

## Tilburg University

### Gedeeld eigenbelang

Boumans, J.; Swinkels, W.

*Publication date:*  
2015

*Document Version*  
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

*Citation for published version (APA):*

Boumans, J., & Swinkels, W. (2015). *Gedeeld eigenbelang: Een verkennend onderzoek naar werkzame en belemmerende factoren van zorgcoöperaties*. Tranzo.

#### General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

#### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

# “Gedeeld Eigenbelang”

Een verkennend onderzoek naar werkzame en belemmerende factoren  
van zorgcoöperaties

Auteurs:

J. Boumans, W. Swinkels

Onder leiding van:

K. Luijkx, S. Oomens, I. van de Goor

m.m.v. R. Schoorl, A. Winsemius (Movisie)

Tranzo, departement van TSB, Tilburg University, in opdracht van ZonMw

28 februari 2015



## Inhoudsopgave

|   |    |
|---|----|
| Hoofdstuk 1. Inleiding .....                              | 3  |
| 1.1. Aanleiding.....                                      | 3  |
| 1.2. Vraagstelling .....                                  | 8  |
| Hoofdstuk 2. Methode van onderzoek .....                  | 9  |
| 2.1. Onderzoeksopzet.....                                 | 9  |
| 2.2. Onderzoeklocaties en respondenten .....              | 12 |
| Hoofdstuk 3. Resultaten.....                              | 13 |
| 3.1. Zorgcoöperaties en respondenten.....                 | 13 |
| 3.2. Zorgvragers .....                                    | 14 |
| 3.2.1. Zorggebruik.....                                   | 14 |
| 3.2.2. Oordeel over zorggebruik .....                     | 16 |
| 3.2.3. Reguliere zorg.....                                | 17 |
| 3.3. Zorgverleners .....                                  | 19 |
| 3.3.1. Ervaring werken voor zorgcoöperatie.....           | 19 |
| 3.3.2. Oordeel over de zorgcoöperatie als werkgever ..... | 21 |
| 3.3.3. Reguliere zorg.....                                | 24 |
| 3.4. Initiatiefnemers .....                               | 25 |
| 3.4.1. Aanleiding.....                                    | 25 |
| 3.4.2. Oprichting en inrichting .....                     | 25 |
| 3.4.3. Voortzetting .....                                 | 29 |
| Hoofdstuk 4. Expertmeeting .....                          | 32 |
| Hoofdstuk 5. Discussie en Conclusie.....                  | 34 |
| 5.1 Samenvatting resultaten .....                         | 34 |
| 5.2 Discussie .....                                       | 38 |
| 5.3 Beperkingen onderzoek en aanbevelingen.....           | 40 |
| 5.4 Onderzoeksagenda .....                                | 41 |
| 5.5 Conclusie.....  | 42 |
| Literatuur .....  | 42 |
| Bijlage.....  | 44 |

## **Hoofdstuk 1. Inleiding**

### **1.1. Aanleiding**

Door toenemende vergrijzing, stijgende zorgkosten en dreigend tekort aan zorgpersoneel staat de zorg voor ouderen en andere mensen die vanwege fysieke en/of mentale beperkingen behoefte aan zorg hebben, sterk onder druk. De overheid streeft naar een samenleving waarin burgers meer verantwoordelijkheid op zich nemen. Met het oog op toekomstbestendige zorg verwacht de overheid van burgers dat zij zo lang mogelijk zelf de regie over hun leven voeren, zo veel mogelijk voor zichzelf zorgen en eerst hun sociale (buurt) netwerk inzetten als zij ondersteuning en zorg nodig hebben. Samenwerking tussen beroepskrachten en vrijwilligers van zorgorganisaties en zorgbehoevenden, hun familieleden en het sociale (buurt) netwerk van mensen wordt daarmee steeds belangrijker (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2005; Rijksoverheid, 2014),

Sinds een aantal jaren zijn burgerinitiatieven in opkomst, ook in de zorg (Van Beest, 2014; Van De Wijdeven, De Graaf, & Hendriks, 2013). Veel van de burgercollectieven in de zorg zijn gestart in kleine plattelandsgemeenten in de provincie Noord-Brabant. De leefbaarheid in een aantal kleine kernen stond en staat onder druk vanwege een afnemend voorzieningenniveau en teruglopende inwoneraantallen. Ontevredenheid over het zorgaanbod in deze kernen heeft geleid tot zorgcoöperaties. Wat is een zorgcoöperatie precies? Een zorgcoöperatie is een vorm van burgerinitiatief.

Volgens Galesloot (Galesloot, 2002) kunnen burgerinitiatieven ontstaan uit one-issue bewegingen. De dorpsbewoners constateren een probleem en reageren erop. Soms gaat men een stap verder en ontstaat een organisatiestructuur. Kenmerkend voor burgerinitiatieven is dat burgers zelf initiatief nemen, andere burgers daarbij betrekken en een visie hebben over wat ze willen bereiken. Ditzelfde proces ziet men ook bij deze vorm van burgerinitiatief, de zorgcoöperatie. Bewoners constateren een probleem: dorpsbewoners willen in het dorp blijven wonen maar dit is niet mogelijk doordat bijvoorbeeld een gebrek is aan voldoende toegeruste zorg. De bewoners reageren hierop door anderen om advies en hulp te vragen en men vormt samen een missie: dorpsbewoners langer in het dorp laten wonen. Men komt met oplossingen voor het probleem zoals het opzetten van een boodschappenservice of met het organiseren van zorg aan huis. Doordat de oplossingen van het probleem steeds volwassener en concreter

worden, wordt vaak besloten om een dergelijk initiatief in een juridische vorm te gieten en een stichting, vereniging of coöperatie op te richten. De zorgcoöperatie is ontstaan.

Zorg wordt in dit onderzoek, in navolging van Tronto (Tronto, 1993) breed opgevat en omschreven als “een scala aan activiteiten, gericht op het handhaven, het continueren en het herstellen van de ‘wereld’ om ons heen, op zo’n manier dat we er zo goed mogelijk in kunnen leven. De wereld waarnaar verwezen wordt, omvat het complexe geheel van zowel het lichaam, ons zelf als de wereld waarin we leven en de mensen waarmee we leven”. Door zorg zo breed op te vatten, bedoelen we daar niet alleen verpleegkundige en verzorgende handelingen mee, maar ook handelingen gericht op het welzijn.

Binnen zorgcoöperaties wordt de benodigde ondersteuning op het terrein van zorg en welzijn voor dorpsgenoten door dorpsgenoten zelf georganiseerd en verleend. Hoewel dat (nog) niet wetenschappelijk is vastgesteld, zijn betrokkenen ervan overtuigd dat door deze wijze van organisatie van de zorg en ondersteuning, deze beter aansluit op de behoeften van zorgvragers dan het reguliere zorgaanbod. Er zou nauwelijks overbodige zorg worden verleend doordat zorgvragers, mantelzorgers en professionele zorgverleners als vanzelfsprekend met elkaar samenwerken en elkaar aanvullen. Dit zou ook lagere kosten van de zorg tot gevolg hebben (Platform Zorgcoöperatieve ontwikkelingen Brabant, 2013). Of dit werkelijk het geval is, is wetenschappelijk (nog) niet vastgesteld.

Inmiddels zijn er verschillende zorgcoöperaties opgericht zowel in Noord-Brabant als elders in Nederland. Zorgcoöperaties kennen naast verschillende verschijningsvormen ook een verschillende mate van succes (Van Beest, 2014) en zijn volop in ontwikkeling. Dat heeft zijn weerslag in de wetenschappelijke literatuur. Wetenschappelijk onderzoek naar zorgcoöperaties is nauwelijks te vinden. Er zijn vooral veel kleinschalige studies of ‘casestudies’ te vinden waarin coöperaties die op dit moment actief zijn, beschreven worden, bijvoorbeeld (Dictus, 2013; Van Beest, 2014; Van Xanten, Schonewille, Engelen, & Maat, 2011). Deze casebeschrijvingen geven

indicaties van werkzame en belemmerende factoren van zorgcoöperaties. Hierna worden de inzichten uit bestaande literatuur, zowel wetenschappelijke als populaire, kort samengevat.<sup>1</sup>

Een aantal Vlaamse onderzoekers, onder wie (Gijssels, 2011) en (Van Opstal, Coates, & Uddin, 2014), heeft uitgebreid gekeken naar zorgcoöperaties in België en een aantal andere Europese landen; Het werken met zorgcoöperaties is niet uniek voor Nederland; ook in landen als Zweden, Italië en het Verenigd Koninkrijk, zijn diverse coöperatieve zorgvormen te vinden op diverse levensterreinen en voor verschillende doelgroepen. Vaak verschillen deze buitenlandse coöperaties wel van de Nederlandse voorbeelden, bijvoorbeeld omdat het initiatief tot oprichting door anderen is genomen, of omdat ze zich richten op een specifieke doelgroep zoals meervoudig gehandicapten. Ook lijken er een aantal grote verschillen in de organisatiestructuur van deze coöperaties te zijn (Van Beest, 2014).

### **Werkzame factoren**

Om de werkzame factoren van het functioneren van werken met zorgcoöperaties te achterhalen is het van belang om te kijken naar wat leden motiveert om lid te worden en te blijven van een dergelijke coöperatie. Van Beest heeft in zijn kleinschalige onderzoek gekeken naar de achtergrond van betrokkenen en hun motivaties om hieraan deel te nemen (Van Beest, 2014). Op het platteland bleek een van de belangrijkste motivaties om deel te nemen aan een coöperatie solidariteit te zijn; mensen leven mee met hun mede-dorpsbewoners en willen graag iets voor hen betekenen. Een versterkt gemeenschapsgevoel (het deel uitmaken van een groep) en het kunnen helpen van anderen zijn redenen voor (actieve) betrokkenheid bij de zorgcoöperatie. In de stad werd naast solidariteit ook inspraak in het bestuur van de organisatie en het uitbreiden van het eigen sociale netwerk als belangrijke motivaties ervaren. (Baetens, 2013) Baetens deed onderzoek in het dorp Elsendorp, dat als een soort voorloper van een zorgcoöperatie gezien wordt. (Dictus, 2013) nam als stageproject vier interviews af bij verschillende leden van zorgcoöperatie Austerlitz Zorgt. (Baetens, 2013) en (Dictus, 2013) delen de conclusie van (Van Beest, 2014) dat solidariteit en betrokkenheid een grote rol spelen in de motivaties van de leden voor hun betrokkenheid bij de coöperatie. Tonkens en Verhoeven zien dit ook bij hun onderzoek

---

<sup>1</sup> : Onderstaande samenvatting is ontleend aan de literatuurstudie “Zorgcoöperaties in Nederland: de eerste studies in beeld” [www.movisie.nl/zorgcooperaties](http://www.movisie.nl/zorgcooperaties). Deze literatuurstudie heeft Movisie uitgevoerd ten behoeve van dit onderzoek. Deze literatuurstudie is ook opgenomen als bijlage bij dit onderzoek.

naar een burgerinitiatief in Amsterdam (Tonkens & Verhoeven, 2011). Baetens noemt hierbij specifiek ook de waarde van het kleine dorp, omdat hier toevallige ontmoetingen onvermijdelijk zijn, waardoor iedereen erg betrokken is bij elkaars situatie (Baetens, 2013). Een recent rapport van het Sociaal Cultureel Planbureau nuanceert deze bevinding. Het bestaande sociale netwerk dat dorpsbewoners al hebben, is de reden dat dorpsbewoners zich actief willen inzetten voor de leefbaarheid van hun dorp en het behoud van voorzieningen.

Uit de kleinschalige onderzoeken komt een aantal factoren naar voren die essentieel lijken te zijn voor het succes en voortbestaan van de zorgcoöperatie:

- Voldoende *draagvlak* voor de doelstellingen van de coöperatie, waarbij de wensen realiseerbaar en uitvoerbaar blijven. In Helenaveen is in de startfase voornamelijk gezocht naar een gemeenschappelijk draagvlak, het in kaart brengen van wensen van de bewoners en deze uitvoerbaar en realiseerbaar maken (Van Beest, 2014).
- De functie van *trekker, zorgcoördinator of dorpsondersteuner* die diverse partijen bij elkaar kan brengen. Zowel in de studie van Baetens als Dictus wordt deze als succesfactor genoemd (Baetens, 2013; Dictus, 2013). Deze persoon heeft goede contacten met de betrokkenen en een duidelijk overzicht van de situatie, waardoor hij als een spil voor de organisatie dient. Geëngageerde burgers lijken bij burgerinitiatieven in het algemeen essentieel voor het slagen van een burgerinitiatief. Deze burgers worden vaak ‘kartrekkers’ genoemd en zorgen voor het verbinden en enthousiasmeren van diverse partijen en weten door hun kracht en betrokkenheid veel te organiseren (Hendriks & Tops, 2002; Uitermark & Duyvendak, 2006; Van Xanten et al., 2011).
- Het *actief benaderen van bewoners* met de vraag iets bij te dragen aan de coöperatie. Zowel Dictus als Baetens als benadrukken dat een actieve benadering van bewoners bijdraagt aan de bekendheid en het succes van de coöperatie in de gemeente. Baetens noemt dit het actief zoeken naar ‘talenten’ in de buurt, zodat iedere burger die dit wil iets kan bijdragen aan de coöperatie (Baetens, 2013; Dictus, 2013).
- Een *tijdige en duidelijke communicatie* naar de leden en voldoende tempo in de uitvoering. Omdat leden in principe allemaal als gelijkwaardig gezien worden en inspraak hebben, dienen ze ook op de hoogte gehouden te worden van en betrokken te worden bij de ontwikkelingen



(Baetens, 2013). Bovendien is het volgens een van de respondenten van Dictus van belang het tempo erin te houden, zodat leden geïnteresseerd blijven (Dictus, 2013).

- *Eerste succesvolle ervaringen* leiden tot verbreding of uitbreiding van de initiatieven. De eerste positieve ervaringen lijken daarmee essentieel voor het verdere draagvlak en voortbestaan van de zorgcoöperatie (Van Xanten et al., 2011).
- *Kennis delen en leren van elkaar* zijn belangrijk om op efficiënte wijze een zorgcoöperatie vorm te geven. Uit het verslag van Dictus blijkt dat ‘Austerlitz Zorg’ veel heeft gehad aan de ervaringen van de zorgcoöperaties in Elsendorp en Hoogeloon. Zijn respondenten geven aan dat het raadzaam is om te leren van elkaars praktijken door regelmatig kennis uit te wisselen, zo wordt voorkomen dat zij elk zelf het wiel steeds opnieuw moeten uitvinden (Dictus, 2013).
- *Klantgerichtheid* is een belangrijk kenmerk van zorgcoöperaties, wat hun bestaansrecht legitimeert. De klant beslist mee en bepaalt daarmee ook het aanbod (Gijselinckx, 2011). (Van Opstal et al., 2014) beamen dit en geven aan dat een van de kansen van coöperaties in wonen en zorg liggen in het vraag gestuurd kunnen werken: de gebruikers zijn tegelijkertijd de leden die kunnen aangeven waar behoefte aan is. Ook bestaat het idee dat de zorg op een relatief goedkope manier geleverd kan worden omdat er weinig overhead is, geen externe aandeelhouders of een druk om financiële winst te behalen. Daarnaast blijkt uit deze studie dat de tevredenheid van zowel de (vaak professionele) zorgverstrekkers én de zorgontvangers binnen deze coöperatieve vorm over het algemeen hoog is.

### **Belemmerende factoren**

Een van de mogelijke knelpunten die wordt genoemd door Van Beest en Van de Wijdeven, is het risico dat vooral hoogopgeleiden lid zijn van een coöperatie en ook meer inspraak zullen (willen) hebben, waardoor de kloof tussen verschillende groepen burgers vergroot zou kunnen worden en de wensen van lager opgeleide burgers niet vertegenwoordigd worden (Van Beest, 2014; Van De Wijdeven et al., 2013). Van Beest ziet vooral in de steden dat initiatiefnemers veelal hoger opgeleid zijn. Op het platteland waren ook lager opgeleiden en minder welvarende burgers ‘kartrekkers’ van de coöperatie.

Een ander risico is de kans dat door de informele manier van zorgen ‘vraagverlegenheid’ zal optreden, wat betekent dat zorgbehoevenden bang zijn teveel van anderen te vragen waardoor zij niet de zorg krijgen die zij nodig hebben (Dictus, 2013).

Een derde probleem dat zou kunnen optreden, betreft financiën; een te hoge contributie zou ervoor kunnen zorgen dat het lidmaatschap wordt opgezegd (Van Beest, 2014; Van Opstal et al., 2014).

Baetens benoemt nog als mogelijk risico de ambigue rol van de overheid in relatie tot burgerinitiatieven; aan de ene kant stuurt de overheid aan op meer eigen verantwoordelijkheid, maar aan de andere kant worden burgerinitiatieven door de overheid vaak nog niet erkend of zelfs tegengewerkt (Baetens, 2013).

## **1.2. Vraagstelling**

Vanwege de potentie van zorgcoöperaties voor toekomstbestendige zorg, is het maatschappelijk en wetenschappelijk van belang om meer inzicht in de werkzame en belemmerende factoren van zorgcoöperaties te krijgen. Bestaande en startende zorgcoöperaties, maar ook reguliere zorg- en welzijnsorganisaties, kunnen met deze inzichten hun dienstverlening verbeteren. Dit onderzoek heeft als doel een bijdrage te leveren aan kennisontwikkeling over het functioneren van zorgcoöperaties, een specifieke vorm van burgerinitiatief. Het geeft een eerste inzicht in de factoren die een rol spelen bij de oprichting en voortzetting van zorgcoöperaties.

De centrale vraagstelling luidt als volgt:

*Welke werkzame en belemmerende factoren spelen een rol bij de oprichting en voortzetting van zorgcoöperaties vanuit de perspectieven van zorgvragers, professionele en vrijwillige zorgverleners en initiatiefnemers van zorgcoöperaties?*

Deze centrale vraagstelling is uiteen te leggen in drie onderzoeksvragen:

- 1) Wat zijn de ervaringen van zorgvragers met zorgcoöperaties? Als zorgvragers de zorg van de zorgcoöperatie kunnen vergelijken met zorg van reguliere organisaties, wat is dan hun oordeel daarover?
- 2) Wat zijn de ervaringen van professionele en vrijwillige zorgverleners met zorgcoöperaties? Als zorgverleners werken voor een zorgcoöperatie kunnen vergelijken met werken voor een reguliere zorgorganisatie, wat zijn de verschillen dan en wat is hun oordeel daarover?

- 3) Wat zijn de ervaringen van de initiatiefnemers met de oprichting en voortzetting van de zorgcoöperaties? Wat zijn de belangrijkste drijfveren en bedreigingen bij opstart en voortzetting van de zorgcoöperaties?

Zorg krijgt vorm in de relatie tussen zorgvrager en zorgverlener ((Kitson, Marshall, Bassett, & Zeitz, 2013; McCance, McCormack, & Dewing, 2011; McCormack & McCance, 2006; Tronto, 1993). Bij het bestuderen van zorgverlening verdienen beide perspectieven daarom als vanzelfsprekend aandacht. Bij burgerinitiatieven, zoals zorgcoöperaties, is daarnaast inzicht in het perspectief van initiatiefnemers van belang. We bestuderen daarom zorgcoöperaties vanuit deze drie verschillende perspectieven.

## **Hoofdstuk 2. Methode van onderzoek**

### **2.1. Onderzoeksopzet**

Om inzicht te verkrijgen in de werkzame en belemmerende factoren van zorgcoöperaties is gekozen voor kwalitatief onderzoek bij drie zorgcoöperaties, uitgevoerd met behulp van individuele interviews. Kwalitatief onderzoek geeft het beste inzicht wanneer nog relatief onontgonnen terrein in de breedte wordt verkend. Dit is bij zorgcoöperaties het geval. Er doen zich veel verschillende initiatieven in diverse situaties voor. Daarom is ervoor gekozen om, ondanks de korte looptijd van het onderzoek, drie zorgcoöperaties te onderzoeken, vanuit drie verschillende perspectieven: zorggebruikers, zorgverleners en initiatiefnemers.

We hebben ervoor gekozen om de opzet van een case studie te volgen, omdat deze geschikt is om ‘hoe’ en ‘waarom’ vragen te beantwoorden en ‘nieuwe’ ontwikkelingen te bestuderen. Omdat het doel van het onderzoek niet is een vergelijking te maken tussen de zorgcoöperaties, maar gericht is op het verkrijgen van meer inzicht in werkzame en belemmerende factoren van zorgcoöperaties, zijn per perspectief de interviews van de locaties samen genomen om vandaar uit de onderzoeksvragen te beantwoorden.

Een interviewgide, specifiek opgesteld voor elk perspectief, fungeerde als leidraad voor de gesprekken. Deze interviewguides zijn gebaseerd op de onderzoeksvragen die bij het desbetreffende perspectief centraal stonden en zijn opgesteld in overleg met de klankbordgroep (zie pagina 11). Tijdens de interviews is de guide gebruikt als checklist om ervoor te zorgen dat alle onderwerpen aan bod kwamen. De guide bepaalde niet de volgorde van de vragen, en

evenmin de proportionele aandacht die aan elk afzonderlijk onderwerp werd gegeven. Het verhaal van de geïnterviewde stond centraal, de interviewer was verantwoordelijk voor het aanbod komen van alle onderwerpen. De interviews duurden drie kwartier tot anderhalf uur en zijn gehouden door de eerste drie auteurs van dit rapport.

Voorafgaand aan het interview hebben de onderzoekers alle respondenten uitleg gegeven over het doel van het onderzoek en toestemming gevraagd om de gegevens te gebruiken voor deze rapportage. Elke respondent heeft vervolgens een toestemmingsformulier te ondertekend. Om de anonimiteit van de respondenten te waarborgen is besloten om zowel de eigennamen als de desbetreffende dorpen te anonimiseren in het rapport. Na toestemming van de respondenten zijn de gesprekken opgenomen en letterlijk getranscribeerd. Voor de analyse is ATLAS-ti versie 7.5.3 gebruikt.

In totaal zijn er 21 semigestructureerde interviews afgenomen met drie groepen respondenten; zorgvragers (n=9), zorgverleners (n=9 inclusief drie zorgcoördinatoren) en de initiatiefnemers (n=7 in drie interviews).

De geïnterviewde zorgvragers zijn zelfstandig wonende ouderen die in hun eigen omgeving gebruik maken van zorg en/of diensten vanuit de zorgcoöperatie. Er is gekozen voor thuiswonende ouderen omdat deze groep over het algemeen de grootste groep zorgvragers van een zorgcoöperatie is. Wanneer mogelijk was een partner en/of mantelzorger aanwezig bij het gesprek. Omdat de zorgvragers meestal een hoge leeftijd hadden bereikt vond een aantal respondenten het prettig dat er een vertrouwd persoon bij het interview aanwezig was. Voor de interviewers was het dan mogelijk om ook de partner en/of mantelzorger vragen te stellen over de verleende zorg en hun ervaringen met de zorgcoöperatie.

In de interviews met thuiswonende ouderen lag de focus op de ervaringen met de verleende zorg. Gevraagd is naar hun oordeel over de kwaliteit van de verleende zorg en in welk opzicht de zorg verkregen van de zorgcoöperatie verschilt met reguliere zorgverlening, voor zover zij daar ervaring mee hebben.

Zowel vrijwillige (n=2), als betaalde zorgverleners (n=7) zijn geïnterviewd. In deze gesprekken lag de nadruk op het werken voor de zorgcoöperatie, de samenwerking tussen zorgverleners van

de zorgcoöperatie en mantelzorgers. Waar mogelijk kwam ook het verschil tussen werken voor een reguliere zorgorganisatie en werken voor een zorgcoöperatie aan de orde.

Bij de initiatiefnemers lag de nadruk op het proces van de oprichting van de zorgcoöperatie.

Gevraagd is naar hun drijfveren en de knelpunten die ze ervaren hebben bij de oprichting.

Daarnaast is ook gevraagd welke factoren in hun ogen een rol spelen bij de voorzetting van de zorgcoöperatie. Deze interviews zijn gehouden met twee of drie betrokken initiatiefnemers van één zorgcoöperatie tegelijkertijd.

Twee onderzoekers (JB & WS) hebben de transcripten gecodeerd. Op basis van de interviewguides, en dus de onderzoeksvragen is een codelijst opgesteld. Vijf interviews, verdeeld over de drie perspectieven, zijn eerst door twee onderzoekers afzonderlijk gecodeerd en vervolgens met elkaar vergeleken. Na discussie is consensus over de codes bereikt. De overige interviews zijn steeds door één onderzoeker gecodeerd.

Ter voorbereiding van de interviews heeft een scan van de literatuur plaatsgevonden waarbij wetenschappelijke nationale- en internationale kennis omtrent burgerinitiatieven in kaart is gebracht (zie inleiding van dit rapport). Daarnaast zijn er, voor de gekozen zorgcoöperaties, zoveel mogelijk beschikbare relevante documenten verzameld en bestudeerd.

Voorlopige onderzoeksresultaten zijn vervolgens voorgelegd aan een expertgroep om na te gaan of de resultaten herkenbaar zijn en onze interpretatie juist is en belangrijke onderwerpen voor vervolgonderzoek te identificeren. De expertgroep bestond uit beleidsmakers, initiatiefnemers van andere zorgcoöperaties en vertegenwoordigers van het perspectief van zorgvrager en zorgverleners. Aan de expertmeeting hebben deelgenomen: Wiro Gruisen (CZ), Hans Martin Don (Landelijke WMO raad), Bob van der Meijden (VNG), Geert Hut (zorgcoöperatie “Graag Gedaan “ Leende), Harrie Dirx (Centrale samenwerkende Ouderenorganisaties), een wijkzuster van de een reguliere zorgorganisatie (Zuidzorg), Leo van Erp (voorzitter van de Raad van Bestuur RSZK) en Koos Mirck (Landelijke Vereniging voor Kleine Kernen).

Het project is begeleid door een klankbordgroep. De klankbordgroep bestond uit initiatiefnemers van zorgcoöperaties en vertegenwoordigers van de provincie, de financierende organisatie (ZonMw), de Provinciale Raad Gezondheid en het platform Zorgcoöperatieve Ontwikkelingen Brabant. Zij hebben het onderzoeksproces gevolgd en aangevuld. Op deze manier heeft een

aanvullende verificatie van de analyses plaatsgevonden, waardoor gewaarborgd is dat de onderzoekresultaten aansluiten bij de praktijk en daarmee maatschappelijk relevant zijn.

## **2.2. Onderzoekslocaties en respondenten**

Hoewel zorgcoöperaties geen typisch Brabants verschijnsel zijn, zijn de eerste wel in Noord-Brabant opgericht en kent deze provincie ook een groot aantal zorgcoöperaties. Voor dit onderzoek zijn daarom drie zorgcoöperaties in Noord-Brabant geselecteerd. Er is gezocht naar zorgcoöperaties die homogeen zijn wat betreft doelgroep en die tegelijkertijd voldoende divers zijn wat betreft organisatievorm, geografische spreiding en inwoneraantal om zicht te krijgen op factoren die het functioneren kunnen beïnvloeden. De focus lag op zorgcoöperaties die zorg en ondersteuning bieden aan zelfstandig wonende ouderen. We hebben ons beperkt tot langlopende initiatieven, omdat die inzicht kunnen verschaffen in hoe de zorgcoöperatie functioneert en wat daarbij belangrijk is.

Voor de selectie van de onderzoekslocaties is allereerst een uitgebreide lijst (n=38) opgesteld van bestaande zorgcoöperaties in Brabant (via [website Vilans](#)). Vervolgens is op internet gezocht naar aanvullende informatie over deze zorgcoöperaties. De gevonden informatie is samengevoegd en op die manier is een overzicht verkregen met informatie over het jaar van oprichting, de initiatiefnemers, de organisatievorm, de doelgroep en welke zorg en/of diensten aangeboden worden.

Vervolgens zijn de zorgcoöperaties die nog in oprichting waren, geëxcludeerd (n=17). Daarnaast bleek er over een aantal zorgcoöperaties weinig informatie te vinden te zijn via internet (n=11). Van deze zorgcoöperaties was onduidelijk wie de oprichters waren, wat ze precies aanbieden en welke organisatievorm ze hebben.

Uit de tien zorgcoöperaties die overbleven is een shortlist van zes zorgcoöperaties geselecteerd waarbij gekeken is naar een variatie in oprichtingsjaar, geografische spreiding, inwoneraantal en organisatievorm. In samenspraak met de klankbordgroep zijn drie locaties gekozen. Hierbij is vooral gekeken naar de verscheidenheid aan zorg/diensten die aangeboden worden. Eén locatie is afgevallen vanwege het feit dat er al een onderzoek liep binnen de zorgcoöperatie.

In overleg met de initiatiefnemers is een aantal respondenten binnen hun zorgcoöperatie benaderd voor deelname aan het onderzoek. Daarbij is een zorgvuldige afweging gemaakt zodat

alle aspecten (bevorderende en belemmerende) factoren voldoende aan bod konden komen. Nadat de initiatiefnemers de potentiële respondenten van het onderzoek op de hoogte hadden gesteld en om medewerking hadden gevraagd, gaven zij de contactgegevens van bereidwillige respondenten aan de onderzoekers. Vervolgens werd met hen contact opgenomen om een afspraak te maken.

### **Hoofdstuk 3. Resultaten**

De resultaten worden afzonderlijk voor zorgvragers, zorgverleners en initiatiefnemers gepresenteerd. Eerst wordt algemene informatie over de zorgcoöperaties en de respondenten gegeven.

#### **3.1. Zorgcoöperaties en respondenten**

De onderzoekslocaties verschillen op een aantal kenmerken. Allereerst qua inwoneraantal, hoewel het bij alle drie gaat om kleine kernen, zit hier toch wat variatie in. Zorgcoöperatie A is opgericht in een dorp met minder dan 1000 inwoners, bij zorgcoöperatie B is dat aantal plusminus 2300 en zorgcoöperatie C betreft één gemeente met vier dorpskernen met in totaal ongeveer 22.000 inwoners. Zorgcoöperatie A is het kleinste initiatief met 75 leden in 2013. Zorgcoöperatie B en C hadden in 2013 respectievelijk 234 en 305 leden.

Daarnaast zijn er verschillen op het gebied van zorg- en dienstverlening. Zorgcoöperatie B en zorgcoöperatie C zijn initiatieven die wat langer bestaan en dit is terug te zien in het aanbod van de zorg- en dienstverlening. Deze heeft zich wat verder ontwikkeld. Zo bieden zij beiden persoonlijke verzorging aan, hetzij via het PGB, ofwel via onderaannemerschap van een reguliere zorgorganisatie. Daarnaast bieden ze een informatiespreekuur aan waar inwoners terecht kunnen met hun vragen, bijvoorbeeld omtrent de aanvraag van indicaties. Ook op het gebied van dienstverlening is hun aanbod uitgebreider.

Op het gebied van dienstverlening bieden twee van de drie zorgcoöperaties een dagbesteding aan, ook zijn er twee zorgcoöperaties met een uitleenpunt voor hulpmiddelen en een klussendienst. Zorgcoöperatie A en B bieden een dagbesteding aan, ook hebben beiden een

uitleenpunt voor hulpmiddelen (denk aan rolstoelen et cetera).

### *Respondenten*

Om een zo volledig mogelijk beeld van de werkzame en belemmerende factoren van zorgcoöperaties te krijgen, zijn zowel zorgvragers, als zorgverleners als initiatiefnemers geïnterviewd. In Tabel 2 is de verdeling van het aantal geïnterviewde respondenten per perspectief en per zorgcoöperatie weergegeven:

Tabel 2. *Geïnterviewden per perspectief*

|                   | Zorgcoöperatie A | Zorgcoöperatie B | Zorgcoöperatie C | Totaal |
|-------------------|------------------|------------------|------------------|--------|
| Perspectieven     |                  |                  |                  |        |
| Zorgvragers       | 3                | 3                | 3                | 9      |
| Zorgverleners     | 3                | 2                | 4                | 9      |
| Initiatiefnemers* | 2                | 2                | 3                | 7      |
| Totaal            | 8                | 7                | 10               | 25     |

\*betreft groepsinterviews, per zorgcoöperatie één interview met meerdere initiatiefnemers

## **3.2. Zorgvragers**

Er zijn negen zorgvragers geïnterviewd, allen thuiswonend. Vijf van de geïnterviewde zorgvragers zijn vrouw en bij twee van deze interviews was een mantelzorger aanwezig. Daarnaast zijn er drie mannen geïnterviewd, bij deze interviews waren de echtgenotes ook aanwezig als mantelzorger. Er is één echtpaar geïnterviewd, zij ontvingen beiden zorg vanuit de zorgcoöperatie. De leeftijd van de zorgvragers varieert van 63 tot 91 jaar.

### **3.2.1. Zorggebruik**

Van de zorgcoöperatie ontvangen de zorgvragers voornamelijk hulp bij de persoonlijke verzorging en huishoudelijke hulp. Bij persoonlijke verzorging gaat het bijvoorbeeld om helpen met opstaan, douchen en aankleden. Daarnaast worden de zorgvragers geholpen met kleine handelingen zoals hun steunkousen aan- en uittrekken en het in- en uit doen van gehoorapparaten. Ook verpleegkundige zorg wordt ontvangen, voorbeelden hiervan zijn het innemen van medicatie en stomazorg. De zorgverleners helpen, afhankelijk van de indicatie die



zorgvragers hebben, mee in het huishouden. Voorbeelden hiervan zijn de was doen, poetsen, bed opmaken, afwassen et cetera. Er zijn meestal meerdere zorgmomenten per dag, afhankelijk van de respondent wisselt dit van één tot vier keer per dag. De duur van de zorgmomenten varieert van 10 minuten tot een heel dagdeel. Sommige respondenten maken gebruik van de dagbesteding.

De geïnterviewde zorgvragers zijn in aanraking gekomen met de zorgcoöperatie via voorlichtingsavonden en mond tot mond reclame. Ook actieve werving vond plaats; een initiatiefnemer kwam bijvoorbeeld langs om te praten over de zorgcoöperatie.

*“Ja. Ja toen ze ermee begonnen zijn, hebben ze meteen alles wel heel goed voorgelicht. Mensen die interesse hadden die konden daar komen luisteren en ja dan hoefden we verder nog niks.” (B.5.)*

Om na te gaan of de zorgvragers, naast de hulp die ze krijgen vanuit de zorgcoöperatie, ook ondersteuning ontvangen van eventuele mantelzorgers, hebben we aan ze gevraagd of en zo ja hoe die mantelzorg eruit ziet. Als kinderen mantelzorg verlenen, ontstaat er als vanzelfsprekend contact tussen mantelzorgers en zorgverleners van de zorgcoöperatie. Kinderen informeren de zorgcoöperatie en andersom.

*“Kijk als er iets gebeurt, of iets aan de hand is of net wat.. ja, dan word ik geïnformeerd en ja, nou ja, dan kun je er iets mee doen, maar ik bedoel als het allemaal goed gaat, ja dan is er geen reden.” (Mantelzorger, dochter, A.7.)*

Het komt ook voor dat de mantelzorgers contact opnemen met de zorgverleners van de zorgcoöperatie:

*“Ja, ja de kinderen houden wel contact he, ja die weten meestal, of ze informeren zelf.” (B.5.)*

Wanneer de mantelzorger een thuiswonende partner betreft, is er ook aandacht voor hem of haar. Dit wordt door zorgvragers als prettig ervaren en het draagt bij aan hun positieve oordeel over de zorgcoöperatie.

*“Dat vind ik heel fijn, dat ze de wederhelft ook mee in de gaten houden...blijven ze het aankunnen samen?” (Mantelzorger B.6.)*

### **3.2.2. Oordeel over zorggebruik**

Tijdens het interview is het oordeel van de zorgvragers over de geleverde zorg en/of diensten vanuit de zorgcoöperatie in kaart gebracht. Hierbij valt op hoe blij de zorgontvangers zijn met de zorg die ze ontvangen. Bij doorvragen naar welke aspecten de zorg zo fijn maakt komen de volgende punten naar voren.

Het feit dat er steeds hetzelfde kleine groepje mensen over de vloer komt, wordt aangemerkt als een pluspunt. De zorgvragers raken vertrouwd met de zorgverleners die hen verzorgen. Het team is op elkaar afgestemd en zorgvragers weten van tevoren precies wie er de volgende keer komt. De zorgverleners kennen het huishouden, ze weten de weg in huis en zijn op de hoogte van wat er allemaal speelt. Er wordt een band opgebouwd tussen zorgontvanger en zorgverlener. Voor één van de respondenten voelt dit zelfs bijna als een vriendschappelijke band.

*“Het zijn echt... ja, hoe moet ik het zeggen, het zijn zo.. nou vriendinnen is te veel gezegd, maar ja, als je die zo als dik een jaar zijn ze hier, een dik jaar, dat is zo 'n goed contact ja.” (C.8.)*

Een tweede punt wat genoemd werd, kunnen we scharen onder het kopje ‘eigen regie’. De zorgvragers waarderen het gegeven dat hun zorgbehoefte centraal wordt gesteld, bijvoorbeeld doordat het mogelijk is om de zorgtijden te veranderen als dat de zorgvrager beter uit komt.

*“Nee, want als ik dat dan daags van tevoren zeg: morgen moet ik zo laat klaar zijn, want dan gaan we naar... en dan komen ze gewoon eerder. Dat kan ik allemaal afspreken.” (B.4.)*

Hierdoor behouden de zorgvragers de regie over hun eigen leven en wordt hun dag planning niet grotendeels bepaald door de zorgmomenten. Bij de zorgaanvraag worden er afspraken gemaakt over de zorgmomenten en over de duur ervan. Hierbij is dus niet alleen de agenda van de zorgverleners leidend, maar wordt in overleg gekeken wat er nodig en mogelijk is.

Verbeterpunten van de zorgcoöperatie zijn er ook, maar deze lijken niet op te wegen tegen de positieve oordelen die genoemd worden. Direct en aanhoudend doorvragen gaf uiteindelijk de volgende drie verbeterpunten.

Het papierwerk rond het Persoons Gebonden Budget (PGB) wordt aangestipt als verbeterpunt door een mantelzorger. Hiermee wordt bedoeld de administratie die hoort bij het PGB. Twee van de drie zorgcoöperaties verleenden hun zorg via PGBs. Inmiddels is één zorgcoöperatie gaan samenwerken met een reguliere organisatie en kunnen zij zorg in natura aanbieden. Hoewel zorgcoöperaties ondersteuning bieden, o.a. door de zorgcoördinator, blijkt dit voor zorgvragers toch een extra vorm van belasting te zijn die ze ingewikkeld vinden.

*“Ja, de papieren dat is heel moeilijk, dat is eigenlijk niet om te doen voor oudere mensen, maar nee, verder vind ik het een fantastische organisatie.”(C.5)*

Daarnaast blijkt dat reguliere organisaties als huisartsen en ziekenhuizen niet snel zorgvragers doorverwijzen naar de zorgcoöperatie maar standaard naar de gebruikelijke (thuis)zorgorganisaties

*“Het is niet zo bekend. Nee, bij de huisarts ook niet. De huisarts zal niet snel naar de zorgcoöperatie verwijzen, dat geloof ik niet.” (C.8.)*

Ten derde wordt door de zorgvragers een uitbreiding van diensten gewenst.

*“Ik wou alleen nog maar graag dat ze nog iets meer deden, dat zou ik wel willen.” (A.6.)*

Ondanks deze verbeterpunten zijn de zorgvragers overduidelijk; de voordelen overheersen.

Zonder zorgcoöperatie in het dorp zouden zorgvragers over moeten stappen naar reguliere thuiszorg; de zorgvraag is er. Ook werd genoemd dat zorgvragers, als de zorgcoöperatie er niet was geweest, hadden moeten verhuizen naar een verzorgingstehuis in een ander dorp.

*“Dan had mijn man naar een of andere zorginstelling gemoeten, want dan had hij niet hier kunnen blijven.”(Mantelzorger C.8.)*

### **3.2.3. Reguliere zorg**

Een aantal van de geïnterviewde zorgvragers heeft ervaring met reguliere zorg. Zij geven enkele verschillen aan. Ze ervaren een hogere mate van betrokkenheid vanuit de zorgverleners van de

zorgcoöperatie. De betrokkenheid blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat zorgverleners zelf opbellen om te vragen hoe het gaat en of alles goed verloopt met bijvoorbeeld de medicatie. Ook komt de betrokkenheid naar voren in de aandacht die besteedt wordt aan een eventuele partner.

*“Ze zijn heel erg betrokken, heel erg betrokken, dus..ja. Ze doen het ook met alle plezier, ze hebben de tijd namelijk hé. En ze helpen mij ook overal in, als ik iets nodig heb ofzo dan.. ze staan altijd klaar.” (Mantelzorger C.8.).*

Bij de zorgcoöperatie hebben zorgvragers een direct aanspreekpunt, ze hebben het gevoel dat ze iemand kunnen bereiken wanneer dat nodig is.

*“Ja, contact met de persoon en ook de tijd he, de rust en de tijd. En altijd bereikbaar zijn. Ik bedoel, als er iets is, dan kan ik één van de dames bellen. Maar als je bij een reguliere instelling zit, ja wie ga je dan bellen? Want je hebt niemand speciaal.. ja, dan ga je.. de leiding bellen daar, maar je kunt niet zeggen van ik zal die of die bellen, want het is iedere keer iemand anders. Als er nu iets is of ik weet niet wat ik moet, of hij wordt niet goed of... nou, ik kan altijd iemand bereiken.” (Mantelzorger C.8.)*

*“Als we, als je dan in ene keer uitvalt, dan denk dat ze wel de volgende dag...dat denk ik wel.. Dan wordt er vlug iets geregeld. Onder elkaar zo en, ja.. Ja dat gaat best eh,, ik denk als je van buitenaf hulp moet krijgen, dat het moeilijker zal zijn denk ik.” (B.5.)*

Daarnaast wordt het aantal zorgverleners genoemd als punt van verschil. Bij reguliere zorgorganisaties kregen de zorgvragers veel verschillende mensen over de vloer. Dit is bij de zorgcoöperatie niet het geval.

*“Je hebt maar een bepaald aantal dames en dat is het verschil met de normale zorg.” (C.6.)*

Onderstaand citaat laat zien dat zorgvragers het waarderen dat ze weten wie er precies die avond langskomt om de zorg te verlenen.

*“Dit is zo op elkaar afgestemd en je weet gewoon, want mijn man en ik weten gewoon dadelijk vanavond komt die, he, komt die mevrouw en dan komt die mevrouw, dat weten we gewoon precies en zij, ja zij kennen ook het hele huishouden.” (Mantelzorger C.8.)*

De onzekerheid over wanneer iemand langskomt om de zorg te verlenen binnen reguliere organisaties werd daarnaast nog genoemd. Zorgvragers wisten van tevoren niet hoe laat ze geholpen zouden worden en konden daar ook geen afspraken over maken. Men is dus meer afhankelijk van de zorgverleners voor de geleverde zorg, ze moesten afwachten. Bij de zorgcoöperatie weten zorgvragers wie wanneer komt en wanneer er onverwacht iets voorvalt waardoor zorgverleners later komen, wordt hier even over gebeld. Dit draagt bij aan het gevoel van eigen regie.

### **3.3. Zorgverleners**

In totaal zijn er negen zorgverleners geïnterviewd voor dit onderzoek waarvan twee vrijwilligers en zeven betaalde zorgverleners.

De meeste zorgverleners die werkzaam zijn voor de coöperatie wonen zelf in het dorp of de gemeente waar de zorgcoöperatie actief is. Onder de respondenten zijn drie subgroepen te onderscheiden. Twee betaalde zorgverleners zijn gestopt met werken na het krijgen van hun kinderen. Zij zijn op latere leeftijd weer opnieuw aan het werk gegaan, en als herintreders bij de zorgcoöperatie terecht gekomen. Daarnaast is er een aantal zorgverleners dat al met pensioen is en toch nog graag een aantal uur wilde werken. Ook zijn er betaalde zorgverleners die zichzelf in laten huren als zzp'er en die daarnaast ook werkzaam zijn bij andere zorgorganisaties.

#### **3.3.1. Ervaring werken voor zorgcoöperatie**

De zorgverleners zijn over het algemeen via informele, persoonlijke contacten betrokken geraakt bij de zorgcoöperaties. Eén van de respondenten is via een sollicitatieprocedure aangesteld. Sommige zorgverleners gaven aan dat ook bestuursleden langsgekomen zijn om te vragen of het werken als zorgverleners niet iets voor hen zou zijn.

*“Ja ik ben daar gekomen eigenlijk via via. Dat is gewoon eigenlijk omdat ik het van iemand had gehoord. En dat was gewoon iemand die ik kende en die werkte er eigenlijk al bij, die was al met de zorgcoöperatie in zee gegaan maar en eh.. die had mij eigenlijk getipt zo van goh.. zou dat niet iets voor jou zijn?” (C.7)*

De geïnterviewde zorgverleners voeren verschillende werkzaamheden uit. De twee vrijwilligers zijn werkzaam in de dagbesteding. De zorgcoöperatie beschikt over een ruimte en hier komen zelfstandig wonende ouderen uit het dorp naartoe om hun dag door te brengen. De vrijwilligers

drinken koffie met de mensen, bereiden samen een maaltijd en ondernemen wekelijkse activiteiten zoals gymmen, knutselen of kaarten. In een schrift wordt door de vrijwilligers een kort verslag geschreven van de dag, hierin worden ook eventuele bijzonderheden vermeld wat de zorgvragers betreft. De groep vrijwilligers die de volgende keer de dagbesteding leidt, weet op deze manier wat de vorige keer heeft plaatsgevonden en of ze nog extra op iemand moeten letten. Iedere drie maanden wordt er in samenspraak met alle vrijwilligers een werkrooster opgesteld door de zorgcoördinator.

Alle betaalde zorgverleners komen bij de zorgvragers in huis om ze te ondersteunen bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen op het gebied van persoonlijke verzorging en verpleging. Het gaat daarbij om handelingen zoals mensen douchen, naar bed brengen en uit bed halen, kousen aan- en uitdoen, et cetera. Eén van de zorgverleners helpt ook mee in het huishouden. Ze hebben zoveel mogelijk vaste dagen in de week waarop ze werkzaam zijn en werken in kleine teams van maximaal vijf personen. De overdracht gebeurt met behulp van een papieren dossier of via de computer, ook wordt er onderling gebeld over de cliënten. De teams komen eens per maand of per zes weken bij elkaar om te overleggen over de situatie van ‘hun’ zorgvrager, of de zorg nog volstaat en ze stellen het nieuwe werkrooster op. De duur van de zorgmomenten varieert van 10 minuten tot een halve dag. Zorgteams werken vrij autonoom: ze maken zelf hun werkroosters, en zijn vrij in het bepalen van de volgorde van werkzaamheden binnen de afgegeven indicatie. Dit draagt bij aan hun positieve oordeel over hun werk.

Alle onderzochte zorgcoöperaties hebben een zorgcoördinator in dienst. Dit zijn betaalde krachten die een vast aantal uur per week voor de zorgcoöperatie werken. De zorgcoördinatoren zijn het zogenoemde aanspreekpunt van de zorgcoöperatie voor zowel zorgvragers als zorgverleners. Ze houden zich bezig met de aanvraag voor indicaties en met Wmo aanvragen. Ze gaan op huisbezoek, ook wel keukentafelgesprekken genoemd, om de zorgvraag boven tafel te krijgen.

*“Ik ben er om mezelf kenbaar te maken om als aanspreekpunt te zijn, dat mensen zien dat je dichtbij hen wilt staan dus.. en dat is ook de insteek van de zorgcoöperatie dat eh.. de lijn kort is, dat de mensen mij iets moeten kunnen vragen als het gaat om Wmo, als het gaat om gemeente, als het gaat om zorg en dat ik dat voor hun op kan lossen. Dat lukt niet als ik thuis achter mijn pc blijf zitten.” (A.5.)*

Door de huisbezoeken krijgen de zorgcoördinatoren een beter beeld van de thuissituatie en van de specifieke zorgbehoefte. Op die manier kunnen ze de indicatiestelling beter onderbouwen.

*“Mensen zeggen zelf vaak dat ze nog van alles kunnen, terwijl je ziet dat het vervuild is en je kunt zien of het veilig is in de badkamer. Hoe ziet het eruit, wat is veilig en wat is niet veilig?” (B.2.)*

Ook worden er fysieke zorgspreekuren ingepland waarop mensen langs kunnen komen met hun vragen. In de praktijk wordt hier echter niet vaak gebruik van gemaakt. Het blijkt dat mensen vaker via andere kanalen en op andere tijden contact met de zorgcoöperatie opnemen als ze daar behoefte aan hebben.

*“Ja, ik heb ook een fysiek spreekuur hier, er komen ook wel mensen, maar als het om zorg gaat dan is het toch vaak een telefoontje en dan ga ik naar hun huis. Heel vaak. Ik vind sowieso dat je een huisbezoek moet doen met familie of ieder geval met mantelzorgers. Dat gebeurt ook altijd. Ik zal altijd vragen of er kinderen bij willen zijn of andere mantelzorgers als dat nodig is.” (B.2.)*

### **3.3.2. Oordeel over de zorgcoöperatie als werkgever**

De zorgverleners geven aan dat er verschillende voordelen zitten aan het werken voor een zorgcoöperatie zowel op het maatschappelijke als het individuele vlak, maar dat er ook zeker een paar nadelen zijn.

#### *Voordelen maatschappelijk vlak*

De voordelen die genoemd worden lopen sterk uiteen. Er zijn zorgverleners die waarde hechten aan het feit dat ze bijdragen aan de leefbaarheid van het dorp:

*“Eh.. ik vind het geweldig zoals hier in het dorp.. zoals ze de zaak op wilden zetten. Ik dacht: hartstikke fijn, het dorp leefbaar houden voor iedereen. De bedoeling is dat iedereen hier gewoon blijft wonen zolang als ze zelf willen en kunnen uiteraard, maar goed dat is dan.. dat wordt gewoon opgeschoven omdat er gewoon heel veel zorg is en heel veel welzijnswerk.” (B.2.)*

De vrijwilligers noemen daarnaast ook nog het feit dat het dankbaar werk is, dat ze iets bij kunnen dragen aan de gemeenschap. Aan de andere kant is er ook het persoonlijke stuk; ‘een doel willen hebben’. De professionals kaarten dit persoonlijke stuk ook aan:

*“Ik wilde zorg voor de mensen leveren die goed was, die niet onder druks stond en waar ik de tijd kreeg om zorg af te maken zonder tien keer onderbroken te worden.”(C.4.)*

#### *Voordelen individueel vlak*

Ook het werken in de vertrouwde omgeving wordt gezien als een voordeel:

*“Ik vind het gewoon.. ik werk ook heel graag eh.. in een vertrouwde omgeving.” (B.2.)*

*“Nou de voordelen zijn dat je over dingen kunt praten, bijvoorbeeld eh.. wat tien tot vijftien jaar geleden is gebeurd. Je kent ook vaak de families.” (B.3.)*

Andere zorgverleners leggen de nadruk meer op de praktische voordelen, zoals de nabijheid (geen reistijd/kosten) en de zelfstandigheid die het werken voor een zorgcoöperatie met zich meebrengt.

*“Ik vind het fijn dat het onder schooltijden kan, dus het zijn korte zorgmomenten. Ik vind het prettig om in een klein team te werken en zelf samen de dingen op te lossen.”(C.4.)*

*“Je kunt je eigen tijden een beetje bepalen en aangeven hoeveel je wilt werken. Ik werk eigenlijk voor mezelf.” (C.7.)*

*“Ja de zelfstandigheid. Maar ook als je ergens mee zit, ook dat je een collega kunt vragen van: hoe zal ik dat nu doen, hoe zal ik dat aanpakken? Dat vind ik ook heel prettig. Dat je als vrijwilligers onderling contact hebt en dat je elkaar kunt steunen bij dingen.” (A.3.)*

#### *Nadelen*

Zorgverleners gaven aan dat er ook een aantal nadelen zaten aan het werken voor een zorgcoöperatie. Het meest aangestipte onderwerp waren de werkuren.



*“Het enige wat ik eh.. dat is persoonlijk, wel anders zou willen is dat ik geen zes dagen weg hoef om 25 uur te werken. Het zou fijner zijn als ik gewoon drie hele dagen kon werken.” (B.2.)*

*“’s Avonds werk ik op het moment maar 1 uur en een kwartier. Dat is een beetje het nadeel als het niet druk is. Dan ben je je avond kwijt, terwijl je toch maar anderhalf uur uitbetaald krijgt.” (B.3.)*

De zorgverleners hebben geen vast aantal uren zoals vaak wel het geval is bij reguliere zorg. Dit biedt geen mogelijkheden als kostwinner omdat van een betrouwbaar inkomen geen sprake is.

*“Het nadeel is dat je geen zekerheid hebt. Als ik zekerheid zou hebben en ik zou weten dat ik vast 20 uur kon maken, zou ik mijn andere werk vandaag nog opzeggen.” (C.7.)*

Daarnaast wordt het afdragen van een vast percentage aan de zorgcoöperatie als nadeel genoemd, dit leidt tot een lager uurloon van de verzorger. Men begrijpt dat daaruit de vaste kracht betaald wordt en men is bereid daaraan bij te dragen, maar het bedrag vindt men relatief gezien best hoog.

*“Ja. Je draagt 2 euro per uur af en ja, dat kan bij mij best wel eens oplopen tot een paar honderd euro in de maand. En dan.. denk ik, oké.. Ik vind zelf dat die 2 euro afdracht per uur niet in een goede verhouding staat tot wat er geboden wordt of wat ze zouden moeten bieden. Voor mij hoeven ze ook niet zo heel erg veel te bieden. Maar ik vind die 2 euro, vind ik wel veel.” (C.3.)*

Daarnaast blijkt er ook het ‘gevaar’ te zijn dat grenzen vervagen. De sterke intrinsieke motivatie van zorgverleners kan leiden tot vervaging tussen werk en privé. Het kan gebeuren dat zorgverleners de werksituatie mee naar huis nemen.

*“We hebben ook weleens een cliënt en die heeft ook heel makkelijk de telefoon zo van.. nou dan bellen we wel even en dan kan ze wel komen. Zo werkt dat niet.” (B.3.)*

*“De familie vond dat zij ons konden bellen wanneer ze wilden, nou prima, maar daar wilde zij geen vergoeding tegenover.. terwijl.. ja als wij dan zeggen dat we bereikbaarheidsdienst hebben, dan wil de familie dat wij daar binnen 10 minuten zijn.*

*Wij vonden het normaal dat er dan iets van vergoeding tegenover staat en dat stond toen nog niet duidelijk in het contract. Inmiddels is dat wel aangepast.” (C.4.)*

### Toekomst

Tijdens het gesprek hebben we nagevraagd hoe zorgverleners de toekomst zien van de zorgcoöperaties. Zorgverleners geven aan dat ze enerzijds vertrouwen hebben in het voortbestaan van de zorgcoöperatie omdat er een goede basis ligt. Aan de andere kant zijn zij ook onzeker over de veranderingen binnen het zorgsysteem en de overheveling van taken naar de gemeenten.

*“De overheid wil er gewoon naartoe dat de maatschappij dingen oplost. Nou hier gebeurt dat al in een vroeg stadium. Ik denk dat er echt wel een goede basis ligt.” (A.5.)*

### **3.3.3. Reguliere zorg**

De zorgverleners is gevraagd of en zo ja, welke ervaringen zij hebben met het werken binnen een reguliere zorgorganisatie. Ook hebben we hen gevraagd naar mogelijke verschillen.

Alle beroepskrachten bleken voorheen werkzaam te zijn geweest binnen een reguliere zorgorganisatie. De geïnterviewde zorgverleners vertellen dat qua werkzaamheden er geen verschillen zijn tussen een reguliere organisatie en een zorgcoöperatie. Wel ervaren ze verschillen waar het gaat om de manier van werken. Binnen reguliere organisaties zijn er veel regels waar ze rekening mee moeten houden en er is in verhouding weinig tijd voor cliënten.

*“Er wordt alleen maar vergaderd en steeds nieuwe regeltjes verzonnen.” (A.2.)*

*“..Maar wel dat je veel meer aandacht aan de mensen kun besteden en niet.. dat kan in de reguliere zorg niet meer.” (A.2.)*

*“Ik ben echt iemand die voor zorg voor de patiënt en ik merkte steeds meer dat wij achter de computer, minder tijd voor de mensen, minder personeel door bezuinigingen en ik haalde daar niet echt meer voldoening uit.” (C.4.)*

De zorgverleners kunnen bij de zorgcoöperatie hun tijd meer zelf indelen. Er staan geen mensen boven hen die bepalen wat ze doen. Zij functioneren meer autonoom, wat bijdraagt aan hun positieve oordeel over hun werk.

*“Dat je het zelf in kunt delen en dat er geen.. mensen dus erboven staan die elke keer alle regels veranderen en je alles laten doen.” (A.2.)*

### **3.4. Initiatiefnemers**

Zeven initiatiefnemers zijn geïnterviewd, in drie interviews. Zij zijn allen woonachtig in het dorp of gemeente waarin de zorgcoöperatie opgericht is. Het betreft allemaal gedreven, gepensioneerde mannen op leeftijd die betrokken zijn bij het dorp en die gezamenlijk het initiatief hebben genomen om een zorgcoöperatie op te zetten.

#### **3.4.1. Aanleiding**

Een belangrijke drijfveer voor de oprichting komt voort uit persoonlijke ervaringen, waarbij in de directe omgeving van de initiatiefnemers een zorgvraag ontstond. Bijvoorbeeld bij de ouders of de partner. De initiatiefnemers liepen ertegenaan dat de aangeboden zorg niet aansloot bij de behoeften, en zijn zodoende mensen om zich heen gaan verzamelen die mee wilden denken over alternatieve manieren van zorgverlening. Daarnaast zijn er initiatiefnemers gemotiveerd geraakt vanuit hun eigen achtergrond in de zorgsector, bijvoorbeeld omdat ze zelf in een zorgorganisatie hebben gewerkt.

*“Ik was directeur van de verzorgingshuizen, verpleeghuizen, de thuiszorg, je zag enorme fusies ontstaan in de jaren '90 (..) en de grootte van de instelling, de mensen weten niet meer over wie ze het hebben, het is allemaal grootschalig, zeer afstandelijk (...) (C.1.)*

Een van de zorgcoöperaties is ontstaan vanuit een werkgroep over woonzorgzones. Deze werkgroep had als taak de gemeente te adviseren over het ouderenbeleid. In deze werkgroep werden een aantal vragen gesteld door de wethouder, waarvan de betrokken initiatiefnemers vonden dat die beantwoord moest worden door de bewoners van het dorp in plaats van door de werkgroep. Om deze reden is er een enquête gehouden, waaruit onder meer naar voren kwam dat de inwoners zo lang mogelijk in het dorp willen blijven wonen. Op basis van deze resultaten ontstond het initiatief voor een zorgcoöperatie.

#### **3.4.2. Oprichting en inrichting**

Na het ontstaan van het idee zijn de enkele initiatiefnemers gaan kijken wat het beoogde doel moet worden en hoe ze dat willen bereiken. Hier gingen enige maanden tot een jaar overheen.

*“We hebben daar veel tijd aan besteed, we hebben 9 maanden over deze eerste fase gedaan. Ik heb dat ervaren als een soort met elkaar vrijuit filosoferen zonder druk, zonder ballast. En wij kwamen er toen achter en dat is heel belangrijk geweest, we hebben toen onze missie geformuleerd; dat gaan doen wat mensen helpt langer in het dorp te kunnen blijven wonen.” (B.1.)*

Initiatiefnemers benadrukken in de interviews dat een goede voorbereidingstijd, waarin nagedacht worden over een gezamenlijke missie of doelen en de manieren waarop deze het best bereikt kan worden, heel belangrijk is geweest voor het voortbestaan. Daar kan men ook steeds op teruggevallen als er belangrijke beslissingen genomen moeten worden: hoe hebben we dat in het begin geformuleerd, wat zijn onze uitgangspunten?

In deze periode zijn initiatiefnemers ook bezig geweest om anderen dorpsgenoten erbij te betrekken en een team te vormen waarmee ze vervolgstappen konden nemen.

*“We werden eigenlijk steeds bevestigd in onze ideeën dat het eigenlijk een heel goed idee was en toen hebben we een voorbereidingstijd gehad van ruim een jaar om te kijken van nou.. wat is haalbaar? En toen zijn we begonnen met.. heel basic om de mensen bij elkaar te halen en te zeggen van ja.. wat is jullie idee?” (A.1.)*

Het creëren van voldoende draagvlak is tijdens de oprichting van een zorgcoöperatie onontbeerlijk. Maar ook voor het voortbestaan van de zorgcoöperatie, moet er sprake zijn een gedragen initiatief en door de bevolking.

*“Nou het is sowieso fout om het op te leggen dus het moet uit de bevolking zelf komen (...). Er moet draagvlak zijn in de gemeenschap en anders hou er alsjeblieft mee op.” (C.1.)*

Om draagvlak te creëren hebben initiatiefnemers openbare bijeenkomsten georganiseerd. Deze informatiebijeenkomsten boden inwoners de kans hun behoeften kenbaar maken. Op basis van deze informatie werd een prioriteitenlijst opgesteld. Naast een gedragen missie is het belangrijk om een concreet, praktisch doel voor ogen te hebben en snel aan activiteiten te beginnen zodat mensen zien wat er gerealiseerd wordt, dat er resultaat geboekt worden. Een goede communicatie is van belang bij het creëren van voldoende draagvlak:

*“Een van de succesfactoren is ook dat je de verwachtingen goed managet. En managen van verwachtingen is enerzijds heel veel communiceren en tweedezijds ook laten zien wat je doet. Openheid. Communicatie en openheid. Dus mensen zagen van er komt een product uit.” (A.1.)*

De organisatievorm is een van de onderwerpen die centraal staat bij de inrichting van de zorgcoöperatie. Initiatiefnemers vertellen dat ze langs zijn gegaan bij andere zorgcoöperaties om inspiratie op te doen. De geïnterviewde initiatiefnemers hebben gekozen voor een coöperatieve vorm omdat het initiatief op die manier gedragen, wordt door de leden. Zij kiezen het bestuur en bepalen het beleid. Ook waren sommige leden vertrouwd met de coöperatieve vorm vanuit hun agrarische achtergrond.

*“Het moet gedragen worden door de mensen, want als we zelf iets uitvinden dan hebben we het probleem dat we dan misschien helemaal de plank misslaan en anders kunnen we altijd zeggen; ja, het is jullie idee. Dat vonden we heel belangrijk. Dat het niet ons idee is, maar dat van het dorp.” (A.1.)*

*“Ik vind dat als je een club opricht en je wilt over een dorp dan moet je een coöperatie club oprichten waar de leden de inbreng doen en zeggen hoe het bestuur moet werken, dus van onderen af gewoon heel democratisch opbouwen.” (B.1.)*

*“Dus het eigenaarschap ligt compleet in de coöperatie en bij de gebruikers die ook gebruik maken van de diensten.” (C.1.)*

Kenmerkend voor een coöperatie is de inspraak van de leden. Er worden informatieavonden gehouden en ledenvergaderingen waarin leden hun behoeften naar voren kunnen brengen. Ook wordt er aan ze gevraagd waar in hun ogen de prioriteiten liggen, op welke activiteiten de coöperatie zich moet richten. Deze democratische benadering heeft ook nadelen:

*“Maar dan zie je dat in een dorp, en dat is dan de schaduwkant van de coöperatieve vereniging, dat als er 5 mensen zeggen van ik wil dat niet, die gaan daar anderen bij zoeken, dat zijn dan allemaal leden van de coöperatie bij wijze van spreken en dan krijg je vergaderingen waarbij amok plaatsvindt he, van wij zijn het er niet mee eens en vinden jullie dat normaal dat ze dat willen?” (B.1.)*

Omdat het eigenaarschap bij de leden ligt, wordt er op democratische wijze uiteindelijk een beslissing genomen waarbij gekeken wordt naar de meerderheid van de stemmen. Het opstellen van adviestarieven voor de zorgverleners is een voorbeeld van een wezenlijk besluit wat tijdens zo een vergadering naar voren is gekomen.

Qua opzet zijn er gaandeweg wijzigingen doorgevoerd. Op het gebied van professionalisering zijn er zorgcoördinatoren aangesteld, betaalde krachten die de binnenkomende aanvragen coördineren, mede doordat het aantal zorgaanvragen is gegroeid in de loop der jaren. Er waren ook initiatieven die niet bleken te werken en die afgeschaft zijn. Een voorbeeld hiervan is de boodschappendienst in een van de zorgcoöperaties. Dit bleek overbodig, mensen hadden binnen hun eigen netwerk al afspraken hierover gemaakt.

### *Financiering*

De twee zorgcoöperaties die thuiszorg aanbieden, bekostigden dat beiden via het PGB. Inmiddels is een daarvan samen gaan werken met een reguliere zorgaanbieder. Daarnaast betalen alle leden een jaarlijkse contributie. Voor de dagbesteding wordt een vaste bijdrage gevraagd per bezochte bijeenkomst. De dagbesteding is op die manier ook voor niet-leden in de betreffende zorgcoöperatie toegankelijk.

### *Samenwerking*

Bij de inrichting van een zorgcoöperatie zijn bestaande lokale netwerken betrokken in het proces. Daarmee worden zowel personen als organisaties bedoeld. Via het persoonlijk netwerk van de initiatiefnemers in één van de dorpen hebben ze bijvoorbeeld de zorgverleners geworven.

*“Via het lokale netwerk, bijvoorbeeld (naam), hebben we toen aangesproken en hij is ook verpleegkundige. Hij kende weer een hoop collega’s dus ging het via mond-tot-mondreclame hebben we de bijeenkomst georganiseerd met 25 hulpverleners en uitgelegd wat we wilden gaan doen. Daar bleven er 5 van over en daar zijn we mee gestart.” (C.1.)*

Daarnaast zijn ook reguliere organisaties benaderd met de vraag voor een mogelijke samenwerking.

*“We zijn begonnen met de zorgaanbieders vragen of zij het volgens onze condities wilden doen. Eén reguliere instelling wilde niet eens met ons komen praten. De directeur van een andere reguliere instelling zei na twee gesprekken van ik vind het heel interessant wat jullie willen, jullie zijn de tijd voor want dit zal de toekomst zijn, maar wij kunnen, onze organisatie is er niet klaar voor.”(B.1.)*

### *Rol gemeente*

De rol van de gemeente wordt zowel positief als negatief gekenmerkt. Bij de oprichting heeft de gemeente in sommige gevallen een rol gespeeld. Bij een van de zorgcoöperaties heeft de gemeente?, in samenwerking met de provincie, bijgedragen aan de financiering. Bij diezelfde zorgcoöperatie draagt de gemeente ook bij aan de zorgcoördinator die de Wmo aanvragen verwerkt.

Ondanks deze positieve invloed, geven initiatiefnemers aan dat zij regelmatig tegen de bureaucratie van gemeenten aanlopen. Hierover zijn ze met de gemeenten in gesprek, maar vooralsnog is dat niet zomaar te veranderen.

*“De wethouder was daar ook bij en ja, die hebben wij met zijn allen duidelijk gemaakt dat die bureaucratie voor ons moordend was, voor de zorgcoöperatie.”(A.1.)*

In één van de onderzochte locaties is een paviljoen gebouwd, in opdracht van de zorgcoöperatie. Zij hebben de bouw geregeld van dit gemeenschapshuis. De inventaris is betaald door de zorgcoöperatie en het gebouw door de gemeente. Inmiddels is het paviljoen in het beheer van de gemeente en heeft de zorgcoöperatie het volledige recht om er gebruik van te maken. Echter, als ze er geen gebruik van maken, mag de gemeente het gebruiken. Dit levert zo nu en dan wat frustraties op van beide kanten, bijvoorbeeld als er kooklessen worden georganiseerd door de gemeente in het paviljoen en waarbij gebruik wordt gemaakt van het kookeiland van de zorgcoöperatie. De zorgcoöperatie geeft aan dat het lastig is om hierover in gesprek te gaan met de gemeente.

### **3.4.3. Voortzetting**

Voor een succesvolle voortzetting proberen de initiatiefnemers zo goed mogelijk hun doel voor ogen te houden.

*“Kijk je moet je voorstellen, in het dorp gaat heel veel weg. De supermarkt gaat weg, de bank gaat weg, alles gaat weg. En wij hebben er iets voor teruggebracht. Namelijk het perspectief voor ouderen dat ze niet per se weg moeten uit het dorp. En dat is heel essentieel, dat je een beter perspectief biedt om te blijven in het dorp.” (A.1.)*

*“Ons beoogde doel is.. daar waar behoefte is.. proberen te realiseren.” (A.1.)*

Daarnaast willen ze hun kleinschaligheid behouden. Er is geen behoefte om te groeien maar in plaats daarvan willen initiatiefnemers de lokale belangen en structuur versterken met het informele netwerk dat er is. De kleinschaligheid is belangrijk omdat het ervoor zorgt dat de zorgcoöperatie aan kan blijven sluiten bij de behoeften van de leden.

Ook houden initiatiefnemers zich bezig met het zoeken naar nieuwe bestuursleden die het stokje kunnen overnemen en de continuïteit kunnen waarborgen. De initiatiefnemers is gevraagd welke eigenschappen en competenties belangrijk zijn voor een nieuw bestuurslid. Hierop kwamen de volgende punten naar voren: Het is van belang dat iemand over innerlijke motivatie beschikt, betrokken is en een goed netwerk heeft binnen de gemeenschap. Daarnaast is het nodig dat nieuwe bestuursleden overzicht hebben over het geheel, vergaderingen kunnen leiden, externe contacten kunnen onderhouden, mensen kunnen motiveren, vertrouwen hebben en volhardend zijn.

De initiatiefnemers geven aan dat het belangrijk is voor de initiatieven dat ze ruimte krijgen van de politiek om te kunnen blijven functioneren. Daarbij is het van belang dat de zorgcoöperaties niet belemmerd worden met allerlei procedures die ze in de weg zitten en dat de gemeente en de politiek een faciliterende rol inneemt.

*“In ieder geval dat de politiek ons de ruimte geeft om zo te kunnen blijven functioneren, dat ze ons niet belemmeren in allerlei procedures die ons in de weg zitten en ook wanneer we nieuwe taken kunnen opnemen, dat er, in ieder geval dat zij zorgen voor voldoende financiële dekking.” (A.1.)*

Een van de politieke keuzen waar de zorgcoöperaties mee geconfronteerd worden heeft betrekking op hun financieringsmodel. Omdat komend jaar de procedure rondom het aanvragen van het PGB gaan veranderen, moeten de zorgcoöperaties andere wegen bewandelen om toch



hun diensten te kunnen blijven verlenen op de manier die zij voor ogen hebben. Zorgcoöperaties die thuiszorg aanbieden, lossen dit op verschillende manieren op.

In een van de zorgcoöperaties wordt getracht om een contract te krijgen met een zorgverzekeraar, zodat ze zorg in natura aan kunnen bieden. Dit is tot nu toe nog niet gelukt ondanks een welwillende zorgverzekeraar en intensief overleg tussen beide partijen. Het verzoek is afgewezen omdat aan bepaalde criteria van de zorgverzekeraar niet kon worden voldaan. Volgend jaar gaat de zorgcoöperatie met een andere zorgverzekeraar in gesprek. Dit is een voorbeeld waarbij het initiatief vastloopt op het bestaande systeem.

*“Maar dan zie je dus hier uhm, nou dan wordt er dus een checklist gebruikt hè door één van die beleidsmedewerkers daar en die kijken naar die documenten en dat moet afgevinkt worden en dan komt men kennelijk niet meer door de eigen organisatie heen en dan vind ik ook dat er vanuit de directie ook, en dat meen ik oprecht, te weinig lef getoond wordt om daar de mensen daar eens flink op te attenderen dat dat wel een beleid is wat de directie wil steunen en al is het niet 100%, maar dan wel weer 90 en dan ga je dan maar kijken hoe dat het dan wel kan vooral, maar zo verandert er dus niks.” (C.1.)*

De zorgcoöperatie die samenwerkt met een reguliere zorgaanbieder doet dat in de vorm van onderaannemerschap. Hierbij is de reguliere organisatie formeel de zorgaanbieder, maar de zorgcoöperatie voert de zorg uit op hun eigen wijze. De reguliere organisatie ontvangt een afgesproken percentage van het zorgbudget. Op deze manier is de zorgcoöperatie in staat om zorg in natura aan te bieden en daarmee de zorgverlening aan de leden veilig te stellen. Er zitten echter ook nadelen aan deze samenwerking. De initiatiefnemers geven aan dat vooral vanwege de verschillen in werkwijze tussen de reguliere zorginstelling en de zorgcoöperatie botsingen ontstaan.

*“(..) Je krijgt met twee culturen te maken. Onze cultuur van vraaggericht zorg verlenen waarbij de familiebetrokkenheid heel erg groot is in ons dorp en dat is ook wat de cliënt wil en (naam instelling) is een organisatie met een eigen bedrijfscultuur en een productgericht, aanbodgericht zorgbedrijf. Dat zijn twee culturen die ongelooflijk met elkaar botsen.” (B.1.)*

De zorgcoöperatie werkt op haar eigen manier klantgericht en flexibel, maar binnen de reguliere organisatie zijn er procedures waar rekening mee gehouden moet worden. De administratie van de reguliere organisatie en die van de zorgcoöperatie worden op één hoop gegooid. Omdat de verantwoordelijkheid bij de reguliere aanbieder ligt, moet de zorgcoöperatie daarin mee gaan. Een voorbeeld zijn de cijfers op jaarbasis die niet apart voor de zorgcoöperatie opgevraagd kunnen worden.

Omdat in de toekomst meer taken bij de gemeente weggelegd gaan worden, hopen initiatiefnemers van de zorgcoöperatie op nieuwe mogelijkheden, bijvoorbeeld op het terrein van openbaar vervoer of kinderopvang. Zij hopen dat de gemeente daarmee een direct partner voor de zorgcoöperatie wordt.

#### **Hoofdstuk 4. Expertmeeting**

Tijdens de expertmeeting zijn de resultaten van het onderzoek gepresenteerd aan verschillende experts. Zij herkenden de resultaten en plaatsten die in een bredere context. De deelnemers aan de expertmeeting zijn het erover eens dat in dit onderzoek slechts een deel van de realiteit is bestudeerd. Dat is ook logisch gezien de beperkte omvang van het onderzoek. Tijdens de expertmeeting bleek dat er behoefte is aan meer kennis op het gebied van zorgcoöperaties en andere burgerinitiatieven in de zorg.

#### **Beweging van burgerinitiatieven**

Burgerinitiatieven lijken in opkomst. Een groot aantal burgers is het niet eens met de huidige manier waarop bepaalde zaken, zoals de zorg, zijn georganiseerd en zetten daarom zelf initiatieven op. Het is de moeite waard uit te zoeken waar men het precies niet mee eens is op het gebied van de zorg en wat men dan zelf beter doet en waarom dit als beter wordt ervaren. Ook kan er gekeken worden of de beweging van meer zelforganisatie de reguliere zorg in beweging brengt.

## **Verbeteringen voor de organisatie van een zorgcoöperatie**

Omdat zorgcoöperaties met mensen omgaan die zorgbehoefstig zijn, moet er ook aan zaken gedacht worden als privacy van de zorgvragers. Tijdens de expertmeeting gaven sommige deelnemers aan dat ze problemen verwachten op de manier waarop zorgcoöperaties met bepaalde zaken, zoals ook de privacy van zorgvragers, wordt omgegaan. Het zou goed zijn uit te zoeken op welke gebieden zorgcoöperaties een professionaliseringslag kunnen maken en hoe ze dit zouden kunnen doen zonder dat dit ten koste gaat van het mensgerichte en vraaggerichte van de zorgverlening.

## **Spanningsveld tussen reguliere zorg en zorgcoöperatie**

Tijdens de expertmeeting werd ook gesproken over verschillen tussen reguliere zorg en zorgcoöperaties. Men gaf aan dat er zich vaak een spanningsveld bevindt tussen deze twee, zowel op financieel gebied als op het gebied van aanbieden van de zorg. Dit terwijl zorgcoöperaties en reguliere instellingen van elkaars werkwijze zouden kunnen leren en zelfs samen zouden kunnen werken. Het is aan te bevelen na te gaan waar deze twee werelden elkaar raken om het spanningsveld op te kunnen heffen en kennisuitwisseling op gang te kunnen brengen of samenwerkingsmogelijkheden nader te verkennen.

## **Rol andere partijen meer uitdiepen**

Een ander onderwerp van gesprek was hoe te voorkomen dat burgerinitiatieven te veel ‘van bovenaf’ geregeld zouden worden. Er moet bekeken worden hoe zorgcoöperaties, en burgerinitiatieven meer in het algemeen, door samenwerking met en facilitering door andere partijen als gemeente en zorgverzekeraars kunnen ontstaan en blijven voortbestaan. Ook gezien de nieuwe rol van de gemeente op het gebied van de zorg.

## **Kennisvergaring en –verspreiding**

Zoals al eerder aangegeven bleek tijdens de expertmeeting dat met dit onderzoek slechts een topje van de ijsberg is onderzocht en dat er behoefte is aan meer kennis, over ‘continuïteit, functioneren, effecten, resultaten, kosten etc.’ van zorgcoöperaties en over andere burgerinitiatieven (in de zorg) zodat men weet wat deze ‘nieuwe’ initiatieven precies inhouden, wat men ervan kan verwachten en wat het voordeel van deze initiatieven kan zijn voor henzelf en

de maatschappij als groter geheel. Voor financiers van zorg is het ook belangrijk om erachter te komen waar zij zorgcoöperaties en burgerinitiatieven op kunnen beoordelen.

## **Hoofdstuk 5. Discussie en Conclusie**

### **5.1 Samenvatting resultaten**

Met behulp van een case studie hebben we antwoorden geformuleerd op de vraag: Welke werkzame en belemmerende factoren spelen een rol bij de oprichting en bij de voortzetting van zorgcoöperaties vanuit de perspectieven van zorgvragers, professionele en vrijwillige zorgverleners en initiatiefnemers van zorgcoöperaties? Het onderzoek was opgezet om in korte tijd de belangrijkste belemmerende en werkzame factoren vanuit deze drie perspectieven te achterhalen.

Ons onderzoek verschilt van veel ander onderzoek naar zorgcoöperaties. Het meeste onderzoek dat tot op heden naar zorgcoöperaties is uitgevoerd, kent geen wetenschappelijk karakter. Veel van deze (niet wetenschappelijk) onderzoeken bekijken één zorgcoöperatie en beschrijven hoe deze tot stand is gekomen en hoe de zorgcoöperatie te werk gaat. Een zorgcoöperatie wordt als het ware ‘van de zijkant’ bekeken. Tijdens ons onderzoek hebben we gekeken naar drie zorgcoöperaties waarbij we geen vergelijking hebben gemaakt tussen de zorgcoöperaties maar juist hebben gefocust op de factoren die belemmerend werkten dan wel werkzaam bleken te zijn voor zorgcoöperaties in het algemeen. We hebben als het ware de drie onderzoekslocaties ‘van bovenaf’ bekeken en er de eerder genoemde factoren uit proberen te kristalliseren. In ons onderzoek kwamen de drie genoemde perspectieven afzonderlijk aan bod. Twee perspectieven, namelijk die van de zorgvrager en de zorgverlener, komen in ander onderzoek nauwelijks aan bod. Voor de uitvoering van het onderzoek hebben we interviews gehouden bij drie zorgcoöperaties in Noord-Brabant omdat in deze provincie de eerste zorgcoöperaties zijn ontstaan, waardoor deze zorgcoöperaties al veel ontwikkelingen hebben doorgemaakt. Aan de interviews lag een interviewgide ten grondslag welke fungeerde als leidraad voor de gesprekken. Voor elk perspectief was een specifieke interviewgide opgesteld. Bij het perspectief van de zorgvragers en zorgverleners hebben we ons gefocust op thuiswonende

ouderen die een vorm van verzorging of verpleging ontvingen. Het onderzoek beperkt zich daardoor grotendeels tot de zorghandelingen die de zorgcoöperatie aanbiedt, de diensten blijven zo goed als onbesproken.

### **Perspectief van zorgvragers**

Zorgvragers die wij hebben gesproken, ontvangen voornamelijk hulp bij de persoonlijke verzorging en huishoudelijke hulp. Deze zorgvragers gaven aan dat ze het als een groot pluspunt ervaren dat bij de zorg die zij van de zorgcoöperatie ontvangen er steeds dezelfde zorgverleners over de vloer komen en dat ze ook weten wie wanneer komt. De zorgvragers raken vertrouwd met de mensen die hen verzorgen en de zorgverleners weten de weg in het huishouden. Het is in overleg ook eenvoudig een zorgmoment eerder of later op de dag te laten plaatsvinden. Dat steeds dezelfde zorgverleners langskomen en dat zij flexibel zijn, zijn tevens de twee grootste verschillen die zorgvragers aangaven als we vroegen naar hun ervaringen met de reguliere zorg. Na aanhoudend doorvragen noemden zorgvragers enkele verbeterpunten voor zorg vanuit de zorgcoöperaties. Deze hebben te maken met de hoeveelheid papierwerk die het ontvangen van zorg via een zorgcoöperatie met zich meebrengt. Daarnaast blijkt dat verwijzers zoals huisartsen en ziekenhuizen niet snel doorverwijzen naar de zorgcoöperatie maar standaard naar de gebruikelijke (thuis)zorgorganisatie. Als laatste zouden zorgvragers graag zien dat de zorgcoöperatie hun diensten en zorgverlening verder uit zouden breiden.

### **Perspectief van zorgverleners**

Van de zorgverleners die wij voor het onderzoek hebben gesproken, wonen de meesten zelf in het dorp of de gemeente waar de zorgcoöperatie actief is. Binnen de groep zorgverleners is een verschil te zien in de werkzaamheden die worden uitgevoerd. De twee geïnterviewde vrijwilligers zijn werkzaam in de dagbesteding, welke niet alleen gericht is op mensen met dementie. De andere zeven betaalde zorgverleners zijn werkzaam in de verzorging en verpleging van thuiswonende ouderen. De motivatie van zorgverleners om te werken voor een zorgcoöperatie verschilt. Sommige zorgverleners noemen voordelen op het maatschappelijke vlak en hechten waarde aan het feit dat ze bijdragen aan de leefbaarheid van het dorp. Andere zorgverleners noemen meer voordelen op het individuele vlak en vinden het fijn om in de eigen

(dorps) omgeving te kunnen werken, wat tevens betekent dat de reistijd kort is. Zorgverleners waarderen ook het werken in kleine teams van maximaal 5 personen en de zelfstandigheid die het werken in een klein team en voor een zorgcoöperatie met zich meebrengt. Dit is tevens een van de verschillen die wordt genoemd als we vroegen naar de ervaringen van de zorgverleners met werken voor een reguliere instelling. Daar zijn de teams waarin gewerkt wordt een stuk groter is het niet mogelijk je eigen uren in te delen en heb je te maken met meer regels. Echter werken voor een zorgcoöperatie heeft ook nadelen. Vaak kan aan zorgverleners geen contract met vaste uren worden aangeboden en is het aantal uren dat ze kunnen werken niet voldoende om als kostwinner te kunnen fungeren. Daarnaast blijkt dat werken in het eigen dorp en de grote mate van zelfstandigheid er ook toe kunnen leiden dat grenzen tussen werk en privé vervagen. Zorgverleners worden soms na werktijd opgebeld door zorgvragers of zijn thuis nog met de situatie van de zorgvragers bezig.

### **Perspectief van initiatiefnemers**

Initiatiefnemers hebben verschillende drijfveren voor de oprichting van een zorgcoöperatie. Vaak heeft men persoonlijke ervaringen met reguliere zorg die niet positief waren. Of is men gemotiveerd geraakt vanuit de eigen professionele achtergrond in de zorgsector. Een van de werkzame factoren voor de oprichting van een zorgcoöperatie is zorgen dat er in het dorp voldoende draagvlak is voor een zorgcoöperatie. Draagvlak wordt gecreëerd door goed te luisteren wat de behoeften van dorpsgenoten zijn. Het is belangrijk om een missie te ontwikkelen voor de zorgcoöperatie en deze voor ogen te hebben bij het oprichten en inrichten van de zorgcoöperatie. Ook is het belangrijk snel activiteiten vanuit de zorgcoöperatie te starten zodat dorpsbewoners zien wat er concreet gerealiseerd wordt. Een werkzaam factor bij de inrichting van de zorgcoöperatie is dat men een ondernemingsvorm kiest waarbij leden veel invloed hebben op het beleid van de zorgcoöperatie. Tot de belemmerende factoren voor de voortzetting van een zorgcoöperatie behoort de hoeveelheid aan regelgeving waar een zorgcoöperatie op allerlei vlakken mee te maken krijgt. Ook het niet meewerken van andere (reguliere) instellingen en het niet faciliteren door de gemeente zijn belemmerende factoren voor de zorgcoöperatie. Indien de overige (reguliere zorg-) instellingen en de gemeente wel meewerken dan is het juist een werkzaam factor voor zowel de oprichting als het voortbestaan van de zorgcoöperatie. Voor een succesvolle voortzetting proberen de initiatiefnemers zo goed mogelijk hun missie voor ogen te

houden. Daarnaast verwachten ze ook dat door de verschuiving van zorgtaken van de centrale overheid naar de gemeentes zich nieuwe mogelijkheden zullen voordoen. Enkele gemeentes hebben zorgcoöperaties reeds gevraagd om hen te helpen, nu gemeentes voor een groot deel verantwoordelijk zijn voor de ouderenzorg en thuiszorg.

In onderstaande tabel zijn de werkzame en belemmerende factoren van alle perspectieven samengevat.

Tabel 3. *Samenvatting werkzame en belemmerende factoren*

|                         | <b>Werkzame factoren</b>  | <b>Belemmerende factoren</b>   |
|-------------------------|---|--|
| <b>Zorgvragers</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertrouwde gezichten</li> <li>• Eigen regie behouden (door flexibiliteit zorgverlener)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Weinig bekendheid zorgcoöperatie</li> <li>• Uitbreiden zorg/diensten</li> <li>• Administratieve last PGB</li> </ul>           |
| <b>Zorgverleners</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kleine teams</li> <li>• Autonomie</li> <li>• Maatschappelijke en individuele voordelen</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen vaste uren</li> <li>• Geen fulltime inkomen</li> <li>• Vervaging grens privé en werk</li> </ul>                          |
| <b>Initiatiefnemers</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Missie voor ogen hebben en houden</li> <li>• Voldoende draagvlak</li> <li>• Snel starten met activiteiten</li> <li>• Ondernemingsvorm kiezen waarbij leden veel inspraak hebben</li> <li>• Facilitering door instelling</li> <li>• Meedenken/meewerken gemeente</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoeveelheid regelgeving</li> <li>• Niet kunnen samenwerken instellingen</li> <li>• Geen facilitering door gemeente</li> </ul> |

## 5.2 Discussie

Vergelijking met bestaande literatuur over zorgcoöperaties laat zien dat de inzichten vanuit de perspectieven van zorgvragers en zorgverleners nieuw zijn; deze worden in bestaande literatuur niet genoemd.

Uit onze resultaten blijkt voor de ondervraagde zorgvragers het bestaan van een zorgcoöperatie een uitkomst is. De manier van werken van een zorgcoöperatie vooral op het gebied van het verlenen van thuiszorg en verpleging sluit goed aan bij de manier waarop zorgvragers hun leven in willen richten en biedt hen voldoende mogelijkheden om de regie over hun eigen leven te behouden. Zorgcoöperaties lijken er volgens deze resultaten aardig in te slagen om mensgerichte zorg te verlenen. Er is sprake van mensgerichte zorg wanneer zorgvragers centraal staan, zij zelf een actieve rol hebben en waarin er voldoende ruimte en aandacht is voor hun eigen identiteit, eigen regie en zelfredzaamheid, eventueel met hulp van naasten. Een gelijkwaardige relatie tussen zorgontvanger en zorgverlener is kenmerkend (Kitson et al., 2013; McCance et al., 2011; McCormack & McCance, 2006). Doordat zorgcoöperaties burgerinitiatieven zijn waar mensen lid van kunnen worden, hebben zorgvragers en zorgverleners in principe dezelfde positie. Ook uit de ervaringen van zowel zorgvragers als zorgverleners blijkt die gelijkwaardigheid, wederzijdse oprechte aandacht en echte ondersteuning van de zorgontvanger.

Ook voor zorgverleners sluit de manier van werken van een zorgcoöperatie goed aan bij de manier waarop ze met zorgvragers om willen gaan. Ze hebben minder cliënten en mogen zelf hun rooster indelen. Dit is ook belangrijk voor het voortbestaan van de zorgcoöperatie. En geeft aan dat zorgcoöperaties erin zijn geslaagd om het concept van ‘samen zorgen’ vorm te geven. Zorgvragers en zorgverleners zijn gelijkwaardige partners in de zorg, een belangrijk kenmerk van mensgerichte zorg (Kitson et al., 2013; McCance et al., 2011; McCormack & McCance, 2006). Echter aan de flexibiliteit die van zorgverleners wordt verlangd, zit ook een keerzijde. Het is vaak niet mogelijk ze een contract met een vast aantal uren aan te bieden en zeker geen fulltime contract. Het werken voor (alleen) een zorgcoöperatie is biedt geen volwaardig inkomen. Dit kan een belemmerende factor zijn voor het voortbestaan van zorgcoöperaties maar is tegelijkertijd mogelijk een voorbeeld van de veranderende arbeidsmarkt waar steeds meer flexibiliteit van de werknemers wordt verwacht.



Een ander punt met betrekking tot de werkgelegenheid. Uit ons onderzoek blijkt dat bij de zorgcoöperatie verschillende mensen werkzaam zijn die herintreders zijn of al met pensioen zijn. Hiermee lijkt een zorgcoöperatie dus werk te bieden aan mensen die anders waarschijnlijk verloren waren gegaan voor de arbeidsmarkt. Er wordt (ten dele) arbeidspotentieel benut dat anders verloren was gegaan.

Zorgcoöperaties doen er veel aan om hun leden, maar ook andere dorpsgenoten, zorg aan te bieden. Een van deze manieren is het spreekuur van de zorgcoördinator dat open staat voor zowel leden als niet-leden. Deze spreekuren worden echter nauwelijks bezocht. Ook uit ander onderzoek blijkt dat in de Nederlandse ouderenzorg de mogelijkheid om een fysiek loket te bezoeken om zorg te regelen, door ouderen of hun mantelzorgers nauwelijks wordt benut (Schipper, Luijkx, Meijboom, & Schols, 2015). Dit betekent dat investeren in fysieke bezookpunten niet de eerste prioriteit hoeft te hebben.

Het perspectief van initiatiefnemers is vaker onderzocht en de werkzame factoren die wij hebben gevonden komen grotendeels overeen met bestaande inzichten. Van Beest constateert bijvoorbeeld ook dat het belangrijk is om voor voldoende draagvlak te zorgen (Van Beest, 2014). Baetens en Dictus hebben ook gevonden dat het cruciaal is dat er een trekker, zorgcoördinator of dorpsondersteuner is die diverse partijen bij elkaar kan brengen net als wij heeft Dictus geconstateerd dat tijdige en duidelijke communicatie naar de leden en voldoende tempo in de uitvoering van belang is (Baetens, 2013; Dictus, 2013). Bovendien is het heel erg belangrijk om snel te starten met activiteiten waardoor de slagkracht van de zorgcoöperatie ook duidelijk wordt. Een succesvolle ervaring met de zorgcoöperatie leidt ook weer tot de groei van de activiteiten van de zorgcoöperatie, zo is ook vastgesteld door Van Xanten (Van Xanten et al., 2011).

Werkzame factoren die voor het eerst in dit onderzoek naar boven komen zijn een goede samenwerking met andere/reguliere zorginstellingen en het faciliteren van een initiatief door de gemeente en andere belangrijke partijen zoals zorgverzekeraars. Deze twee werkzame factoren zijn tevens ook de belemmerende factoren indien de instellingen of gemeente niet (kunnen) samenwerken of faciliteren.

### **5.3 Beperkingen onderzoek en aanbevelingen**

Zoals elk wetenschappelijk onderzoek kent ook dit verkennende onderzoek met een looptijd van vijf maanden zijn beperkingen.

Het onderzoek heeft zich beperkt tot zorgcoöperaties op het platteland van de provincie Noord-Brabant omdat in deze provincie de eerste zorgcoöperaties zijn ontstaan, waardoor deze zorgcoöperaties al ontwikkelingen hebben doorgemaakt. In andere delen van het land worden inmiddels ook zorgcoöperaties opgericht maar vaak wel naar het model van Brabantse zorgcoöperaties. Zoals de zorgcoöperatie Austerlitz gelegen in de provincie Utrecht die naar voorbeeld van de zorgcoöperaties Hoogeloon en Elsendorp is opgericht (Dictus, 2013). Onze keuze voor drie Brabantse zorgcoöperaties is daarom te rechtvaardigen.

De doelgroep van ons onderzoek bestond uit thuiswonende ouderen die zorg ontvangen van de zorgcoöperatie en we hebben aan hen gevraagd van welke zorg en diensten van de zorgcoöperatie ze gebruik maken om zelfstandig thuis te kunnen blijven wonen. Het kwam er op neer dat vooral zorg werd geleverd in de vorm van verzorging, verpleging en dagbesteding om deze doelgroep thuis te kunnen laten wonen. In ons onderzoek worden daarom vooral de zorghandelingen die de zorgcoöperatie aanbiedt, besproken en niet de diensten. De reden hiervoor was omdat we vanwege de korte looptijd van het onderzoek ons werkveld af moesten baken. We hebben onder andere vanuit dit oogpunt het onderzoek opgebouwd met drie duidelijke perspectieven die ook terug te vinden zijn in de reguliere zorg. Deze opbouw zorgt er ook voor dat het mogelijk is in een vervolgonderzoek de resultaten te vergelijken met de reguliere zorg.

Een van de bijzondere kenmerken van de coöperatie-organisatievorm is dat de leden zowel producent als consument (kunnen) zijn. Dit uitgangspunt is echter niet meegenomen in het onderzoek omdat we voor een andere opbouw hebben gekozen. Daarnaast is dit uitgangspunt ook niet ter sprake gekomen tijdens de interviews, noch is het genoemd in een van de klankbordgroep bijeenkomsten of tijdens de expertmeeting.

In ons onderzoek hebben we een eenzijdige vergelijking gemaakt met de reguliere zorg door aan zorgvragers te vragen of ze ooit reguliere zorg hebben ontvangen en of ze de verschillen tussen deze zorg en de zorg ontvangen van de zorgcoöperatie aan konden geven. Er waren niet veel zorgvragers die zowel zorg van de zorgcoöperatie als zorg van een reguliere zorgaanbieder

hebben gehad. Ook bleek dat als ze zorg van een reguliere organisatie hadden ontvangen dit vaak al een paar jaar geleden was. De antwoorden van de zorgvragers op deze antwoorden zijn dus summier en moeten gezien worden in de tijdsgeest van enkele jaren geleden, daarom kunnen ze niet een op een vergeleken worden met de zorg zoals momenteel geleverd door reguliere organisaties. Dit geldt niet voor zorgverleners. Die zijn juist vaak nog werkzaam bij een reguliere organisatie omdat de zorgcoöperatie hen geen voldoende uren of vast contract aan kan bieden.

Vanwege de beperkte beschikbare tijd is het kostenaspect geheel buiten de scope van dit onderzoek gebleven. Omdat zorgcoöperaties ervan overtuigd zijn dat zij zorg tegen lagere kosten aanbieden, is het belangrijk om in vergelijkend onderzoek naar zorg vanuit zorgcoöperaties en zorg vanuit reguliere organisaties aandacht aan de kosten te besteden.

#### **5.4 Onderzoeksagenda**

Dit verkennende onderzoek geeft inzicht in de perspectieven van drie belanghebbenden bij zorgcoöperaties, maar laat ook zien dat er nog niet heel veel kennis is over het functioneren van zorgcoöperaties. Naar aanleiding van de bestaande literatuur, onze casestudie, de discussies in de klankbordgroep en bijdragen vanuit de expertmeeting lijken de volgende elementen van belang in toekomstig onderzoek naar zorgcoöperaties en andere burgerinitiatieven in de zorg. Daarnaast is van belang te bekijken hoe deze kennis kan worden verzameld, gebundeld en op een zo goed mogelijke manier kan worden verspreid.

##### Beweging van burgerinitiatieven

Onderzoeken waarom er op dit moment in de zorg en dienstverlening een beweging van zelforganisatie gaande is in Nederland en waarom mensen meer tevreden lijken te zijn met burgerinitiatieven zoals de zorgcoöperaties. Het is interessant welke andere burgerinitiatieven er zijn in de zorg. En in hoeverre de beweging van burgerinitiatieven (zorgcoöperaties en andere) gevolgen heeft voor de reguliere zorg.

### Verbeteringen voor de organisatie van een zorgcoöperatie

Zorgcoöperaties zijn qua inrichting steeds professioneler geworden doordat ze van zichzelf en van elkaar geleerd hebben. Echter er zijn op verschillende gebieden nog verbeteringen nodig. Welke gebieden zijn dit, wat kan er verbeterd worden en op welke manier?

### Spanningsveld tussen reguliere zorg en zorgcoöperaties

Waar liggen nu precies de verschillen tussen de reguliere zorg en de zorgcoöperatie. Zowel de financiële verschillen als de verschillen op het gebied van het zorgproces (zowel zorgverlening als zorg ontvangen). Waar raken deze twee werelden elkaar en wat zouden ze van elkaar kunnen leren en zijn er mogelijkheden voor samenwerking?.

### Rol andere partijen

Welke partijen kunnen het ontstaan en voortbestaan van burgerinitiatieven faciliteren of belemmeren en wat is er precies nodig om burgerinitiatieven te faciliteren.

## **5.5 Conclusie**

Dit verkennende onderzoek heeft een eerste inzicht gegeven in de belangrijke werkzame en belemmerende factoren bij zorgcoöperaties, vanuit drie perspectieven: initiatiefnemers, zorgvragers en zorgverleners. Nieuw daarin zijn de perspectieven van de zorgvragers en de zorgverleners. Echter wat het onderzoek ook duidelijk maakt, is dat uitgebreider en langduriger onderzoek nodig is om goed te kunnen doorgronden onder welke voorwaarden zorgcoöperaties succesvol kunnen zijn, en hoe binnen onze maatschappij het fenomeen zorgcoöperaties en mogelijk ook andere burgerinitiatieven in de zorg een volwaardige plaats kunnen verwerven.

## **Literatuur**

- Baetens, T. (2013). *Ik is niks. Over vitale coalities rond wonen, zorg en leefbaarheid*. Den Haag: Uitgeverij SEP.
- Dictus, D. (2013). *Interviews zorgcoöperatie Austerlitz Zorgt. Stageproject Collective Action*. University Utrecht/Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg, Utrecht.

- Galesloot, H. (2002). *Dragers & schragers: Sleutelfiguren in de lokale samenleving*. . Amsterdam/Den Haag: Instituut voor Publiek en Politiek / Landelijk Centrum Opbouwwerk.
- Gijssels, C. (2011). Coöperatieve antwoorden op maatschappelijke uitdagingen: 9 inzichten uit 2 x 9 cases. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.
- Hendriks, F., & Tops, P. E. W. M. (2002). *Het sloeg in als een bom: vitaal stadsbestuur en modern burgerschap in een Haagse stadsbuurt: Pijnenburg*.
- Kitson, A., Marshall, A., Bassett, K., & Zeitz, K. (2013). What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 4-15. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06064.x
- McCance, T., McCormack, B., & Dewing, J. (2011). An exploration of person-centredness in practice. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 1-14.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. (2005). *Memorie van toelichting op de wet maatschappelijke ondersteuning*. Den Haag.
- Platform Zorgcoöperatieve ontwikkelingen Brabant. (2013). Platform Zorgcoöperatieve ontwikkelingen Brabant. Retrieved october, 2014, from <http://www.sre.nl/projecten/platform-zorgcooperatieve-ontwikkelingen-brabant>
- Rijksoverheid. (2014). Veranderingen zorg en ondersteuning 2015  
from <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/hervorming-langdurige-zorg>
- Schipper, L., Luijkx, K., Meijboom, B., & Schols, J. (2015). The 3 A's of the access process to long-term care for elderly: Providers experiences in a multiple case study in the Netherlands. *Health Policy*, 119(1), 17-25. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.07.020>
- Tonkens, E., & Verhoeven, I. (2011). Bewonersinitiatieven: proeftuin voor partnerschap tussen burgers en overheid. Een onderzoek naar bewonersinitiatieven in de Amsterdamse wijkaanpak: Universiteit van Amsterdam/AISSR.
- Tronto, J. (1993). *Moral boundaries. A political argument for an ethic of care*.: Psychology Press.
- Uitermark, J., & Duyvendak, J. W. (2006). Sociale integratie...straataanpak in de praktijk. Essay mensen maken de stad. Gemeente Rotterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Van Beest, R. (2014). *Inventarisatie zorgcoöperaties 2014*. Universiteit Utrecht.
- Van De Wijdeven, T., De Graaf, L., & Hendriks, F. (2013). Actief burgerschap. Lijnen in de literatuur (pp. 65). Tilburg: Tilburgse School voor Politiek en Bestuur.
- Van Opstal, W., Coates, A., & Uddin, I. (2014). Bouwstenen voor coöperatief ondernemen in Vlaanderen  
ESFT-Agentschap Vlaanderen vzw.
- Van Xanten, H., Schonewille, J., Engelen, J., & Maat, J. W. v. d. (2011). Sterke verhalen. Burgerinitiatieven voor voorzieningen in kleine dorpen (pp. 48). Rotterdam/Utrecht: Movisie

## **Bijlage**

Zorgcoöperaties in Nederland: de eerste studies in beeld

Rosanna Schoorl

Aletta Winsemius

Movisie, maart 2015

Deze literatuurstudie is uitgevoerd in opdracht van Tranzo (Tilburg) als onderdeel van het onderzoek *Gedeeld Eigenbelang, een verkennend onderzoek naar werkzame en belemmerende factoren van zorgcoöperaties*, uitgevoerd in opdracht van ZonMw.

## 1. Inleiding

Sinds een aantal jaar zien we de opkomst van zorgcoöperaties: lokale netwerken van burgers die op vrijwillige en professionele basis zorg en ondersteuning leveren aan elkaar. Zorgcoöperaties zijn een voorbeeld van zelfsturing; de leden van de coöperatie zijn tevens medeorganisatoren en hulpverleners. Zij voeren alle nodige taken zelf uit.

De groei van deze vorm van burgerinitiatief past in een tijd waarin overheden terug treden en burgers oproepen meer het heft in eigen hand te nemen. De behoefte aan informatie over zorgcoöperaties neemt toe. Bij gemeenten en ministeries, bij burgers, bij aanbieders van zorg en ondersteuning. Wat betekenen de zorgcoöperaties voor hen?

In 2014 heeft ZonMw Tranzo gevraagd om samen met Movisie een verkennend onderzoek te doen naar de factoren die de oprichting, werking en continuïteit van zorgcoöperaties bevorderen dan wel belemmeren. Ten behoeve van dit onderzoek hebben wij een overzicht gemaakt van actuele en relevante studies naar zorgcoöperaties. Hier doen we verslag van onze bevindingen. Dit literatuuroverzicht diende als achtergrondinformatie en voorstudie voor het onderzoek van Tranzo (Boumans e.a. 2015). Het overzicht is in het najaar van 2014 samengesteld.

### Leeswijzer

Er is in Nederland nog weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de effectiviteit van zorgcoöperaties. Wel zijn er verschillende kleinschalige casestudies. De opkomst van deze organisaties is een recent fenomeen. Ze zijn nog volop in ontwikkeling. Momenteel zijn er al wel een behoorlijk aantal coöperaties actief, voornamelijk in Noord-Brabant. Onze literatuurstudie start met een beschrijving van de bevindingen van de eerste studies naar zorgcoöperaties, aangevuld met enkele inzichten uit internationale onderzoek. Om meer te kunnen zeggen over mogelijke werkzame elementen hebben we vervolgens onze blik verbreed en zijn we gaan kijken wat er bekend is over burgerinitiatieven in het algemeen. In navolging van het onderzoek van Tranzo hierbij aandacht voor de verschillende perspectieven van betrokkenen bij zorgcoöperaties: dat van de initiatiefnemers, dat van de hulpverleners (professioneel of vrijwillig) en dat van de zorgontvangers. Overheden vervullen een belangrijke rol in de context van zorgcoöperaties. Daarom wordt in het laatste deel van deze studie ingegaan op de rol van de overheid.

Dit literatuuroverzicht is gebaseerd op een *quickscan* van wat er eind 2014 bekend was over de werkzame elementen van zorgcoöperaties en burgerinitiatieven.<sup>2</sup> Deze studie is zeker niet uitputtend. Het biedt echter een eerste indruk van mogelijk relevante bevorderende en belemmerende factoren.

---

<sup>2</sup> Zie voor verdere verantwoording van de methode Bijlage 1.

## 2. Literatuur over zorgcoöperaties

Wat is er anno 2014 bekend over zorgcoöperaties? De beschikbare literatuur laat zich het beste beschrijven als kleinschalige onderzoek. Het hoofdstuk is opgedeeld aan de hand van de thema's die uit de studies naar voren komen. Aan het einde van het hoofdstuk geven we kort een aantal bevindingen uit buitenlandse literatuur over zorgcoöperaties .

### **De start**

We beginnen bij het begin: de start en eerste ontwikkeling van een zorgcoöperatie. Waarom nemen burgers het initiatief om een zorgcoöperatie op te richten? Voor welk probleem zouden zorgcoöperaties een oplossing moeten zijn?

Veel van de huidige zorgcoöperaties in Nederland vinden we op het platteland of in kleine dorpen. Noord-Brabant is koploper. Het verdwijnen van voorzieningen in kleinere gemeenten is één van de belangrijkste redenen om een coöperatie op te richten. Ontgroening (het wegtrekken van jongeren) en terugtrekkende overheden leiden tot verschraling van voorzieningen. Tegelijkertijd neemt in deze gebieden de vergrijzing toe, waardoor de behoefte aan ouderenzorg stijgt. Initiatiefnemers vinden het onwenselijk dat ouderen niet zo lang in hun dorp kunnen blijven wonen als zij zouden willen. De oprichting van een zorgcoöperatie is een manier om zelf voor de gewenste voorzieningen te gaan zorgen (Beltman et al. 2014; Bommeljé & Keijl 2014; Gijsselinckx 2013). Van Opstal (2008) noemt dit de 'vacuümhypothese': noch de overheid, noch de markt, noch bestaande maatschappelijke organisaties bieden de diensten waar behoefte aan is. Actieve burgers springen in het gat dat ontstaat. Volgens Gijsselinckx (2013) en Beltman et al. (2014) zijn geëngageerde burgers onmisbaar bij de oprichting van zorgcoöperaties. Zij nemen initiatief en worden daarmee als het ware eigenaars van het project. Met toewijding en inzet zetten zij alles op alles om het initiatief te laten slagen. Voor het succes van het initiatief is het belang dat initiatiefnemers de coöperatieve principes volgen, zoals gelijkwaardigheid en mogelijkheid tot inspraak van leden. Ook moet binnen een (zorg)coöperatie het belang van de leden - in tegenstelling tot bijvoorbeeld die van een investeerder - altijd voorop staan (Gijsselinckx 2013).

Uit de beschreven literatuur komen de volgende voorwaarden naar voren voor het starten van een zorgcoöperatie.

1. Een ervaren nood.  
In dit geval het verdwijnen van de voorzieningen in de eigen omgeving, waardoor er minder zorg aangeboden wordt dan nodig is.
2. Een gezamenlijke doelstelling.  
Dit is een voorwaarde voor draagvlak in het dorp of de buurt. Een doelstelling kan zijn dat ouderen zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving kunnen blijven wonen.
3. Geëngageerde initiatiefnemers en leden.  
Dorps- of buurtbewoners moeten bereid zijn zich actief in te zetten om de gezamenlijke doelen te bereiken en hierbij de coöperatieve principes in acht nemen.



## **Motieven en beloningen**

Een coöperatie functioneert niet zonder (actieve) leden. Zaak is dan ook om leden te werven en betrokken te houden. Wat motiveert dorps- of buurtbewoners om lid te worden en te blijven?

Van Beest (2014b) heeft in Nederland onderzoek gedaan naar twee zorgcoöperaties en één kleinschalig ander type zorginitiatief. Hij keek onder andere naar de achtergrond van betrokkenen en hun motieven om deel te nemen. Op het platteland bleek solidariteit een heel belangrijk motief. Mensen leven mee met hun dorpsgenoten en willen graag iets voor hen betekenen. Ook in de stad werd solidariteit genoemd. Maar daar waren inspraak in het bestuur van de organisatie en het uitbreiden van het eigen sociale netwerk belangrijker motieven. Zowel in het dorp als in de stad noemen respondenten het deel uitmaken van, of 'de sensatie te voelen van een nieuwe ontwikkeling' als motief (Van Beest 2014b, p. 10). Van Beest heeft ook gekeken naar de sociaaleconomische status van de initiatiefnemers en andere betrokkenen. In zijn casus in een stad bleken vooral mensen met een hoge sociaaleconomische status actief. In de twee dorpscasussen was dit niet het geval. Daar waren ook lager opgeleiden en minder welvarende burgers trekkers van de coöperatie.

Wat levert deelname aan de coöperatie de leden op? Ook dat vroeg Van Beest. De leden benadrukten de bijdrage die de coöperatie levert aan de samenleving, aan de gemeenschap en aan hun directe omgeving. Ook werden een versterkt gemeenschapsgevoel (het deel uitmaken van een groep) en het kunnen helpen van anderen als beloning genoemd. Sommige stadsbewoners spraken van een financieel voordeel, omdat de coöperatie de zorg goedkoper kan leveren.

De leden van de coöperatie zien ook meerwaarde in de manier waarop de zorg verleend wordt. De meerderheid van de respondenten geeft aan óók gebruik te blijven maken van de diensten van de coöperatie als gelijksoortige diensten ook door de overheid of commerciële organisaties aangeboden zouden worden. Volgens de plattelandsbewoners komt dat door de onderlinge solidariteit en het onbaatzuchtig voor elkaar zorgen. In de stad wordt ook genoemd dat de coöperatie het mogelijk maakt de zorg beter en goedkoper te regelen, en er aan bijdraagt dat burgers zo zelfstandig en onafhankelijk mogelijk kunnen blijven.

De respondenten uit het onderzoek van Van Beest zien dus veel voordelen aan hun deelname aan de coöperatie. Op het platteland domineert het dorpsgevoel: mensen zijn tot elkaar veroordeeld en willen (mede) daarom elkaar ook graag helpen. In de stad is er meer sprake van een (indirect) eigenbelang, in de zin dat financieel voordeel ook als beweegreden genoemd wordt.

Baetens (2013) onderzocht het dorp Elsendorp, dat als een voorloper van een zorgcoöperatie gezien wordt. Baetens deelt de conclusie van Van Beest (2014b) dat solidariteit en betrokkenheid belangrijke motieven zijn voor lidmaatschap van de coöperatie. Zeker in een klein dorp speelt deze sociale factoren een grote rol. Wat in het onderzoek van Van Beest echter minder naar voren kwam, maar in Elsendorp wel een rol leek te spelen, is het 'voor-wat-hoort-wat'-principe. Ieder die bijdraagt kan op zijn beurt ook weer iets terug verwachten. Zo wordt individueel eigenbelang een gedeeld dorpsbelang. Het doen van vrijwilligerswerk voor de coöperatie is niet geheel onbaatzuchtig.

Baetens noemt ook de waarde van vrijwilligers die naast de zorgcoöperatie ook bij andere organisaties actief zijn. Deze 'dubbelfuncties' zorgen voor wederzijds begrip en een inkijkje in elkaars wereld. Dit zorgt voor extra solidariteit en onderlinge verbondenheid. Van Beest vroeg hier in zijn onderzoek ook naar, maar concludeerde dat het doen van vrijwilligerswerk bij een andere vereniging geen directe bijdrage leverde aan de werkzaamheden van de leden voor de coöperatie.

Dictus nam als stageproject in mei 2013 vier interviews af bij leden van coöperatie Austerlitz Zorgt. Deze leden hadden elk een andere rol in de organisatie (Dictus 2013). Een vrijwilliger noemde als belangrijke reden om actief te zijn het ideaal om voor elkaar klaar staan en elkaar te kunnen helpen. Daarnaast hoopte zij later ook zelf geholpen te worden. Een lid dat via de coöperatie zorg ontvangt zei dat het heel prettig is dat de zorg goed afgestemd is op de wens van de zorgvrager. En dat iedereen inspraak heeft. Ook de zorgcoördinator van Austerlitz Zorgt waardeert het verhogen van de onderlinge solidariteit. Daarnaast vindt zij het belangrijk dat de coöperatie de eenzaamheid onder bepaalde groepen kan verminderen. Zij ziet burgerinitiatieven niet als voorzieningen voor de elite. De lage contributie en onderlinge solidariteit maken de coöperatie juist ook voor kwetsbare groepen toegankelijk.

Een zorgcoöperatie heeft niet alleen te maken met leden en vrijwilligers, maar ook met betaalde krachten. Zoals professionele zorgverleners. De studie van De Jong (2014) laat zien dat professionele zorgverleners (ZZP-ers) in de gemeente Laarbeek erg tevreden zijn over het werken voor de coöperatie. Zij hebben veel eigen verantwoordelijkheid en kunnen, in samenspraak met de cliënt, zelf hun werktijden bepalen. Omdat vrijwilligers meehelpten bijvoorbeeld bij de administratie, hebben de professionals meer ruimte om zich op hun zorgtaken te richten.

Uit de studies komt een aantal elementen naar voren die de inzet van burgers voor een zorgcoöperatie kunnen verklaren. Sommige motieven zijn sociaal van aard, andere komen voort uit eigen belang. En dan zijn er ook abstractere motieven, die met een ideaal te maken hebben of een ander meer maatschappelijk karakter hebben. De volgende motieven komen naar voren

- Wederkerigheid
- Compassie (iets voor een ander willen betekenen);
- Bijdragen aan een gemeenschapsgevoel;
- Uitbreiden sociaal netwerk
- Zeggenschap
- Financieel voordeel
- Deel uit willen maken van een nieuwe ontwikkeling
- Solidariteit
- Kwaliteit van zorg

### **Het functioneren van een coöperatie**

Uit de casestudies komen ook factoren naar voren die helpen de coöperatie een succes te laten worden en daarmee in stand te houden. Uit zorgcoöperatie Helenaveen blijkt het belang van gemeenschappelijk draagvlak, het in kaart brengen van wensen van de bewoners en deze uitvoerbaar en realiseerbaar

maken (Van Beest 2014a). Van Beest kwam het belang van draagvlak ook tegen in burgerinitiatieven in de zorg in Limburg (van Beest 2014a).

Een succesfactor die meerdere respondenten aandragen, is de aanwezigheid van een zorgcoördinator (Baetens 2013) of een dorpsondersteuner (Dictus 2013). Deze functionaris dient als aanspreekpunt, heeft goede contacten met alle betrokkenen en heeft zicht op de lokale situatie. Zij of hij fungeert als spil binnen de coöperatie.

Ook tijdige en duidelijke communicatie met de leden van de organisatie komt als succesfactor naar voren. De coöperatie is van, voor en door de leden. Daarom moeten ze op de hoogte gehouden van en betrokken worden bij het reilen en zeilen en nieuwe ontwikkelingen (Dictus 2013). Ook is het van belang het tempo erin te houden, zodat leden geïnteresseerd en betrokken blijven, zo zegt één van de respondenten in het onderzoek van Dictus. Zowel Dictus (2013) als Baetens (2013) benadrukken dat een actieve benadering van bewoners verder bijdraagt aan de bekendheid en het succes van de coöperatie in de gemeente. Baetens noemt dit het actief zoeken naar 'talenten' in de buurt, zodat iedere burger die wil, iets kan bijdragen aan de coöperatie.

Welke rol speelt sociale cohesie bij het functioneren van een zorgcoöperatie? Volgens respondenten in verschillende onderzoeken wordt deze vergroot door de deelname aan de zorgcoöperatie. Is sociale cohesie ook een voorwaarde voor het ontstaan van coöperaties? Volgens Van Beest (2014b) is een stevig sociaal netwerk in elk geval nodig bij het opzetten van een coöperatie. En Dictus (2013) concludeert dat sociale cohesie belangrijk is voor het draagvlak, de uitvoering en de doelstellingen van de zorgcoöperatie. Volgens Van Beest lijkt de sociale cohesie in de stad kleiner dan in het dorp. Er is ook een zwakkere verbinding tussen de leden van de coöperatie. Wel hebben alle respondenten van de coöperatie in de stad hun netwerk uitgebreid sinds ze lid zijn. Hier is op het platteland minder sprake van, omdat veel leden elkaar voordien al kenden.

Uit het verslag van Dictus (2013) blijkt dat Austerlitz Zorgt veel heeft gehad aan de ervaringen van de zorgcoöperaties in Elsendorp en Hoogeloon. De respondenten in zijn onderzoek noemen het raadzaam te leren van elkaars praktijken door regelmatig kennis uit te wisselen. Op deze manier kan voorkomen worden dat ieder voor zich steeds opnieuw het wiel moet uitvinden.

Voor het voortbestaan van zorgcoöperaties lijken de volgende factoren van belang:

- Voldoende draagvlak voor de doelstellingen van de coöperatie
- Wensen die realiseerbaar en uitvoerbaar zijn
- De functie van zorgcoördinator of dorpsondersteuner
- Het actief benaderen van bewoners met de vraag iets bij te dragen aan de coöperatie
- Een tijdige communicatie naar de leden
- Voldoende tempo in de uitvoering

De rol van sociale cohesie in het voortbestaan van de zorgcoöperatie is niet zonder meer duidelijk. Sommige studies laten zien dat sociale cohesie een vereiste lijkt voor een zorgcoöperatie in de

beginfase. Andere studies benadrukken dat een coöperatie juist zorgt voor meer cohesie en onderlinge verbondenheid.

### **Mogelijke knelpunten**

Mogelijke risico- of faalfactoren van zorgcoöperaties zijn op dit moment lastig in kaart te brengen. De meeste van de onderzochte coöperaties bestaan te kort om iets over risico's te kunnen zeggen. En

zolang een coöperatie nog functioneert zijn faalfactoren natuurlijk vooral hypothetisch. Toch zijn er uit de casestudies knelpunten te herleiden die een gevaar zouden kunnen vormen voor het voortbestaan van coöperaties.

Eén van deze punten wordt genoemd door Van Beest (2014b). Op basis van de literatuur wijst hij op het risico dat vooral hoogopgeleiden actief zijn in een coöperatie. Goede, wellicht goedkopere zorg dichtbij huis zou daarmee een privilege van hoger opgeleiden kunnen worden. Binnen een coöperatie zouden hoger opgeleiden ook meer inspraak (willen) hebben, waardoor een kloof kan ontstaan tussen groepen leden en de wensen van lager opgeleide leden niet vertegenwoordigd worden. Van Beest ziet dit beeld op het platteland niet terug, maar vindt er wel enig bewijs voor bij de andere twee zorgcoöperaties die hij bestudeerde.

De zorg die een zorgcoöperatie biedt is voor een belangrijk deel informele zorg: zorg door buurt- of dorpsgenoten, zorg door vrijwilligers. Het informele karakter van de zorg kan tot 'vraagverlegenheid' leiden. Dit houdt in dat zorgbehoevenden bang zijn (te)veel van anderen te vragen, waardoor zij niet de zorg krijgen die zij nodig hebben. Door een respondent van Dictus (2013) wordt deze vraagverlegenheid als realiteit benoemd.

Een derde potentieel probleem betreft financiën. Een respondent van Van Beest (2013) zegt dat een te hoge contributie er toe kan leiden dat hij zijn lidmaatschap opzegt.

Baetens (2013) noemt verder als risico de ambigue rol van de overheid in relatie tot burgerinitiatieven; aan de ene kant stuurt de overheid aan op meer eigen verantwoordelijkheid, maar aan de andere kant worden burgerinitiatieven door de overheid vaak niet erkend of zelfs tegengewerkt.

Aandachtspunten voor zorgcoöperaties en direct betrokkenen zijn dus:

- Een kloof tussen hoogopgeleide, mondige en laagopgeleide, kwetsbare burgers
- Het optreden van vraagverlegenheid, waardoor burgers niet de zorg ontvangen die zij nodig hebben
- Een te hoge financiële bijdrage voor sommige leden
- Een ambivalente houding van de overheid

## **Internationaal onderzoek naar zorgcoöperaties**

Zorgcoöperaties komen niet alleen in Nederland voor. Ook in bijvoorbeeld Zweden, Italië en het Verenigd Koninkrijk Coöperatieve zijn coöperatieve zorgvormen te vinden. Van Beest (2014a) laat zien dat er grote verschillen in de organisatiestructuur van deze coöperaties zijn. Ze richten zich op diverse levensterreinen en op uiteenlopende, of heel specifieke doelgroepen.

Een aantal Vlaamse onderzoekers, waaronder Gijselinckx et al (2011) en van Opstal et al. (2014), hebben uitgebreid gekeken naar zorgcoöperaties in Vlaanderen en daarbuiten. Wat vonden zij aan werkzame elementen? Een voordeel van zorgcoöperaties is dat ze kunnen werken tegen kostprijs. Er is geen sprake van externe aandeelhouders of van druk om financiële winst te behalen. Daardoor kan de zorg op een relatief goedkope manier geleverd worden, zonder dat er op kwaliteit hoeft te worden ingeleverd. Omdat er geen commerciële belangen spelen, kunnen zorgcoöperaties overleven in meer afgelegen of minder verstedelijkte gebieden.

Onderzoek in het buitenland laat ook zien dat de kwaliteit van de zorgverlening binnen coöperatieve modellen vergelijkbaar is met die van andere non-profit dienstverlening. De tevredenheid van zowel de (vaak professionele) zorgverleners als van de zorgontvangers is echter bij coöperaties over het algemeen groter. Italiaanse onderzoekers benadrukken het belang van de rol van vrijwilligers binnen zorgcoöperaties. Zij zorgen voor meer menselijke dienstverlening, maken maatwerk mogelijk én houden de kosten laag. Deze onderzoekers wijzen er ook op dat de coöperatieve vorm van dienstverlening erg op de consument gericht is: de klant beslist mee en bepaalt daarmee ook het aanbod (Gijselinckx et al. 2011). Van Opstal et al. (2014) beamen dit en noemen het vraaggestuurd kunnen werken als één van de kansen van coöperaties in wonen en zorg. De gebruikers zijn immers tegelijkertijd leden van de coöperatie, en kunnen zo aangeven waar behoefte aan is. De investeringen van leden in de coöperatie komen direct bij de gebruikers terug, omdat er binnen de coöperatie geen winstogmerk is. Daarnaast wordt er binnen zorgcoöperaties in het buitenland gebruik gemaakt van ervaringsdeskundigen en wordt de zorg afgestemd op de wensen van de cliënten. Hierdoor wordt de dienstverlening verzekerd en verbeterd (Gijselinckx et al. 2011). Niet altijd zijn de cliënten de leden van de coöperatie. Dat kunnen bijvoorbeeld ook familieleden zijn.

De knelpunten die de Vlaamse auteurs noemen zijn niet allemaal even relevant voor de Nederlandse situatie. Zorgcoöperaties in Vlaanderen zijn vooral vennootschappen, met aandeelhouders in plaats van leden (Van Beest 2014a). Knelpunten die Van Opstal et al. (2014) noemen, hebben veelal betrekking op de vennoten van de zorgcoöperatie. Wat zij zeggen over de financiering van de coöperatie is wel relevant: wanneer de financiële bijdrage aan de coöperatie te hoog wordt, kan dit de toegankelijkheid beperken. Voor sommige groepen zal deelname aan de coöperatie financieel niet op te brengen zijn. Dit leidt tot uitsluiting van bepaalde groepen.

De internationale literatuur geeft ons de volgende extra informatie over zorgcoöperaties:

- Inspraak van leden leidt tot beter maatwerk en daardoor tot grote tevredenheid bij zorgontvangers en bij dienstverleners;

- Een sleutelrol voor vrijwilligers, zodat de kosten laag blijven en de dienstverlening menselijk en op maat geleverd kan worden.

Een mogelijk risico dat naar voren komt is dat de financiële lasten van de coöperatie mogelijk niet voor iedereen te dragen zijn, wat kan leiden tot uitsluiting van bepaalde groepen.

### 3. Literatuur over burgerinitiatieven en actief burgerschap

Omdat de beschikbare (wetenschappelijke) literatuur over zorgcoöperaties beperkt is, gaat dit hoofdstuk in op wat er in bredere zin bekend is over burgerinitiatieven en actief burgerschap. Zo kunnen de bevindingen uit de eerste kleinschalige onderzoeken naar zorgcoöperaties getoetst worden. Dit hoofdstuk is opgebouwd aan de hand van de verschillende perspectieven die in het onderzoek van Tranzo centraal staan (Boumans et al. 2015), te weten:

1. Initiatiefnemers van burgerinitiatieven;
2. Professionele en vrijwillige zorgverleners;
3. Zorgontvangers;
4. Gemeente.

#### **Initiatiefnemers**

De opkomst van de mondige burger staat vaak centraal binnen de bredere literatuur naar burgerinitiatieven en actief burgerschap. Steeds vaker lijken burgers het heft in eigen hand te willen nemen, bijvoorbeeld bij energieopwekking, of het runnen van een buurthuis (van de Wijdeven et al. 2013). De bezuinigingen van de afgelopen jaren vormden een extra prikkel voor eigen initiatief en zelfsturing.

Het vorige hoofdstuk beschreef een aantal voorwaarden voor de oprichting van een zorgcoöperatie: het verdwijnen van voorzieningen in de eigen omgeving, een gemeenschappelijke doelstelling en geëngageerde initiatiefnemers. De bredere literatuur over burgerinitiatieven bevestigen de bevindingen uit het kleinschalige onderzoek naar zorgcoöperaties. Zo geven van Stokkom en Toenders (2010) aan dat onvrede en frustratie onder burgers, bijvoorbeeld over de manier waarop zij door de gemeente worden behandeld, een goede drijfveer kan zijn voor burgerinitiatief. Ook Hurenkamp et al. (2006) beschrijven dat burgerinitiatieven vaak ontstaan vanuit een probleem of een behoefte. Specht (2012) bevestigt dit, benoemt de noodzaak van een specifieke *trigger* om burgers echt tot actie aan te zetten. In het geval van de opkomst van burgercoöperaties in Nederland zou het verdwijnen van de voorzieningen in de omgeving als *trigger* gezien kunnen worden.

Denters et al. (2013) beschrijven dat doelgerichtheid van groot belang is bij het starten van een burgerinitiatief. Ook Van Xanten et al. (2011) vonden dit bij hun beschrijving van burgerinitiatieven: als mensen gezamenlijk graag iets willen (bereiken), kan dit zorgen voor de motivatie en 'drive' om in actie te komen.

Geëngageerde burgers zijn essentieel voor de slagingskans van burgerinitiatieven. Dit bleek eerder ook al uit de kleinschalige studies naar zorgcoöperaties in Nederland. Deze geëngageerde burgers worden vaak 'everyday makers' of 'kartrekkers' genoemd. Ze zorgen voor het verbinden en enthousiasmeren van diverse partijen. (Duyvendak & Uitermark 2006; Hendriks & Tops 2002).

Verschillende auteurs constateren dat de sociaaleconomische status van initiatiefnemers en andere participanten van een burgerinitiatief hoger is dan gemiddeld (Kanne et al. 2013; Hurenkamp et al. 2006). Dit beeld werd in het vorige hoofdstuk al enigszins genuanceerd door de kleinschalige studie van Van Beest (2013b). Bij de door hem onderzochte zorgcoöperatie in een dorp vervulden ook laagopgeleiden de rol van kartrekker. Denters et al. (2013) laten zien dat dat ook in de stad niet altijd het geval is. Uit hun onderzoek naar initiatiefnemers in Amsterdam bleek dat de helft middelbaar of laag opgeleid is en één derde een laag inkomen heeft. Van de Wijdeven et al. (2013) concluderen op basis van verschillende studies naar participatie dat er meer variatie in achtergrond is bij vrijwilligers binnen de 'doe-democratie' dan bij vrijwilligers in de zogenaamde 'deliberatieve democratie'. Bij burgerinitiatieven die meer gaan om doen dan om praten en overleggen, is meer diversiteit in opleidingsniveau, leeftijd en sociaal-culturele achtergrond. Een hoge sociaaleconomische status lijkt dus geen voorwaarde voor burgerinitiatief.

Hurenkamp et al. (2006) noemen ook het organisatie- en netwerktaent van de initiatiefnemers als voorwaarde voor een succesvol burgerinitiatief. Kanne et al. (2013) ondersteunen dit. Burgerparticipatie hangt volgens deze auteur vooral af van de hoeveelheid contacten die burgers al hebben in hun buurt. Ook Denters et al. (2013) benoemen een sterke buurtbinding als reden dat burgers zich inzetten voor hun buurt. Bolt & ter Maat (2005) vonden juist geen bewijs dat een groot sociaal netwerk ervoor zorgt dat burgers zich eerder inzetten voor de buurt. De rol van sociale cohesie bij het ontstaan van burgerinitiatieven is dus nog onduidelijk. Dit komt overeen van de bevindingen over zorgcoöperaties in het vorige hoofdstuk.

Denters et al. (2013) onderscheiden twee typen motieven om een burgerinitiatief te starten: doelgerichte motieven en sociale motieven. De doelgerichte motieven kwamen al eerder aan bod bij de voorwaarden voor het starten van een burgerinitiatief. Initiatiefnemers organiseren zich rond een bepaald doel, zoals het mogelijk maken dat ouderen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Buurt- of dorpsgenoten onderschrijven dit doel en sluiten zich aan bij het initiatief. De sociale motieven komen voort uit gevoelens van saamhorigheid. Mensen vinden het leuk of belangrijk om iets met of voor elkaar te doen. Tonkens & Verhoeven (2011) zien dit ook bij hun onderzoek naar burgerinitiatieven in Amsterdam. Zij zien dat de initiatiefnemers gemotiveerd worden doordat ze graag iets voor anderen willen betekenen en mensen met elkaar in contact willen brengen.

De casestudies van zorgcoöperaties lieten zien dat inspraak ook een motief was. Dit vinden we terug bij onderzoek naar burgerinitiatief en participatie. Bolt en ter Maat (2005) schrijven dat het gevoel beleid te kunnen beïnvloeden een sterk positieve invloed heeft op burgerparticipatie. Tonkens en Verhoeven (2011) concluderen dat de mogelijkheid invloed te kunnen uitoefenen een motief kan zijn om actief te worden. Volgens hen is dit motief echter doorgaans minder zwaarwegend dan sociale motieven. Financiële overwegingen komen in de literatuur over burgerinitiatieven in het algemeen niet terug. Dat leek soms wel te spelen bij zorgcoöperaties.

De literatuur over burgerinitiatieven wijst tot slot op het gevoel van trots en eigenaarschap van initiatiefnemers. Dit kwam niet zo sterk naar voren in de studies over zorgcoöperaties. Trots en eigenaarschap kunnen voorwaarden zijn voor het succes van initiatieven. Initiatiefnemers en leden zien het initiatief als iets van henzelf. Hierdoor ontstaat er een saamhorigheidsgevoel en energie om door te gaan (Vermeij et al. 2012). Uit de studies naar zorgcoöperaties bleek dat de toename van contacten tussen buurt- of dorpsgenoten ervaren wordt als een belangrijke opbrengst van een zorgcoöperatie. Tonkens en Verhoeven (2011) herkennen dit ook bij andere buurtinitiatieven. Bommeljé & Keijl (2014)

Beschrijven dit als het ontstaan van een *community*. Volgens Mars & Schmeets (2011) zorgt steviger sociale samenhang voor meer geluk bij buurt- of dorpsgenoten. Ook het doen van vrijwilligerswerk of het lidmaatschap bij een vereniging dragen hier aan bij. Penninx (2010) constateert dat ouderen het leuk vinden om zich vrijwillig in te zetten. Een zorgcoöperatie brengt deze elementen samen: leden kunnen vrijwilligerswerk doen in de *community*. De mogelijkheid bestaat daarmee dat het lidmaatschap van een zorgcoöperatie bijdraagt aan het geluk van buurt- of dorpsbewoners.

## **Zorgverleners**

Binnen een zorgcoöperatie is er naast de initiatiefnemers een grote rol weggelegd voor de zorgverleners. Deze zorgverleners kunnen zowel professionals zijn als vrijwilligers, en kunnen zelf ook weer lid zijn van de coöperatie. Bekkers (2005) deed onderzoek naar motieven om vrijwilligerswerk te doen. Hij concludeert dat meer dan de helft van de vrijwilligers het belangrijk vinden om andere mensen te helpen. Dit komt overeen met de uitkomsten van de studies naar zorgcoöperaties

Een ander motief voor vrijwillige zorg is wederkerigheid, ofwel de 'voor-wat-hoort-wat'-gedachte (Linders 2010). De vrijwillige zorg wordt verleend vanuit het idee dat de zorgverlener daar later (op korte of lange termijn) zelf iets voor terugkrijgt, zelf ook verzorgd zal worden als het nodig is. De RVZ (2013) wijst er op dat enige mate van wederkerigheid essentieel is voor onderlinge solidariteit: zonder wederkerigheid dooft dit uit. Een aantal beschrijvingen van zorgcoöperaties liet zien dat ook daar sommige leden hopen dat zij later zelf iets terug kunnen verwachten voor hun inzet.

Linders (2010) constateert dat buurtbewoners over het algemeen wel bereid zijn zich in te zetten, maar hier vaak mee wachten tot ze gevraagd worden. De WRR (2012) stelt dat het actief vragen en uitnodigen van mensen burgers aanzet tot participatie. Een beroep op een specifieke deskundigheid lijkt het beste



te werken. Het actief scouten van vrijwilligers zou dus een effectieve werkwijze kunnen zijn voor zorgcoöperaties. Het onderzoek van Baetens (2013) naar Elsendorp ondersteunt deze conclusie.

Uitermark stelt in een interview op [www.socialevraagstukken.nl](http://www.socialevraagstukken.nl) dat zorgverlening door vrijwilligers ook bepaalde risico's met zich meebrengt. Zo zou de continuïteit van de zorg niet gegarandeerd kunnen worden. Bijvoorbeeld omdat vrijwilligers wegens andere prioriteiten stoppen met zorg verlenen of omdat vrijwilligers werk willen doen dat zij leuk vinden. Hierdoor blijven minder leuke, maar ook noodzakelijke werkzaamheden misschien liggen (Ham 2012). Dat continuïteit in het geding is bij het werken met vrijwilligers is een oud argument. Uit een onderzoek naar samenwerking tussen speeltuinverenigingen en buitenschoolse opvang kwam juist het tegenovergestelde naar voren (Winsemius 1999). Beroepskrachten wisselen vaker van functie dan vrijwilligers, zo was de klacht daar. Het zijn juist vrijwilligers die voor continuïteit zorgen. Andere risico's van informele zorg zijn overbelasting van de vrijwilliger of onvoldoende professionele capaciteit (Struijs 2006). Van Bochove et al. (2014) merken op dat vrijwilligers niet zomaar alle taken van professionals kunnen overnemen. Dit vereist vrijwilligers met veel deskundigheid, veel tijd, een sterke buurtbinding, genoeg stabiliteit en een goede gezondheid. In de meeste situaties zal het aanbod van geschikte vrijwilligers beperkt zijn. Professionele ondersteuning is onontbeerlijk.

Volgens Zwart-Olde et al. (2013) is een goede verdeling van zorgtaken tussen formele en informele zorgverleners een voorwaarde voor goede samenwerking. Hetzelfde geldt voor afspraken over de regie over de zorg. Vaak is er echter (nog) geen overleg tussen formele en informele zorg. Ook Meijs (2014) pleit voor een duidelijke werkverdeling tussen beroepskrachten en vrijwilligers, omdat professionals en vrijwilligers elk op andere gebieden waardevol zijn. Vrijwilligers staan met hun eigen ervaring en menselijke benadering vaak dichterbij de cliënt. Professionals hebben vaak meer kennis en kunde en zijn juist goed in het behouden van enige afstand. In sommige (privacy gevoelige) situaties is dát juist wenselijk (Meijs 2014).

Ook de WRR (2012) besteedt aandacht aan de raakvlakken tussen burgerinitiatief en (vaak langer bestaande en vooral professionele) maatschappelijke organisaties. Wanneer een burgerinitiatief zich begeeft op het werkveld van een maatschappelijke instelling, dan kan er concurrentie ontstaan. Soms ook wordt het burgerinitiatief opdrachtgever van bijvoorbeeld een welzijnsorganisatie. Verschillen in benadering en werkwijze kan tot frictie leiden, maar ook positief uitpakken. Het werken met vrijwilligers kan bijvoorbeeld zorgen voor extra flexibiliteit van de zorg en meer ruimte voor de deskundigheid van professionals (De Jong 2014).

Van Bochove et al. (2014) laten zien hoe de verhouding tussen beroepskracht en vrijwilligers afhankelijk is van verschillende factoren. Met name bij zwaardere zorg (zoals verpleegzorg) pleiten zij op basis van hun onderzoek voor een model waarbij de verantwoordelijkheid bij de professionals ligt. Vrijwilligers werken aanvullend aan de beroepskrachten. Deze manier van werken biedt volgens de auteurs de meeste continuïteit, geeft de meeste mogelijkheden om (beleidsmatig) te sturen (bijvoorbeeld op kwaliteit) en biedt ook ruimte aan kwetsbare vrijwilligers. De keerzijde van dit model is dat het voor vrijwilligers die graag zelfstandig werken, of dat willen leren, weinig te bieden heeft. Voor zorgcoöperaties roept het onderzoek van Van Bochove et al de vraag op waar de grenzen liggen. Welke

zorgtaken kunnen aan vrijwilligers overgelaten worden? En waarvoor heb je toch echt een professional nodig? Omdat er op dit moment nog niet veel bekend is over de verhouding tussen formele en informele zorgverleners binnen zorgcoöperaties zou het nuttig zijn hier verder onderzoek naar te doen. Formele zorgorganisaties in de omgeving van de coöperatie zou hier ook bij betrokken moeten worden.

## **Zorgontvangers**

Uiteindelijk gaat het ook bij zorgcoöperaties om het verlenen van goede zorg. De ervaringen van de ontvangers van zorg zijn dan ook van het grootste belang. Voor zorgontvangers is het contact met vrijwilligers van groot belang, zo laat onderzoek van Metz et al. (2012) zien. Vrijwilligers gaan relatief makkelijk persoonlijke, vertrouwelijke relaties aan met degene voor wie ze zich inzetten.

Zorgontvangers zien vrijwilligers vaak als gelijkwaardig. Dat maakt persoonlijk contact gemakkelijker dan met formele zorgverleners. Daarnaast bieden vrijwilligers (een gevoel van) nabijheid aan de ontvanger. Dit is een voorwaarde om mee te kunnen leven met iemand en een band op te bouwen. De informele relatie tussen vrijwilliger en zorgontvanger zorgt er bovendien voor dat de vrijwilliger als onafhankelijk wordt beschouwd, niet gebonden aan de belangen van de organisatie waarvoor zij of hij werkt. Vrijwilligers kunnen flexibeler zijn en zijn minder aan regels gebonden. Tot slot is vrijwillige zorg volgens Metz toegankelijk en biedt het continuïteit. Dit laatste is in tegenspraak met de uitspraken van Uitermark (Ham 2012) in de vorige paragraaf.

Linders (2010) noemt als knelpunt bij informele zorg het optreden van vraagverlegenheid. Mensen vinden het vaak moeilijk om zorg te vragen aan bekenden. Dat houdt in dat zij ondanks hun zorgbehoefte niet om hulp vragen, bijvoorbeeld omdat zij denken niets terug kunnen doen (Linders 2010).

Witter en Van den Beld (2012) merken op dat het voor professionals vaak lastig is de echt kwetsbare groep zorgvragers te vinden, terwijl zij de grootste zorgbehoefte hebben. Deze (vaak oudere) mensen hebben soms een beperkt sociaal netwerk en nemen zeer beperkt deel aan sociale of maatschappelijke activiteiten in hun. De huidige nadruk op doe-het-zelf-zorg brengt het risico met zich mee dat deze groepen niet in beeld komen bij vrijwillige dan wel professionele hulpverleners.

Van Xanten et al. (2012) bespreken in hun verslag van een bijeenkomst tussen betrokkenen bij burgerinitiatieven dat het van belang is te werken vanuit de behoefte van de burgers. Zo sluit de geboden zorg goed aan op de wensen van bewoners. zorgvragers krijgen meer zorg op maat krijgen, in plaats van dat zij moeten maken van een generiek aanbod aan diensten. In een van de casestudies van zorgcoöperaties kwam dit ook naar voren. Een cliënt noemde als groot voordeel van de coöperatie dat de zorg aangepast was aan haar behoeften.

## Rol van de gemeente

Uiteraard is ook de lokale beleidscontext belangrijk voor de slagingskans van burgerinitiatieven. De landelijke overheid en gemeenten kunnen het succes van een initiatief ondersteunen maar ook breken. Wetten en regels worden door initiatieven vaak als belemmerend ervaren. Overheden kunnen (ongewild of ongemerkt) een hindermacht vormen voor enthousiaste burgers. De WRR (2012) wijst er op dat burgerinitiatieven niet vanzelfsprekend stroken met overheidsbeleid. Sterker nog, ze kunnen voortkomen uit onvrede met wat de overheid doet. Of niet doet. Ook het ongrijpbare karakter van burgerinitiatieven kan er voor zorgen dat beleidsmakers soms afhoudend reageren.

Het tegenovergestelde komt ook voor. Een burgerinitiatief past uitstekend in gemeentelijk beleid. Het wordt omarmd door ambtenaren, raadsleden, de wethouder. Metz (2006) wijst op het gevaar van overname. Ambtenaren of sociale professionals gaan met het initiatief op de loop. Kanne et al. (2013) laten zien dat actieve burgers niet altijd gediend zijn van een betrokken overheid. Volgens deze onderzoekers geldt dat vooral voor burgers uit armere wijken met een hoge sociale cohesie. De waarde van bottom-up initiatieven zit er juist in dat burgers de vrijheid nemen om zelf iets te organiseren. Hurenkamp et al. (2006) merken op dat bij de coöperatieve initiatieven die zij onderzochten wel behoefte was aan aandacht van de overheid. Daarmee krijgen de betrokken burgers het idee dat de overheid het initiatief opmerkt en serieus neemt. De onderzoekers spreken in dit kader van een zelfbewuste overheid, die uitnodigend en betrokken is. Coninx et al. (2013) merken op dat burgers die zelf kansen grijpen en iets aanpakken of regelen, juist sterker betrokken zijn bij overheidsbeleid. Burgerparticipatie zou de kloof tussen burger en overheid verkleinen.

Het is dus de vraag welke positie de overheid moet innemen ten opzichte van burgerinitiatieven. Aan de ene kant moet ze niet teveel sturen of overnemen. Aan de andere kant lijkt een zekere mate van aandacht gewenst. Van Xanten et al. (2012) spreken van een overheid die moet faciliteren, maar niet moet overnemen. De gemeente laat zo zien dat ze vertrouwen heeft in de burger, zodat deze gestimuleerd wordt door te gaan. Ook de WRR (2012) benadrukt deze rol. Volgens Van Xanten et al. kunnen gemeenten een verbindende rol vervullen. Bijvoorbeeld door contact te leggen tussen initiatiefnemers en andere partijen. De gemeente kan (goede) samenwerking stimuleren. In de kleinschalige studies naar zorgcoöperaties in Nederland bleek al dat een dorpsondersteuner een grote rol kan spelen in het succes van een coöperatie. Van Xanten et al. suggereren dat de gemeente de ondersteuner zou kunnen financieren. Van de Wijdeven et al. (2013) spreken over een overheid die 'rugdekking' biedt, die initiatiefnemers waar nodig ondersteunt maar niet teveel aan dringt op formele procedures en regels. Oude-Vrielink & Verhoeven spreken in dit kader van een overheid die 'aanvult' en de eigen kracht van burgers versterkt (2011).

Beltman et al. (2014) stellen tot slot dat het de taak is van de gemeente om te stimuleren dat kwetsbare groepen bij burgerinitiatieven betrokken worden. Ook Hurenkamp et al. (2006) benadrukken dat de overheid een rol kan spelen bij de vertegenwoordiging van de wensen van alle burgers. Zo kan het gebeuren dat bepaalde (kwetsbare) groepen niet bereikt worden door een zorgcoöperatie, bijvoorbeeld omdat zij geen wederdienst zouden kunnen leveren (Witter & Van den Beld 2012). Bovendien zoeken

bij initiatieven vaak gelijkgestemden elkaar op, waardoor er uitsluiting kan optreden (Penninx & Witter 2013). De overheid kan proberen burgerinitiatieven te verleiden op een inclusieve manier te werken.

#### **4. Conclusies**

Dit literatuuronderzoek is een momentopname van een fenomeen dat sterk in ontwikkeling is. Zorgcoöperaties zijn in opkomst in Nederland. Er is nog nauwelijks onderzoek naar gedaan. Het onderzoek dat wij in het najaar van 2014 vonden, was vooral beschrijvend. Per studie werden enkele casussen gepresenteerd. Deze casusbeschrijvingen geven echter wel enige informatie over mogelijke stimulerende en belemmerende factoren.

Zorgcoöperaties ontstaan omdat een groepje betrokken en enthousiaste mensen een probleem signaleren en een gezamenlijk doel formuleren. Het probleem heeft doorgaans te maken met voorzieningen die ontoereikend zijn. Het doel heeft te maken met de wens om zo lang mogelijk in de vertrouwde omgeving te kunnen blijven wonen. De aantrekkingskracht van de coöperatievorm lijkt in de eerste plaats te liggen in het voor-ons-door-ons karakter. Dit komt tegemoet aan een gevoel van saamhorigheid en bekrachtigt dit tegelijkertijd. De coöperatie levert de deelnemers veel op: zinvol vrijwilligerswerk, flexibele zorg op maat en dichtbij huis. Ook de dienstverlening op maat wordt als voordeel gezien: vraaggestuurd, nabij, flexibel.

De inzichten uit de casusstudies worden ondersteund en verdiept door onderzoek naar burgerinitiatieven in het algemeen. Onze literatuurscan laat vooral zien dat er nog veel onontgonnen onderzoeksterrein is als het om zorgcoöperaties gaat. Thema's die vooral naar voren komen zijn de volgende.

Omdat zorgcoöperaties nog niet zo lang bestaan, valt er nog weinig te zeggen over factoren die hun voortbestaan beïnvloeden. Op grond van de literatuur kunnen in ieder geval twee aandachtsgebieden worden aangewezen: de continuïteit van de organisatie en daarmee samenhangend de betrokkenheid van de leden. Wat gebeurt er wanneer het enthousiasme van de initiatiefnemers begint uit te doven? Hun energie en inzet is van het grootste belang geweest bij de start en opbouw van de coöperatie. Het in gang houden vergt een andere benadering, een andere houding, andere mensen wellicht. En hoe houd je de leden, die tevens vrijwilligers zijn, betrokken en actief? En ook: hoe kan wederkerigheid, de essentie van een coöperatie, vertaald worden in alle aspecten van de organisatie?

Het functioneren van zorgcoöperaties valt of staat met een goede afstemming en samenwerking tussen formele en informele zorg. Dat geldt zowel binnen de coöperatie als tussen de coöperatie en aanbieders van formele zorg en ondersteuning. Hoe werken beroepskrachten en vrijwilligers zo goed mogelijk samen? Welke taken laten zich het best door vrijwilligers uitvoeren? En voor welke taken zijn professionals het meest geschikt? Wat is er voor nodig om goed samen te werken met gevestigde,

professionele organisaties als zorginstellingen en welzijnsorganisaties? Hiernaar is al op verschillende plaatsen onderzoek gedaan. Het is nuttig de resultaten van dit onderzoek te toetsen aan zorgcoöperaties.

Inclusie is een aandachtspunt voor zorgcoöperaties. De coöperatievorm is per definitie exclusief: wie geen lid is, doet niet mee. Niet alle zorgcoöperaties lijken dit uitgangspunt even stringent te hanteren. Hoe hiermee om te gaan, wat de voor- en nadelen zijn, hoe het uitgewerkt wordt, naar deze aspecten van zorgcoöperatie is voor zover wij weten nog geen onderzoek gedaan. Het exclusieve karakter van de coöperatievorm roept ook de vraag op of bepaalde groepen wel gezien worden. En of het erg is als dat niet gebeurt. Deze vragen worden wellicht in een stad anders beantwoord dan in een dorp, vanwege de aanwezigheid van alternatieven voor de zorgcoöperatie.

De rol van en samenwerking met gemeenten en (andere) financiers (zoals zorgverzekeraars) is het laatste thema waar volgens ons meer kennis over vergaard zou moeten worden. Aan de ene kant zijn er de zorgcoöperaties die voor hun functioneren en voortbestaan afhankelijk zijn van op zijn minst financiering. Welke vormen van financiering passen bij de coöperatievorm? Is het nodig of wenselijk om concessies te doen aan de principes van de coöperatie om financiering te garanderen? Aan de andere kant zijn er de gemeenten en andere partijen. Welke eisen kunnen gesteld worden aan zorgcoöperaties, bijvoorbeeld als het gaat om de kwaliteit van zorg, verantwoording of om inclusie? Wat moet je doen - en laten - om het enthousiasme, de eigengereidheid en zelfstandigheid van het initiatief niet in de kiem te smoren?

Zorgcoöperaties voegen een nieuwe dimensie toe aan een zorglandschap dat lange tijd gedomineerd werd door vaak grote, vaak anonieme, sterk geprofessionaliseerde zorgorganisaties. Toekomstig onderzoek zou ons inziens vooral inzichtelijk moeten maken wat de toegevoegde waarde is van deze nieuwe dimensie. En liefst bieden de uitkomsten van dit onderzoek handvatten voor alle betrokken partijen om deze nieuwe vorm van zorg tot volle wasdom te laten komen.

## Literatuurlijst

- Baetens, T. (2013) *Ik is niks. Over vitale coalities rond wonen, zorg en leefbaarheid*. Den Haag: Uitgeverij SEP.
- Beest, R. van (2014a) *Inventarisatie zorgcoöperaties 2014*. Utrecht: Aedes-Actiz kenniscentrum Wonen-zorg.
- Beest, R. van (2014b) *Gemotiveerde burgers in stad en land*. Stageproduct Onderzoeksverslag Burgercollectieven. Utrecht: Aedes-Actis. ICA.

- Bekkers, R. (2005) Geven van tijd: vrijwilligerswerk. In : Schuyt, Th. N. M. & Gouwenberg, B.M., *Geven in Nederland 2005: Giften, Legaten, Sponsoring en Vrijwilligerswerk*. Den Haag:: Elsevier Overheid, pp. 80-92.
- Beltman, H. Sok, K., Lucassen, A., Royers, T. (2014) *Kennisdossier 3: Burgerprojecten in zorg en welzijn*. Aandacht voor iedereen.
- Bochove, M. van, Duyvendak, J.W., Ent, B. van der, Gemert, E. van Roggeveen, S., Tonkens, E., Verhoeven, M. & Verplanke, L. (2014) *Kunnen we dat niet aan vrijwilligers overlaten?* Onderzoeksbriefing. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam
- Bolt, G. & Maat, R. ter (2005) Onderzoeksdossier Participatie in de Buurt. In: *Tijdschrift voor de volkshuisvesting*, 6, p. 56-62
- Bommeljé, Y. & Keijl, T. (2014). Burgers nemen het heft in eigen hand. Zorgcoöperaties succesvol in kleine dorpen en grote steden. In: *Sociaal bestek*, jaargang 76, nr. 3, p.22-25
- Boumans, J., Swinkels, W., Luijkx, K., Oomens, S., Goor, I. van de, Schoorl, R., Winsemius, A. (2015) *Gedeeld Eigenbelang*. Een verkennend onderzoek naar werkzame en belemmerende factoren van zorgcoöperaties. Tilburg: Tranzo departement van TSB, Tilburg University
- Coninx, I., Kruit, J. & During, R. (2013) *De ongehoorzame overheid*. Een verkenning van gemeentelijke overheden over burgerinitiatieven. Deel drie in de reeks: Zo doen wij dat hier. Wageningen: Alterra
- Denters, S.A.H., Tonkens, E., Verhoeven, I. & Bakker, J.H.M. (2013) *Burgers maken hun buurt*. Den Haag: Platform 31
- Dictus, D. (2013) *Interviews zorgcoöperatie Austerlitz zorgt*. Stageproject collective action. Utrecht: Universiteit Utrecht/Aedez-Actis. .
- Duyvendak, J.W. & Uitermark, J. (2006). *Sociale Integratie .. straat aanpak in de praktijk*. Rotterdam: Essay: Mensen maken de stad.
- Gijssels, C. (2013) De revival van de coöperatie. *Zorgcoöperaties: zorg voor Coöperaties*. In: *Sampol*, jaargang 72, nr. 4, p. 72-77
- Gijssels, C., Coates, A. & Deneffe, P. (2011), *Coöperatieve antwoorden op maatschappelijke uitdagingen*. Leuven: HIVA-KU Leuven
- Ham, M. (2012) *Hoogleraar Justus Uitermark: "Zelforganisatie is inspirerend, maar mislukt ook vaak."* <http://www.socialevraagstukken.nl/site/interview/hoogleraar-justus-uitermark-zelforganisatie-is-inspirerend-maar-mislukt-ook-vaak/>
- Hendriks, F. & Tops, P.W. (2002) *Het sloeg in als een BOM: Vitaal stadsbestuur en modern burgerschap in een Haagse Stadsbuurt*. Tilburg: Universiteit Tilburg

- Hurenkamp, M., Tonkens, E. & Duyvendak, J.W. (2006) *Wat burgers bezielt, een onderzoek naar burgerinitiatieven*. Amsterdam/Den Haag: UVA/NICIS
- Jacobs, L. & Gijssels, C. (2011), *Coöperaties in de zorg: waar maatschappelijke en economische winst elkaar ontmoeten*. E-note 12 van het Cera Steunpunt Coöperatief ondernemen. Leuven: Hiva-KU Leuven i.s.m. Cera
- Jong, E. de (2014). *Vraaggericht en het initiatief bij de cliënt. Zorgcoöperatie Tot uw dienst, Gemeente Laarbeek*. Webpublicatie. Utrecht: Aedes-Actiz Kenniscentrum wonen Zorg.
- Kanne, P., Berg, J. van den & Albeda, H. (2013) *Niet iedereen is toe aan de 'participatiesamenleving'. Handreiking voor een gesegmenteerde doe-democratie-strategie*. Amsterdam: TNS NIPO
- Linders, E.A.H.M. (2010) *De betekenis van nabijheid. Een onderzoek naar informele zorg in een volksbuurt*. Universiteit van Tilburg: Proefschrift
- Mars G, Schmeets H. (2011) *Meer sociale samenhang, meer geluk? Bevolkingstrends 3e kwartaal 2011*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Meijs, L. (2014) Kiezen tussen vaste kracht en vrijwilliger. Vrijwilligers en werknemers kunnen elkaar aanvullen. In: *Bestuur Rendement*, jaargang 17, p. 4-5
- Metz, J. (2006) De tweeledige werking van intermediairen voor burgerparticipatie; Onderzoek naar de betekenis van de vrijwilligersondersteuning van de vereniging Humanitas voor burgerschap. Amsterdam: SWP.
- Metz, J., Meijs, L., Roza, L., Baren, E. van, Hoogervorst, N. (2012) Grenzen aan de *civil society*. In: Jumelet, H. & Wenink, J. (red) *Zorg voor onszelf? Eigen kracht van jeugdigen, opvoeders en omgevingsgrenzen en mogelijkheden voor beleid en praktijk*. Amsterdam: SWP Amsterdam.
- Opstal, W. van (2008) Coöperaties in de Social Profit? Een verkenning. In: *Social Profit Jaarboek Vlaanderen 2008-2009*. Ed. Verso. Antwerpen: Standaard Uitgeverij.
- Opstal, W. van, Coates, A. & Uddin, I. (2014) *Bouwstenen voor coöperatief ondernemen in Vlaanderen*. ESFT-Agentschap Vlaanderen vzw.
- Oude Vrielink, M. & Verhoeven, I. Burgerinitiatieven en de bescheiden overheid. In: *Beleid en Maatschappij*, jaargang 38, p. 377-387
- Penninx, K. & Witter, Y. (2013) Ouder worden in de doe-democratie. Succesvolle burgerinitiatieven komen hindernissen tegen en vooruitgangsvallen. In: *Geron*, jaargang 15 nr. 3, p. 30-33.
- Penninx, K. (2010) *Zin in Meedoen. Werkzame principes voor het stimuleren van vrijwillige inzet van mensen in de derde levensfase*. Utrecht: Movisie.

- RVZ - Raad voor volksgezondheid en zorg (2013) *Het belang van wederkerigheid... ... solidariteit gaat niet vanzelf!* Den Haag: RVZ
- Specht, M. (2012) *Het pragmatisme van De Pragmatiek van Burgerparticipatie. Hoe burgers omgaan met complexe vraagstukken omtrent veiligheid, leefbaarheid en stedelijke ontwikkeling in drie Europese steden.* Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.
- Stokkom, B. van & Toenders, N. (2010) *De sociale cohesie voorbij. Actieve burgers in achterstandswijken.* Amsterdam: Amsterdam University Press
- Struijs, A.J. (2006) *Informeel zorg: het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de langdurige zorg.* Zoetermeer: RVZ
- Tonkens, E.H. & Verhoeven, I. (2011) *Bewonersinitiatieven: proeftuin voor partnerschap tussen burgers en overheid. Een onderzoek naar bewonersinitiatieven in de Amsterdamse wijkaanpak.* Amsterdam: Universiteit van Amsterdam/AISSR
- Vermeij, L., van Houwelingen, P. & Hart, J. de (2012) Verantwoordelijk voor de eigen buurt. In: Veldheer, V., Jonker, J.J., Noije, L. van, Vrooman, C. (red). *Een beroep op de burger. Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid?* Sociaal en Cultureel Rapport 2012. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Wijdeven, T. van de, Graaf, L. de & Hendriks, F. (2013) *Actief burgerschap. Lijnen in de literatuur.* Tilburg: Tilburgse school voor politiek en bestuur.
- Winsemius, A. (1999) *Speeltuinen en Buitenschoolse Opvang: een onderzoeksverslag.* Utrecht: NUSO.
- Witter, Y. & Beld, H. van den (2012) Doe het lekker zelf! Maar vergeet de kwetsbaren niet. Ontwikkelingen in wonen, welzijn & zorg. In: *Geron*, jaargang 14, nr. 1, p. 56-59.
- WRR - Wetenschappelijke raad voor het overheidsbeleid (2012) *Vertrouwen in burgers.* Amsterdam: Amsterdam University Press
- Xanten, H. van, Schonewille, J., Engelen, J. & van de Maat, J.W. (2011). *Sterke verhalen, Burgerinitiatieven voor voorzieningen in kleine dorpen.* Utrecht: Movisie.
- Zwart-Olde, I., Jacobs, M, Broese van Groenou, M. & van Wieringen, M. (2013) *Samen zorgen voor thuiswonende ouderen. Onderzoeksrapportage over de samenwerking tussen mantelzorgers, professionals en vrijwilligers in de thuiszorg.* Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam



## **Bijlage: Verantwoording van de onderzoeksmethode**

Het startpunt voor de literatuuranalyse was de literatuur waarnaar verwezen is in de subsidieaanvraag van het onderzoek van Tranzo, waaronder de inventarisatie van zorgcoöperaties in Nederland van Van Beest (2014a). Vervolgens is gezocht binnen verschillende databases, zoals de Movisie literatuurcatalogus en 'google scholar' naar de term 'zorgcoöperaties', 'coöperaties' en de Engelse term 'coöperations'. Relevante literatuur is geselecteerd voor een 'long list'. De literatuurlijsten van deze publicaties leidden ook weer naar andere relevante artikelen, De literatuur is dus deels via een 'sneeuwbalmethode' verzameld. Ook de website van Aedes-Actiz, Kenniscentrum Wonen-Zorg<sup>3</sup> was van nut bij het zoeken naar literatuur over zorgcoöperaties. De meeste studies over zorgcoöperaties in Nederland zijn hierop te vinden.

Voor de zoektocht naar literatuur over burgerinitiatieven en actief burgerschap is gezocht naar een aantal sleutelpublicaties die een overzicht bieden van wat er op dit moment over dit thema bekend is. Vooral 'Actief burgerschap: Lijnen in de literatuur' van Van de Wijdeven et al. (2013) is van waarde geweest. De literatuurlijsten van deze publicaties boden weer zicht op nieuw relevant materiaal. Aanvullend is ook binnen bovengenoemde databases gezocht naar literatuur over burgerinitiatieven. Alle mogelijk relevante literatuur met betrekking tot dit onderwerp is opgenomen in een 'long list'.

---

<sup>3</sup> [http://www.kcwz.nl/dossiers/lokale\\_kracht](http://www.kcwz.nl/dossiers/lokale_kracht)