teams*. Geraadpleegd op 7 juni, 2016, via <https://vng.nl/files/vng/publicaties/2015/20150420-prikkels-en-organisatievormen-sociale-teams.pdf>

Bijlage A. Topicijst Formele zorgverleners en Wijkmanagers

Het topic met een * is enkel aan de formele zorgverleners voorgelegd.

Introductie:

Voorstellen

Duur interview

Hoofdvraag

Uitleg begrippen

Methode en doel van onderzoek

Anonimiteit

Toestemming voor opname?

Nog vragen over introductie?

Informed Consent

Topic 1. Ondersteuningsvragen*

- Soort ondersteuningsvragen in sociaal team

Topic 2. Gebruik van collectieve ondersteuningsmogelijkheden door formele zorgverleners

- Formele ondersteuningsmogelijkheden
- Informele ondersteuningsmogelijkheden

Topic 2.1 Totstandkoming collectieve inbedding

- Connecties
- Expertise
- ...

Topic 2.2 Overwegingen om (al dan niet) collectief in te bedden

- Aantal oplossingen
- Signaleringsfunctie
- Mogelijkheid tot sociaal contact
- Mogelijkheid tot kostenreductie
- ...

Topic 2.3 Totstandkoming relaties

- Betrokken actoren
 - Bewoners
 - Professionals
 - Organisaties
- Samenwerkingsvormen
 - Professionele verantwoordelijkheid
 - Gedeelde verantwoordelijkheid
 - Vrijwillige verantwoordelijkheid
- Invloed van relaties op werkwijze
 - Bevorderend
 - Belemmerend

Topic 2.4 Bevorderende of belemmerende factoren in collectieve inbedding

- Selectieve stimuli
 - Expertise in collectieve inbedding
 - ...
- Gedwongen participatie
- Zichtbaarheid van bijdrage
- ...

Afsluiting

Vragen

Bedanken

Mogelijkheid terugkoppeling resultaten

Bijlage B. Codeboom

Formele Zorgverleners

| Name | Sources | References |
|--|-----------|------------|
| Belemmerende factoren algemeen | 14 | 56 |
| Bewoners | 12 | 27 |
| Geen (geschikte) vrijwilligers | 4 | 4 |
| Geen draagvlak onder bewoners | 8 | 11 |
| Problematiek | 11 | 17 |
| Externe factoren | 5 | 14 |
| Budget | 1 | 1 |
| Bureaucratie | 4 | 6 |
| Geen verbindingcentrum in wijk | 1 | 1 |
| Samenwerkingsrelaties | 4 | 9 |
| Formele zorgverleners | 13 | 30 |
| Geen affiniteit | 3 | 3 |
| Kwaliteit willen behouden | 1 | 1 |
| Te weinig kennis | 8 | 14 |
| Te weinig kennis van bestaande voorzieningen | 2 | 2 |
| Team in opbouw | 4 | 6 |
| Te weinig tijd | 10 | 18 |
| Bevorderende factoren algemeen | 14 | 70 |
| Bewoners | 2 | 3 |
| Draagvlak vanuit bewoners | 4 | 5 |
| Geschikte vrijwilliger | 4 | 4 |
| Externe factoren | 3 | 4 |
| Budget | 2 | 2 |
| Gemeenschappelijk belang met samenwerkings | 3 | 3 |
| Geschikte locatie | 4 | 6 |
| Formele zorgverleners | 13 | 50 |
| Affiniteit | 6 | 8 |
| Belang in zien | 9 | 12 |
| Ervaring en expertise | 13 | 33 |
| Kennis van de wijk relatieopbouw en netwerk | 10 | 17 |
| Lerend team | 5 | 10 |
| Tijd hebben en maken | 5 | 8 |
| Soort ondersteuningsvragen | 13 | 22 |
| Dagbesteding | 5 | 5 |
| Financieel | 9 | 12 |
| Lichamelijke gezondheid en functioneren | 5 | 5 |
| Multi-probleem | 6 | 6 |
| Pedagogisch functioneren | 4 | 4 |
| Praktisch functioneren | 10 | 24 |
| Pyschische gezondheid | 10 | 19 |
| Sociale contacten | 2 | 2 |
| Vinger aan de pols vragen van netwerk | 2 | 3 |
| Vrije tijd | 4 | 6 |
| Wonen | 2 | 2 |

| | | |
|--|-----------|-----------|
| Voorzieningen en Totstandkoming | 14 | 57 |
| (Mede) Opgezette voorzieningen | 13 | 43 |
| <i>Niet succesvolle voorzieningen</i> | 4 | 7 |
| <u>Belemmerende factoren</u> | 4 | 6 |
| <i>Bewoners</i> | 3 | 3 |
| Afhankelijk van vrijwilligers | 2 | 3 |
| Geen draagvlak | 1 | 1 |
| <i>Externe factoren</i> | 2 | 2 |
| Afhankelijkheid externe relaties | 1 | 1 |
| Bureaucratie | 1 | 1 |
| <i>Formele zorgverleners</i> | 1 | 1 |
| Tijd | 1 | 1 |
| <u>Bevorderende factoren</u> | 4 | 5 |
| <i>Bewoners</i> | 0 | 0 |
| <i>Externe factoren</i> | 1 | 1 |
| <i>Formele zorgverleners</i> | 2 | 2 |
| <u>Totstandkoming</u> | 3 | 3 |
| Signaal uit werkveld | 2 | 2 |
| <i>Nog op te zetten voorzieningen</i> | 7 | 14 |
| <u>Belemmerende factoren</u> | 3 | 4 |
| onbekendheid | 1 | 1 |
| Tijd | 2 | 2 |
| <u>Bevorderende factoren</u> | 4 | 5 |
| Gemeenschappelijk belang | 2 | 3 |
| Teamleden | 2 | 2 |
| <u>Totstandkoming</u> | 6 | 8 |
| Signaal uit werkveld | 8 | 10 |
| <i>Succesvolle voorzieningen</i> | 13 | 45 |
| <u>Belemmerende factoren</u> | 7 | 13 |
| <i>Bewoners</i> | 3 | 6 |
| Geen draagvlak | 2 | 2 |
| Overvraging of geen vrijwilliger | 2 | 2 |
| <i>Externe factoren</i> | 2 | 2 |
| Budget | 1 | 1 |
| Organisatiestructuur van samenwerkingsre | 2 | 2 |
| <i>Formele zorgverleners</i> | 1 | 1 |
| Onbegrip bij directe collega's | 1 | 1 |
| <u>Bevorderende factoren</u> | 10 | 21 |
| <i>Bewoners</i> | 6 | 9 |
| Draagvlak vanuit bewoners | 3 | 5 |
| Geschikte vrijwilliger | 4 | 4 |
| <i>Externe factoren</i> | 3 | 3 |
| Budget | 1 | 1 |
| Gemeenschappelijk belang met samenwer | 3 | 3 |
| Geschikte locatie | 3 | 3 |
| <i>Formele zorgverleners</i> | 8 | 19 |
| Kennis Expertise en Ervaring | 7 | 13 |
| Tijd | 1 | 1 |
| Zien als taak - prioriteit | 4 | 5 |
| <u>Totstandkoming</u> | 13 | 43 |

| | | |
|---|-----------|-----------|
| Signaal uit werkveld | 11 | 19 |
| Bestaande Voorzieningen | 13 | 20 |
| Formeel | 4 | 6 |
| Externe bedrijven | 1 | 1 |
| Zorginstellingen | 4 | 4 |
| Informeel | 6 | 8 |
| Bewonersgroepen | 2 | 3 |
| Buurthuiskamer | 2 | 2 |
| Maaltijdvoorziening | 3 | 3 |
| Stichtingen - Verenigingen - Activiteitencent. | 7 | 10 |
| Activiteitencentra | 3 | 7 |
| Speeltuinverenigingen | 1 | 1 |
| Sportverenigingen | 3 | 3 |
| <i>Totstandkoming connectie met bestaande</i> | 11 | 20 |
| Verbindingen leggen | 11 | 21 |
| Samenwerking | 13 | 39 |
| <i>Invloed van interactie op werkwijze</i> | 9 | 19 |
| <u>Belemmerende invloed</u> | <u>7</u> | <u>11</u> |
| Belangenverstrengeling | 3 | 4 |
| Niet welkom op locatie | 2 | 2 |
| Organisatiestructuur van samenwerkingsrela | 5 | 6 |
| Te enthousiaste vrijwilliger | 2 | 2 |
| <u>Bevorderende invloed</u> | <u>5</u> | <u>9</u> |
| Ervaring en expertise delen | 2 | 3 |
| Gemeenschappelijk belang | 4 | 5 |
| Geschikte locatie met samenwerkingspartijei | 2 | 4 |
| <i>Ontstane Samenwerkingsrelaties</i> | 11 | 26 |
| <u>Bewoners</u> | <u>10</u> | <u>19</u> |
| Buurtbewoners | 5 | 7 |
| Vrijwilligers | 8 | 15 |
| Gedeelde verantwoordelijkheid | 4 | 6 |
| Professionele verantwoordelijkheid | 0 | 0 |
| Vrijwillige verantwoordelijkheid | 4 | 5 |
| <u>Professionals</u> | <u>6</u> | <u>11</u> |
| Externe professionals | 5 | 10 |
| Gemeente | 5 | 6 |
| Sociale teamleden | 1 | 1 |
| Stichtingen en wijkcentra | 3 | 5 |
| Werkwijzen | 14 | 64 |
| Facilitering | 8 | 13 |
| Kansen zien | 2 | 2 |
| Ondersteunen | 10 | 18 |
| Regie bij ander laten | 4 | 8 |
| Relatieopbouw | 4 | 4 |
| Signaleren | 8 | 9 |
| Verbindingen leggen | 11 | 21 |

| | | |
|----------------------|-----------|-----------|
| Overwegingen | 14 | 44 |
| Kostenreductie | 7 | 7 |
| Laagdrempelig | 7 | 9 |
| Meer oplossingen | 9 | 11 |
| Signaleren en bereik | 5 | 6 |
| Sociaal contact | 12 | 19 |
| Wederkerigheid | 9 | 12 |

Wijkmanagers

| Name | Sources | References |
|---|----------|------------|
| Belemmerende factoren | 5 | 40 |
| Bewoners | 2 | 3 |
| Problematiek | 2 | 3 |
| Formele zorgverleners | 0 | 0 |
| Affiniteit | 1 | 3 |
| Geen expertise | 3 | 11 |
| Geen prioriteit | 2 | 10 |
| Tijd | 5 | 13 |
| Weinig kennis van de wijk | 2 | 4 |
| Bevorderende factoren | 4 | 24 |
| Externe factoren | 0 | 0 |
| Geschikte locatie | 1 | 3 |
| Formele zorgverleners | 0 | 0 |
| Expertise | 5 | 13 |
| Geduld | 1 | 1 |
| Kennis van wijk | 3 | 3 |
| Openstaan | 2 | 3 |
| Prioriteit | 2 | 2 |
| Tijd | 1 | 1 |
| Vertrouwen in samenwerkingsrelaties | 1 | 1 |
| Collectieve ondersteuningsmogelijkheden in de wijk | 5 | 29 |
| Uitleg voorziening | 5 | 15 |
| Gebruik van collectieve mogelijkheden | 5 | 17 |
| Opzetten van collectief | 5 | 9 |
| Verbinden van bewoners met collectief | 5 | 11 |
| Overwegingen | 4 | 6 |
| Overwegingen niet collectief | 2 | 2 |
| Kwaliteit van zorg behouden | 2 | 2 |
| Overwegingen om collectief | 3 | 4 |
| Belang inzien | 1 | 1 |
| Kostenbesparing | 1 | 1 |
| Kwalitatief beter | 1 | 1 |
| Samenwerkingsrelaties | 5 | 17 |
| Werkwijze sociale team | 5 | 108 |
| Aanjagen | 1 | 1 |
| Eigenaarschap overnemen | 1 | 2 |
| Facilitering | 4 | 4 |
| Relatie opbouw | 2 | 3 |
| Signalering | 3 | 11 |
| Vrijwilligers betrekken | 2 | 4 |

Bijlage C. Overzicht bevorderende en belemmerende factoren

Genoemd door: Formele zorgverleners

| <i>Bevorderende factoren</i> | <i>Belemmerende factoren</i> |
|---|---|
| Formele zorgverleners | Formele zorgverleners |
| <p><u>Lerend team:</u> het bespreken van ervaringen, maken van taakverdelingen, elkaar stimuleren en wegwijs maken in het ‘collectieve’.</p> | <p><u>Team in opbouw:</u> cultuurverschillen in team, elkaars kwaliteiten nog niet goed kennen, geen duidelijke taakomschrijving bij start van team (onvoldoende duidelijk wat er op het collectieve aspect verwacht werd van team)</p> |
| <p><u>Tijd hebben en maken:</u> het ‘collectieve’ op de agenda plaatsen, tijd voor inplannen om mee te werken aan het (mede) opzetten van collectieve voorzieningen</p> | <p><u>Geen tijd hebben:</u> te weinig tijd hebben om bezig te houden met het collectieve aspect</p> |
| <p><u>Kennis van de wijk - Relatie opbouw en netwerk</u> kennis van bewoners, presentie in de wijk, gezicht laten zien bij collectieve voorzieningen; connectie met wijkmanager, kennis maken met organisaties</p> | <p><u>Geen kennis van de wijk - Geen netwerk</u> Geen kennis van collectieve voorzieningen in de wijk, geen netwerk in de wijk</p> |
| <p><u>Affiniteit:</u> het ‘leuk’ vinden om collectief bezig te zijn, feeling hebben met de onderwerpen waar het op gericht is</p> | <p><u>Geen affiniteit:</u> geen feeling met de onderwerpen</p> |
| <p><u>Belang in zien:</u> het ondersteunen en faciliteren van het collectieve zien als opdracht/taak, mogelijkheden willen creëren om alternatieve oplossingen te bieden, bewust ermee bezig blijven, motiverende rol aannemen naar</p> | <p><u>Zorgen om kwaliteit</u> spanningsveld om bij informele collectieve voorzieningen de kwaliteit van zorg te waarborgen</p> |

samenwerkingsrelaties

Ervaring en expertise:

kunnen verbinden, ervaring met groepen, specialisme in team inzetten om elkaar hierin te ondersteunen: opbouwwerker in team wordt hierbij door bijna alle respondenten genoemd vanwege de ervaring en expertise met collectieve voorzieningen

Bewoners

Geschikte vrijwilliger(s):

(genoeg) capabele vrijwilligers

Draagkracht vanuit bewoners:

wensen en behoeften vanuit bewoners

Bewoners

Geen (geschikte) vrijwilliger

geen (capabele) vrijwilliger

Geen draagkracht vanuit bewoners

bewoners die niet willen

Problematiek

problematiek in de wijk die alle aandacht naar het individuele deel toetrekt, bewoners die wegens problematiek niet in collectieve voorziening ingebed kunnen of willen worden

Externe factoren

Budget:

budget dat realisatie van het (mede) opzetten van een collectieve voorziening mogelijk maakt

Geschikte locatie:

locatie (als uitvalsbasis van de formele zorgverleners) die meedenkt, stimuleert en mogelijkheden biedt om collectieve voorzieningen tot stand te laten komen

Gemeenschappelijk belang met

samenwerkingsrelatie:

partijen die voor hetzelfde belang aan het werk zijn en met elkaar mee willen denken om dat belang te behalen

Externe factoren

Geen budget:

geen budget dat de realisatie van het (mede) opzetten van een collectieve voorziening mogelijk maakt

Geen verbindingcentrum in de wijk

geen verbindende factor waar mensen samen komen of waar 'verbonden' kan worden

(Bureaucratie bij) Samenwerkingsrelaties

samenwerkingsrelaties die niet mee denken, structuur van een organisatie die maakt dat vele partijen over een bepaald aspect moeten oordelen

Genoemd door: wijkmanagers

Om herhaling te voorkomen worden de factoren die ook beschreven zijn bij de formele zorgverleners, niet nogmaals uitgewerkt.

| <i>Bevorderende factoren</i> | <i>Belemmerende factoren</i> |
|--|-------------------------------------|
| Formele zorgverleners | Formele zorgverleners |
| <u>Expertise</u> | <u>Geen expertise</u> |
| <u>Openstaan:</u> openstaan voor de mogelijkheden van bewoners in plaats van enkel de beperkingen, openstaan voor de mogelijkheden die collectieve voorzieningen hebben | <u>Geen affiniteit</u> |
| <u>Tijd</u> | <u>Te weinig tijd</u> |
| <u>Kennis van wijk</u> | <u>Weinig kennis van de wijk</u> |
| <u>Belang in zien</u> | <u>Geen belang in zien</u> |
| <u>Vertrouwen hebben in samenwerkingsrelatie:</u> vertrouwen in de partijen waarmee samengewerkt wordt | |
| <u>Geduld</u> bewust zijn dat het een proces is en ‘iets’ er niet in één keer is | |
| Externe factoren | Externe factoren |
| <u>Geschikte locatie</u> | Niet van toepassing |
| Bewoners | Bewoners |
| Niet van toepassing | <u>Problematiek</u> |