

Visienota

Nieuw professionalisme in zorg en
ondersteuning als opgave voor de toekomst

Een oriënterend kader

Brussel, 17 december 2015

Adviestermijn: Advies op eigen initiatief

Goedkeuring/bekrachtiging raad: 17 december 2015, unaniem

Inhoud

Inleiding	4
Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst – oriënterend kader	6
1. Kwaliteit van leven in de postmoderne samenleving	6
1.1. Een veranderende samenleving	6
1.2. Kwaliteit van leven	9
1.3. Op zoek naar antwoorden.....	11
1.3.1. Een meer generalistische benadering nodig.....	11
1.3.2. Verbinding als voorwaarde voor autonomie.....	13
1.4. De persoon met zorgbehoefte en de burger.....	14
2. Wat verwachten we van de professional?	16
2.1. De professional in zorg en ondersteuning	16
2.2. Generalistische competenties	17
2.3. De essentie van het professioneel handelen in zorg en ondersteuning	19
2.3.1. Kwaliteit van leven als inzet van de zorg- en ondersteuningsrelatie	19
2.3.2. Ondersteunen van zelfzorg	25
2.3.3. Zorg en ondersteuning delen met mantelzorgers	27
2.3.4. Sociale cohesie versterken	28
2.3.5. Sensitief zijn voor diversiteit	30
2.3.6. Technologie en ICT inzetten.....	32
2.4. It takes two to tango of het perspectief van de professional	33
2.5. De superprofessional? Of ligt de toekomst in het samenwerken?	34
Bibliografie	36

Inleiding

De begrippen integrale zorg en ondersteuning en (een welbegrepen) vermaatschappelijking hebben de laatste jaren hun weg gevonden naar vele studies, congressen en beleidsteksten. De geesten zijn gerijpt. Er worden initiatieven genomen in de richting van meer integrale zorg en ondersteuning (IZO) zowel door het werkveld als door het beleid. Toch krijgt integrale zorg en ondersteuning niet voldoende voet aan de grond. De persoon met zorgbehoefte ervaart nog geen integrale zorg en ondersteuning zoals wij dat echt bedoelen. De vraag die wij ons nu moeten stellen is **hoe we integrale zorg en ondersteuning op kruissnelheid brengen**. Welke acties zijn hiervoor nodig?

Het dominante (acute biomedisch) zorgmodel dat we vandaag kennen, verhindert de volledige uitrol van integrale zorg en ondersteuning. Dat heeft de SAR WGG al beschreven in de visienota Integrale zorg en ondersteuning (7 december 2012, p.14). Het is **tijd voor een fundamenteel ander integraal zorg- en ondersteuningsmodel** dat de paradigmashift maakt van probleemgerichte naar **doelgerichte zorg en ondersteuning** en dus ook van een aanbodgestuurd naar een **persoons- en behoeftegericht model**.

Deze paradigmashift - die samengaat met een tendens naar meer vermaatschappelijking - kan enkel plaatsvinden als hij tegelijk tot verschillende maatschappelijke systemen doordringt. Systemen die met elkaar in verbinding staan: het politieke bestel, het onderwijs, de huisvesting, de arbeidsmarkt, de gezondheidszorg, de sociale zekerheid met inbegrip van maatschappelijke dienstverlening, ze kunnen slechts samen integrale zorg en ondersteuning realiseren.

In voorliggend advies zoomt de SAR WGG eerst in op de professional. De raad meent immers dat **bij de professional zelf een belangrijke sleutel ligt om de paradigmashift te maken**. We verwachten dat professionals zorg en ondersteuning kunnen bieden die gericht is op kwaliteit van leven, gericht op het ondersteunen van personen met zorgbehoefte (en hun naaste omgeving) in hun functioneren en leven in én participeren aan de samenleving. Professionals zullen hiervoor moeten toegerust worden met nieuwe, meer generalistische competenties.

Opdat professionals die nieuw verworven competenties ook optimaal kunnen inzetten, moet de context waarin ze zullen werken de nodige ruimte laten en mogelijkheden scheppen. We zullen daarom ook onderzoeken **hoe de systemen onderwijs en arbeidsmarkt zich best aanpassen** om deze nieuwe professionals te vormen, ruimte te geven, te ondersteunen, gemotiveerd en betrokken te houden. In onderwijs worden immers de professionals opgeleid die de paradigmashift, in een daarvoor ontvankelijke zorg- en ondersteuningssector, mee zullen moeten realiseren.

Tegelijk is de vraag aan de orde **hoe het beleid integrale zorg en ondersteuning kan faciliteren en aansturen**. Dat we een nieuw perspectief op zorg en ondersteuning nodig hebben, werd de voorbije jaren door velen aangetoond. Het is aan het politieke bestel (regering en parlement) om de maatschappelijke doelstellingen voor zorg en ondersteuning te bepalen. Het beleid heeft daarbij via regelgeving en financiële incentives de mogelijkheid om maatschappelijke systemen ertoe te bewegen dat nieuw perspectief, die paradigmashift mee te verwezenlijken.

Voorliggend document bevat **DEEL 1** van de oefening: het oriënterend kader. Hoe functioneren professionals best met het oog op integrale zorg en ondersteuning? Dit deel moet samen gelezen worden met de visie op integrale zorg en ondersteuning die de raad eind 2012 schetste. We geven hier invulling aan wat integrale zorg en ondersteuning voor de professional kan betekenen. We citeren waar nodig uit de visienota IZO in de rode kaderteksten.

Deel 1 wordt als visietekst van de SAR WGG verspreid. Het is voor de raad een nuttig document dat als kader zal dienen om Deel 2 uit te werken, maar ook om in debat te gaan met andere spelers. Op basis van voortschrijdend inzicht kan het document in de toekomst nog worden bijgesteld.

DEEL 2 wordt in een volgende fase uitgewerkt (januari tot mei 2016) en zal inzoomen op hoe we de voorgestelde visie kunnen realiseren. Het is immers niet de intentie om alle verantwoordelijkheid voor het realiseren van integrale zorg en ondersteuning bij de professional alleen te leggen. Professionals in zorg en ondersteuning werken niet in een vacuüm. Zowel de arbeidsmarkt, het onderwijs als het overheidsbeleid hebben een enorme opdracht voor zich liggen om de omstandigheden waarin professionals worden opgeleid en zullen werken ontvankelijk te maken voor het bieden van integrale zorg en ondersteuning. We zullen daarom in DEEL 2 drie domeinen behandelen: anders werken, anders vormen en opleiden en anders aansturen. We zullen per domein onderzoeken hoe ze integrale zorg en ondersteuning kunnen bevorderen (en niet afremmen). We bekijken waar het (soms nog) fout loopt. We zullen daarbij een aantal hinderpalen schetsen en aanbevelingen doen om deze hinderpalen aan te pakken.

De raad is er zich van bewust dat bepaalde obstakels hardnekkig zijn. Ze zitten ingebakken in tradities en zijn vaak vertaald in bindende afsprakenkaders en regelgeving. De SAR WGG heeft niet de ambitie om tabula rasa te maken, maar wil vooral de gedachten oriënteren naar een gemeenschappelijk perspectief in de toekomst. Dat maakt dat sommige projecten die worden voorgesteld op korte termijn realiseerbaar zijn, terwijl andere veel meer tijd, overleg en inspanning zullen vragen.

De SAR WGG heeft de ambitie om het **kader** te schetsen dat aangeeft **wat wij in de toekomst verwachten van professionals in functie van de visie op integrale zorg en ondersteuning**. Hoe functioneren professionals best om integrale zorg en ondersteuning te bieden en om de vermaatschappelijking van de zorg mee waar te maken?

Aangeven wat we verwachten van professionals in zorg en ondersteuning kan niet zonder ook aan te geven **wat we van het onderwijs, de arbeidsmarkt en het beleid verwachten om professionals te ondersteunen en ruimte te geven voor het bieden van integrale zorg en ondersteuning**.

Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst – oriënterend kader

1. Kwaliteit van leven in de postmoderne samenleving

We leiden in dit hoofdstuk het thema in. In onze complexe samenleving zijn de verwachtingen van burgers en personen met zorgbehoefte en hun naaste omgeving sterk veranderd. De 'oude' antwoorden voldoen niet altijd meer. We moeten op zoek naar een nieuwe benadering van zorg en ondersteuning. We geven ook aandacht aan de begrippen persoon met zorgbehoefte en burger die we in deze tekst zullen gebruiken.

1.1. Een veranderende samenleving

In de visienota Integrale Zorg en Ondersteuning (7 december 2012, p.7-12) beschreef de SAR WGG de wijzigingen in onze samenleving die een nieuw perspectief op zorg en ondersteuning en een heroriëntering van het zorgsysteem nodig maken.

De atomisering van de samenleving door een wijziging van de gezinsstructuren en minder stabiele gezinsrelaties, veranderingen op de arbeidsmarkt met een afname van de vraag naar ongeschoolde arbeid, de vergrijzing van de samenleving en een recente vergroening met specifieke socio-demografische kenmerken, de toename van chronische aandoeningen en multimorbiditeit, de toenemende etnisch-culturele diversiteit, de toenemende welvaart met daarbinnen een toenemende sociale ongelijkheid en armoede, wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen, economische ontwikkelingen in de richting van meer marktwerking, globalisering en glocalisering, individualisering.

Individualisering: De levensweg van elk individu wordt losgekoppeld van voorgegeven bepalingen en in handen gegeven van dat individu. Dat zorgt voor meer zelfbeschikking, maar het gaat tegelijk ook over het 'moeten' leiden van een eigen onafhankelijk leven, buiten de traditionele leefverbanden, maar binnen de standaarden van markt, staat en peer-groep. Dit is, in het bijzonder voor meer kwetsbare burgers, niet vanzelfsprekend. Dit betekent aan de ene kant emancipatie, maar aan de andere kant veel onzekerheid. Er ontstaat een nieuwe maatschappelijke breuklijn: tussen de mensen die erin slagen hun keuzevrijheid te benutten en de anderen die hiervoor het nodige menselijke kapitaal missen.

- Burgers zijn mondiger en assertiever geworden en hebben hoge verwachtingen wat betreft de aangeboden zorg en ondersteuning. Personen met chronische aandoeningen en mensen met complexe levensproblemen hebben daarbij hun eigen verhaal en een eigen deskundigheid opgebouwd. Ze willen deze eigen deskundigheid ook aanwenden om hun (zelf)zorg te organiseren en, zoveel als mogelijk, regie over het eigen leven te houden.
- Onze samenleving is ook uiterst complex geworden en veeleisend ten aanzien van het individu. Goed sociaal kunnen functioneren en zich voortdurend kunnen herpositioneren en verbinden in verschillende groepen en omgevingen, is de kernopgave van onze tijd. Sociaal functioneren vereist een hoge mate van sensitiviteit en maakt van adaptatie een belangrijke vaardigheid. Tegelijk moet een individu ook een stabiele identiteit (sociaal, psychologisch, cultureel) ontwikkelen waarop het kan terugvallen. (Visienota IZO, p. 9)

Bronnen:

- van Ewijk H. (2010). *Maatschappelijk werk in een sociaal gevoelige tijd*, Universiteit voor Humanistiek, Utrecht.
- Hermans K. & Desair K. (mei 2009) *Sociaal werk de toekomst in!* Centrum voor sociologisch onderzoek, K.U.Leuven.

Het zijn evoluties die de samenleving in zijn geheel veel complexer hebben gemaakt.

De mens van vandaag die zich in deze complexiteit wil en moet handhaven, dient zich daardoor ook anders aan. Een ver doorgedreven **individualisering** (zie kader-tekst) en **nadruk op autonomie en zelfbeschikking** zijn in het oog springende **kenmerken van deze tijd**. De persoon met zorgbehoefte wenst de regie over het eigen leven te behouden. Een paternalistische benadering van zorg en ondersteuning wordt door vele burgers niet meer aanvaard. De 'autonome' burger wil kunnen participeren in de beslissingen die belangrijk zijn voor de eigen kwaliteit van leven.

Tegelijk zorgt de complexe en snel veranderende samenleving waarin we ons bevinden nog voor weinig houvast. **Individualisering heeft een keerzijde**. Onzekerheid veroorzaakt veel zorgen. Heel wat **mensen lopen verloren**, weten niet hoe te leven met onzekerheden en hebben daarbij soms ondersteuning nodig. Hans van Ewijk (2010, p.10) schrijft dat *de oude queeste van armoede, ongeletterdheid en onbeschaaftheid die leidde tot een beschavingsoffensief verandert in de **postmoderne sociale kwestie van (dis)functioneren van de mens in een steeds complexere context***. De individualisering en daarmee samenhangend de idee van eigen verdienste en eigen verantwoordelijkheid minimaliseert ook het gegeven dat mensen sterk bepaald blijven door hun omgeving, door de kansen die ze kregen, door de eigen gezondheid,...

Psychiater en psychotherapeut Dirk De Wachter beschrijft de kwestie ook in 'Borderline Times' (2012, p. 80).

Het is waarschijnlijk dat we niet iedereen in de samenleving kunnen integreren, maar we moeten wel mikken op zoveel mogelijk mensen. Niet door al wat fout loopt zwaar te sanctioneren, maar door ons te bezinnen over waar we met zijn allen mee bezig zijn, door na te denken over het functioneren van de maatschappij, door stil te staan bij wat er maakt dat de laatste tijd steeds meer mensen niet meer mee lijken te kunnen, dat meer en meer mensen ontsporen of vrijwillig afhaken. Zo heeft de psychiater als taak mensen van achter de muren te halen en ze een plaats in de samenleving te geven. Zware gevallen desnoods met een enkelband. Maar dat kan alleen als die maatschappij zich daarvoor openstelt, als ze erkent dat sommige mensen kwetsbaarder zijn. Dat is het tegenstrijdige: het efficiëntiedenken en de prestatiedruk veroorzaken steeds meer collateral damage. Men denkt: 'laat die witjassen het maar oplossen.' En dus moeten de psychiaters en hun gevolg de achterblijvers oplappen, zodat ze weer kunnen meedraaien. Intussen blijft de wereld iedereen uitstoten die niet meekan.

Hoewel onze ondersteuningsnetwerken minder stabiel zijn dan vroeger, bieden de evoluties in onze samenleving natuurlijk ook nieuwe kansen. We zien een transformatie naar nieuwe vormen van netwerken (online, contacten op afstand, diverse subcommunities waarvan we deel uitmaken,...). Deze nieuwe netwerken zouden ook kwetsbare groepen meer mogelijkheden kunnen geven om isolering tegen te gaan, indien we er ook in slagen die mogelijkheden beter te benutten.

Recent formuleerde de Algemene Raad van de Verenigde Naties 17 Duurzame Ontwikkelingsdoelstellingen: Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Het verzekeren van gezond leven en de bevorderen van welzijn voor iedereen op alle leeftijden, kwaliteitsvol onderwijs, gendergelijkheid, productief en waardig werk zijn enkele van deze doelstellingen. De raad meent dat deze doelstellingen de uitdagingen in onze snel veranderende samenleving krachtig samenvatten¹.

Ook het zorg- en ondersteuningssysteem en het onderwijs stonden niet stil. Ze speelden actief in op de veranderingen in de samenleving. Als antwoord op de toenemende complexiteit **is het professionele aanbod zich steeds meer gaan specialiseren**. Elk specifiek onderdeel of probleem kreeg zijn eigen specialist.

Het onderwijs leidt specialisten in de gezondheidszorg op zodat ze in staat zijn antwoorden te bieden op hoog technologisch complexe vragen. Maar ook in de welzijnssectoren heeft specialisatie ingang gevonden. Door de vragen en problemen op te delen en mogelijke antwoorden of oplossingen te standaardiseren, tracht men de complexiteit te reduceren en er greep op te krijgen. Het leidde ook tot een *doorgeschootten instrumentalisering van het professioneel werken* waarbij professionals worden ingeschakeld in een *rationeel systeem van doelen, middelen, uitvoering en afrekening*. *Producten, prijzen en bewijzen van effectiviteit werden dominant* (van Ewijk & Kunne-man (red.) 2015, pp.53-54).

¹ UN General Assembly. A/69/L.85

We stellen ook vast dat de neiging van het zorg- en ondersteuningsaanbod om veel – maatschappelijke – **problemen individueel te benaderen** en op te lossen, leidt tot een toenemende **medicalisering en therapeutisering** (zie kadertekst). Hierdoor wordt de *aandacht afgeleid van onderliggende patronen* die onwelzijn en ongezondheid veroorzaken (Visser W., 2013 p.89).

Medicalisering en therapeutisering houdt in dat steeds meer terreinen aan medische en psychologische definiëring en normering onderworpen worden en nieuwe ziektebeelden ontstaan, vaak aangestuurd door media en industrie. Omdat het recht op zorg en ondersteuning vaak wordt gekoppeld aan een diagnose in plaats van aan een zorgbehoefte, ontstaat enerzijds een diagnosedrang bij de persoon met zorgbehoefte (en/of zijn naaste omgeving) en anderzijds een toenemende "inequity by disease"(SAR WGG, visienota IZO, p.9).

1.2. Kwaliteit van leven

Het is in deze complexe samenleving dat burgers zich bewegen. Burgers die vroeg of laat een vraag naar zorg en ondersteuning zullen stellen, voor zichzelf of voor iemand uit hun naaste omgeving. Deze burgers verwachten dan een integraal antwoord op hun ondersteuningsvraag. Integrale zorg en ondersteuning moet bijdragen aan de kwaliteit van leven van de persoon met zorgbehoefte en zijn naaste omgeving.

Wat **kwaliteit van leven** inhoudt, heeft de SAR WGG beschreven in zijn visienota Integrale zorg en ondersteuning. We hernemen dit in deze kadertekst.

Integrale zorg en ondersteuning streeft naar een goede **kwaliteit van leven** voor elke burger door zorg en ondersteuning te bieden die iedereen in staat stelt op elk tijdstip in zijn leven goed voor zichzelf te zorgen, verbinding te maken met zijn sociale omgeving en regie over zijn leven te behouden met het oog op het optimaliseren van welzijn en gezondheid. Integrale zorg en ondersteuning streeft naar kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning op maat.

Kwaliteit van leven centraal stellen betekent dat we uitgaan van een **holistisch mensbeeld**. **Geestelijke, lichamelijke, sociale, ecologische en spirituele aspecten van de mens moeten altijd in hun samenhang benaderd worden**. Internationaal vinden we deze mensvisie terug in het ecobiopsychosociaal model. (Visienota IZO, p. 14)

Kwaliteit van leven vertaalt zich onder meer in **het streven naar het zo goed mogelijk functioneren van de persoon met zorgbehoefte in de samenleving én het kunnen participeren aan de samenleving.**

Deze doelstelling overstijgt de verschillende sectoren en zet welzijns- en gezondheidssectoren aan tot geïntegreerd werken. Zo goed mogelijk functioneren en participeren is immers voor alle burgers met of zonder zorg- en/of ondersteuningsbehoefte een belangrijke doelstelling die sterk bijdraagt aan de kwaliteit van het leven.

Een recent rapport van het Zorginstituut Nederland (2015, p. 14) neemt het **functioneren van de burger als centraal uitgangspunt**. Dit rapport 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren' stelt dat *functioneren inhoudt dat mensen in staat zijn om zoveel mogelijk het leven te leiden dat ze willen leiden. Het omvat lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren.*

Dit laatste verwijst naar het **ecobiopsychosociaal model** dat een uitbreiding is van een medisch model over het menselijk functioneren, waarin niet alleen aandacht is voor biomedische aspecten, maar ook voor psychologische en sociale factoren die mede bepalend zijn voor ziekte en het genezingsproces.

We brengen hier **twee elementen in het bijzonder onder de aandacht**. We moeten – via een holistische of generalistische benadering - de mens altijd in zijn geheel bekijken zowel op vlak van gezondheid als van welzijn. Daarbij wordt hij niet alleen gedefinieerd als een biologisch, psychologisch, sociaal, maar ook als **ecologisch én existentieel wezen**.

- De **existentiële component, de 'zijnservaring'** van de mens is essentieel bij het bieden van integrale zorg en ondersteuning. Mensen moeten inderdaad het leven kunnen leiden dat ze willen leiden, maar een mens is een 'zoekend wezen'. Wat is dat leven dat de ander wil leiden? Wat staat er voor hem op het spel? Deze existentiële component maakt het erg belangrijk dat zorg en ondersteuning zich richt tot de mens zoals hij zich vandaag aandient, met al zijn zorgen, twijfels, hoop en verlangens.
- Ook merken we op dat functioneren niet enkel een individuele component heeft, maar evengoed een collectieve en contextuele component. Dat is **de mens als ecologisch wezen**, de mens in zijn (sociale) omgeving.
 - Op het niveau van het eigen netwerk betekent dit onder meer dat de mens maar goed functioneert binnen de verbindingen die hij heeft en de relaties die hij onderhoudt. Het disfunctioneren van de mens heeft vaak ook te maken met problemen op vlak van verbinding met anderen.
 - Op niveau van de samenleving zien we ook dat beperkingen in het functioneren vaak kunnen vermeden of verminderd worden door de omgeving aan te passen. Een eenvoudig maar sprekend voorbeeld op vlak van mobiliteit: het voorzien van toegankelijke voetpaden door ze breed genoeg te maken en stoepanden aan te passen. Zulke aanpassingen richten zich op het functioneren, niet op de beperking van één doelgroep. Zowel ouderen die moeilijk te been zijn, personen die zich verplaatsen met een rolstoel, fiet-

sende jonge kinderen en ouders met een kinderwagen zullen zich hierdoor gemakkelijker verplaatsen.

Focus op functioneren gaat immers uit van de mogelijkheden van mensen en hoe die best kunnen worden ondersteund (Zorginstituut Nederland, 2015, p. 19). In die zin zijn aanpassingen die ervoor zorgen dat zoveel mogelijk burgers kunnen **participeren** (onderwijs, werk, sport, cultuur,...) **essentieel voor de kwaliteit van leven in een samenleving**. Zo komt zorg en ondersteuning (terug) in een breder perspectief terecht. We moeten niet alleen in het 'zorg- en ondersteuningssysteem' de paradigmashift maken. We moeten ons tegelijk afvragen of we maatschappelijk nog wel de juiste prioriteiten leggen, in het onderwijs, op het werk, op vlak van wonen, sociale bescherming en welzijn, lokaal beleid,...².

1.3. Op zoek naar antwoorden

Hoewel alle maatschappelijke systemen (zorg en ondersteuning, onderwijs,...) antwoorden zochten op de groeiende complexiteit in de samenleving, moeten we vandaag vaststellen dat we toch vastlopen, dat vele antwoorden van de laatste decennia misschien niet (meer) de juiste antwoorden zijn.

1.3.1. Een meer generalistische benadering nodig

De vragen van burgers en van personen met zorgbehoefte zijn ook sterk veranderd. Daar is de evolutie naar meer chronische problemen en multimorbiditeit niet vreemd aan. Zorg- en ondersteuningsvragen zijn niet altijd hoog technologisch complex en acuut. Het zijn vaak ook vragen over het dagelijkse leven (huishouden, opvoeding, stress op het werk, ouder worden, verlieservaring, administratieve problemen,...). De complexiteit is hier van een andere orde. De complexiteit zit in de context, in relaties (of het gebrek eraan), in het samenbrengen van informele en formele zorg om tot zorg op maat te komen³. Deze context-complexiteit bestaat er ook in dat de vragen en behoeften zich op verschillende levensdomeinen tegelijk situeren. Het Zorginstituut Nederland (2015, p. 32) merkt op dat *in de context ook oplossingen zijn te vinden die nu niet of nauwelijks worden ingezet (onderwijs, woningbouw, veiligheid, sportvoorzieningen, infrastructuur)*.

Er bestaan voor deze complexe problemen ook geen standaardoplossingen. De complexe vragen die voor iedere betrokkene specifiek zijn, kunnen meestal niet afdoende

² De SAR WGG ondersteunt daarom ten volle de keuze van de IMC om in het Plan van aanpak voor Geïntegreerde zorg voor chronisch zieken 'werkbehoud, socioprofessionele en socio-educatieve re-integratie' op te nemen als een van de 18 componenten nodig voor de ontwikkeling van geïntegreerde zorg.

³ Deze gedachte vinden we ook terug in de definitie die het EXPH (Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health) gaf aan Primary Care (2014, p. 18). The Expert Panel considers that primary care is *the provision of universally accessible, person-centered, comprehensive health and community services provided by a team of professionals accountable for addressing a large majority of personal health needs. These services are delivered in a sustained partnership with patients and informal caregivers, in the context of family and community, and play a central role in the overall coordination and continuity of people's care.*

beantwoord worden vanuit een specialistische of unidisciplinaire benadering. Ze vragen daarnaast ook een **generalistische aanpak** door professionals die in de context van de persoon met zorgbehoefte mee aan behandelingen of oplossingen op maat kunnen werken in de levensdomeinen waar dit nodig en wenselijk is.

Een generalistische benadering impliceert ook een sterke preventieve functie. Preventie omvat alle initiatieven die doelbewust en systematisch een probleem voorkomen en heeft tot doel kwaliteit van leven te bevorderen. Een kenmerk van generalisme is immers dat er niet alleen op 'cure' en 'care' wordt ingezet, maar ook op preventie en gezondheidspromotie. Het gaat dan zowel over primaire, secundaire als tertiaire preventie⁴.

Een beleidstrend van meer recente datum met veel impact op de sectoren in zorg en ondersteuning kunnen we vatten met de term '**vermaatschappelijking**'. Vermaatschappelijking kan en mag voor de SAR WGG niet anders begrepen worden dan onderstaande omschrijving (zie kadertekst).

Vermaatschappelijking van de zorg is verschuiving binnen de zorg waarbij ernaar gestreefd wordt om mensen met beperkingen (van lichamelijke, verstandelijke of psychische aard), chronisch zieken, kwetsbare ouderen, jongeren met gedrags- en emotionele problemen, mensen die in armoede leven,... met al hun mogelijkheden en kwetsbaarheden een eigen zinvolle plek in de samenleving te laten innemen, hen daarbij waar nodig te ondersteunen en de zorg zoveel mogelijk geïntegreerd in de gemeenschap te laten verlopen. Begrippen die hierbij een rol spelen zijn onder meer desinstitutionalisering, community care, empowerment, kracht- en contextgericht werken, vraagsturing en respijtzorg (SAR WGG, visienota IZO, p. 8).

Deze trend geeft vorm aan een belangrijke **cultuurverandering** in hoe we kijken naar handicap en beperking, naar zorg en ondersteuning, naar herstel en naar de zelfbeschikking van mensen. Het vraagt om meer samenwerking tussen verschillende organisaties en sectoren én tussen professionals in zorg en ondersteuning en de personen met zorg- en ondersteuningsbehoefte (Hermans, K. e.a., 2009, p.2).

Een goed begrepen vermaatschappelijking kan tegengas geven aan de neiging om problemen exclusief specialistisch te benaderen door ze beter in te bedden in een generalistische aanpak in de leefomgeving van de persoon met zorgbehoefte.

⁴ In de reflectienota eerstelijnszorg (4 november 2010) beschrijft de raad deze verschillende vormen van preventie.

1.3.2. Verbinding als voorwaarde voor autonomie

We vinden het belangrijk ook stil te staan bij de vraag of burgers en/of personen met zorgbehoefte het meest gebaat zijn bij een individuele benadering of bij een relationele benadering van zorg en ondersteuning. Betekent integrale zorg en ondersteuning dat we ons richten op het individu, op de persoon met zorgbehoefte en de doelen die hij zich stelt, of gaat integrale zorg en ondersteuning in de eerste plaats uit van de bindingen - eventueel herstel of opbouwen van bindingen – die de persoon met zorgbehoefte met zijn omgeving heeft?

Met andere woorden, vertrekt zorg en ondersteuning best vanuit een individualistische benadering, als verworvenheid van deze tijd, of moet zorg en ondersteuning verder gaan en zich in de toekomst meer toeleggen op het verbinden van mensen? Waarbij de aanname geldt dat de mens verbinding nodig heeft als een voorwaarde voor autonomie en zelfbeschikking, als voorwaarde voor participatie in de samenleving.

Autonomie staat voor de raad niet los van verbinding.

Vertrekken van een persoons- en behoeftegericht model betekent immers niet dat we de solidariteitsmechanismen op het niveau van de samenleving in vraag zouden stellen. Het is nodig dat er in de samenleving een solidair kader bestaat waarbinnen de professional en de burger een zorg- en ondersteuningsrelatie kunnen vormgeven. De raad verwijst naar het *Triple Aim*-raamwerk dat de doelmatigheid van de zorg nastreeft. Ook in *5-star doctor* van de WHO⁵ wordt de vraag gesteld hoe de individuele aspiraties van burgers en de beschikbare bronnen in de samenleving met elkaar kunnen verbonden worden.

Hierbij is ook de maatschappelijke beeldvorming rond zorg en ondersteuning belangrijk. In een solidaire samenleving beseffen burgers dat de collectieve bronnen niet onuitputbaar zijn en doelmatig moeten worden ingezet. Burgers zijn zich ook bewust van de eigen verantwoordelijkheid en van het belang van zorg voor elkaar. Dit sluit een persoonsgerichte en behoeftegerichte zorg en ondersteuning zeker niet uit. Het is een pleidooi voor het zoeken naar een goed evenwicht.

Integrale zorg en ondersteuning is immers ook een verhaal van **kwaliteit van samenleven**.

Hierna zullen we zien dat de keuze voor de termen persoon met zorgbehoefte of burger dit debat mee kleuren.

⁵ Boelen C (1997). The five-star doctor: An asset to health care reform? Available at: www.who.int/hrh/en/HRDJ_1_1_02.pdf

1.4. De persoon met zorgbehoefte en de burger

Het gebruik van termen is belangrijk omwille van de mensvisie die erachter zit. Dit willen we hier expliciteren.

Persoon met zorgbehoefte

In de Visienota IZO hanteerden we de term persoon met zorgbehoefte. Daarmee bedoelen we de **“persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte en zijn naaste omgeving”**. De keuze voor deze termen was weloverwogen. De raad herbevestigt zijn voorkeur voor het gebruik ervan om verschillende redenen.

- Het gebruik van bepaalde terminologie hangt vaak samen met een context. In een ziekenhuis of bij de huisarts zullen we spontaan over de patiënt spreken, in de welzijnssector is de term gebruiker of cliënt gangbaar, of kan de persoon met zorgbehoefte aangewezen worden als de oudere, het gezin of de jongere. Geen van deze termen ‘werkt’ buiten de eigen context. Het is vreemd om het in een ziekenhuis over een cliënt te hebben, het is ondenkbaar om in een welzijnscontext over een patiënt te spreken. De SAR WGG pleit daarom voor een meer **overkoepelende term** die elk van de contexten en sectoren overstijgt.
- Recent is er vanuit verschillende hoeken gepleit voor het gebruik van de term ‘cliënt’⁶. Voor de SAR WGG is er echter een essentieel verschil tussen het gebruik van het woord ‘cliënt’, dat vanuit het perspectief van het aanbod vertrekt, en een ‘persoon met zorgbehoefte’ dat vanuit een **gebruikers- of behoefteperspectief** vertrekt.
- We wensen bovendien dat de persoon met zorgbehoefte niet wordt gereduceerd tot zijn ziekte, beperking of probleem maar in de eerste plaats als een **persoon** wordt benaderd, een persoon die een zorg- of ondersteuningsvraag of -nood heeft. Het gebruik van het woord ‘persoon’ verwijst naar het **holistisch mensbeeld** waarvan we vertrekken. Het existentiële wezen van de mens is belangrijk bij integrale zorg en ondersteuning. We zijn immers nooit alleen patiënt, klant of cliënt.
- Het begrip ‘persoon met zorg- en ondersteuningsbehoefte en zijn naaste omgeving’ verwijst naar de **verbinding** van de persoon met zorgbehoefte met de omgeving waarin hij leeft.

Om deze redenen herbevestigt de raad zijn keuze voor het gebruik van de term ‘persoon met zorgbehoefte’ maar de raad zal in een nog breder maatschappelijk perspectief ook de term ‘burger’ hanteren.

⁶ Cfr. Bedenkingen van Herman Nys Eindrapport ‘Slimmere zorg 2014’ Zoekconferentie ‘slimmer zorgen voor morgen’ 2013. (p. 12); Bernadette Van Den Heuvel (2014) *Netwerkzorg. Acco*.

Burger

Het begrip ‘burger’ sluit aan bij de visie van de raad met betrekking tot vermaatschappelijking, inclusie, functioneren en leven in en participeren aan de samenleving.

- Het begrip ‘burger’ overstijgt het zorg- en ondersteuningssysteem en focust **niet alleen op de persoon met zorgbehoefte, maar ook** op de **gezonde burger** die, onder meer, via preventie en informatie over gezond gedrag, moet meegenomen worden in het verhaal van ‘kwaliteit van leven’.
- Het maakt ook duidelijk dat iemand zijn **recht op zorg en ondersteuning** ontleent aan het feit dat hij burger is. De inclusiebeweging van personen met een handicap en de herstel- en rehabilitatiegedachte voor personen met geestelijke gezondheidsproblemen vertrekken van de burgerrechtenbenadering. Ieder van ons heeft, op basis van zijn burgerschap, recht op zijn eigen zinvolle plek in de samenleving. *Inclusie wordt immers verwezenlijkt wanneer in een samenleving alle burgers worden opgenomen en erbij horen, volgens wie ze zijn en mogen zijn. Daarbij start men vanuit gelijkwaardigheid, antidiscriminatie en meerwaarde van diversiteit en past men de samenleving aan het individu aan in plaats van het individu aan de samenleving⁷.*
- De burgerschapsbenadering geeft ook **meer aandacht aan de andere maatschappelijke systemen, waarin een persoon met zorgbehoefte zich beweegt en die even essentieel zijn voor zijn kwaliteit van leven.** Immers, *naarmate meer mensen met een chronische ziekte [personen met een zorgbehoefte] een actieve rol als burger of werknemer blijven opnemen, wordt integrale zorg [en ondersteuning] meer een aangelegenheid van de hele samenleving. Vanuit het perspectief van de chronisch zieke persoon [persoon met een zorgbehoefte] handelt integrale zorg over zijn **leven en welzijn als volwaardig burger**, niet tegenstaande de beperkingen die de chronische ziekte [of zorgbehoefte] met zich meebrengt (Ch. Van Audenhove, 2015 p. 27).*
- Onder het woord burger vatten we ook wie zelf zorg verleent (mantelzorger, vrijwilliger,...). We zijn als burgers immers allemaal op bepaalde tijdstippen op één of andere manier bij zorg en ondersteuning betrokken, voor onszelf of voor een ander.

We kiezen voor het territoriaal concept van burgerschap: iemand die zich op een bepaald ogenblik in een bepaalde territoriale omgeving bevindt en daar rechten en plichten aan ontleent. We vatten het begrip burger niet op als een louter individuele benadering van rechten en plichten, maar wel als **een verhaal van ‘civility’ als een universeel bindend ideaal binnen een maatschappelijk zingevend kader** (zie Antonovsky in van Ewijk & Kunneman (red.) 2015, p. 53).

In dit document gebruiken we de twee termen. Wanneer we over zorg en ondersteuning spreken, zullen we voor de term ‘persoon met zorgbehoefte’ opteren. We zullen de term ‘burger’ hanteren wanneer het over de brede samenleving gaat.

⁷ website GRIP

2. Wat verwachten we van de professional?

In dit hoofdstuk definiëren we eerst de begrippen professional in zorg en ondersteuning en generalistische competentie. Dan beschrijven we wat we verwachten van professionals in het licht van integrale zorg en ondersteuning. Wat is de essentie van het professioneel handelen?

2.1. De professional in zorg en ondersteuning

Professional

Om in alle beroepen en beroepsgroepen de aandacht te richten op de **essentie van het professioneel handelen** opteert de raad in deze tekst voor het gebruik van de term 'professional'.

Van Ewijk stelt dat een *professional* staat voor een *beroepskracht die hoofdzakelijk in complexe, onoverzichtelijke contexten werkt waarin veel aankomt op eigen inschattingen en handelingen.* (Van Ewijk H. & Kunneman H., 2015, p.19).

De essentie van het professionele werk, van professionalisme, is dat elk zorg- en ondersteuningssysteem uiteindelijk terug gaat naar de unieke ontmoeting tussen wie zorg en ondersteuning nodig heeft, en wie is toevertrouwd dit aan te leveren. Dit vertrouwen wordt verdiend door een bijzonder mengsel van technische bekwaamheid en een gerichtheid op dienstverlening en presentie, ondersteund door een ethisch engagement en maatschappelijke verantwoordelijkheid (social accountability) (Frenk J. e.a., 2010, p.1925).

Professionals in zorg en ondersteuning

De raad kiest ervoor om de term 'professionals in zorg en ondersteuning' te hanteren om alle beroepen aan te wijzen die in de gezondheids- en welzijnssectoren (beleidsdomein gezondheid, welzijn én gezin) een rol spelen in de zorg en ondersteuning van personen met zorgbehoefte, wars van de bevoegdheidsverdeling in dit land. Wij doelen met deze term dus zowel op gezondheidszorgberoepen (federale materie) als op zorg- en welzijnsberoepen (bevoegdheid van de deelstaten).



In de visienota Integrale zorg en ondersteuning stelden we dat onder de koepelterm 'integrale zorg en ondersteuning' ook de zelfzorg en de informele zorg (mantelzorg en vrijwilligerszorg) gerekend wordt. Professionals in zorg en ondersteuning nemen de **formele zorg en ondersteuning** binnen de integrale zorg en ondersteuning voor hun rekening (= de professionele zorg en ondersteuning).

2.2. Generalistische competenties

Wanneer we willen omschrijven wat we verwachten van professionals in zorg en ondersteuning, valt al snel het woord competenties. Toekomstige professionals goed voorbereiden (competenties ontwikkelen, levenslang leren) zal cruciaal zijn om de verwachtingen in te lossen. Het zorg- en ondersteuningssysteem is maar zo goed als de kwaliteit van zijn professionals.

De raad onderschrijft het **groot belang van goed technisch of specialistisch geschoold personeel**. Een persoon met zorgbehoefte heeft absoluut zorg en ondersteuning nodig die beantwoordt aan de maatschappelijk en wetenschappelijk gestelde kwaliteitseisen. Specialistische zorg is daarin essentieel. In dit document zal echter meer aandacht gaan naar de generalistische competenties van professionals. Ze zijn essentieel in het kader van integrale zorg en ondersteuning maar worden in het streven naar hoog technologische en specialistische vakkennis en –kunde, al te vaak ten onrechte op het achterplan geschoven.

Hoewel we niet alleen willen focussen op de competenties die iemand nodig heeft - wij gaan in deze oefening ook op zoek naar de **voorwaarden** die bepalen dat professionals goede integrale zorg en ondersteuning kunnen leveren⁸ – is het voor een goed begrip toch belangrijk dat we enkele definities meegeven.

■ Competentie

- Er bestaan zeer veel definities van competenties. Wat je in de meeste definities terug vindt, is dat een competentie een samenstelling is van kennis, vaardigheden en attitudes van een persoon. [...] Met betrekking tot de werkcontext kan een competentie beschouwd worden als de individuele capaciteit om kennis, vaardigheden en attitudes geïntegreerd in het handelen aan te wenden, in functie van de concrete en dagelijkse werksituatie. Een competentie die ingezet wordt op de werkvloer wordt dus zichtbaar in het concrete gedrag van de individuele medewerker⁹.
- **Attitudes of basishoudingen** spelen een cruciale rol in de competentie van de professional in zorg en ondersteuning. Het samenspel van zijn basishoudingen en attitudes met kennis en vaardigheden bepaalt waarom iemand doet wat hij doet. Niet zozeer wat een **professional** in zorg en ondersteuning moet 'doen' maar **wat of wie hij moet 'zijn'**, willen we beschrijven.

⁸ Dit zal vooral in deel 2 verder uitgewerkt worden.

⁹ <http://www.competentindesocialprofit.be/?cid=1&pagina=103-wat-zijn-competenties>

- **Generalistische competenties**¹⁰ zijn die competenties die een professional nodig heeft om vanuit een generalistische strategie of benadering zorg en ondersteuning te verlenen. Een generalistische benadering houdt in dat een gevarieerd palet aan invalshoeken en strategieën wordt ingezet waarmee een brede waaier aan niet gespecificeerde gezondheids- en/of welzijns(gerelateerde)problemen kunnen aangepakt worden.

Generalistische competenties zijn complementair aan specialistische (vaak technische) competenties. We spreken bewust niet over 'de generalist' of 'de specialist'. Het gaat over competenties en niet om 'beroepsgroepen' die we tegen elkaar willen afzetten. Een 'specialist' moet immers ook over generalistische competenties beschikken. Binnen een generalistische strategie of benadering kunnen specialisten ook hun plaats vinden om bepaalde complexe problemen mee aan te pakken.

¹⁰ We maken het onderscheid met sleutelcompetenties en met generieke competenties.

- Sleutelcompetenties zijn competenties die elk individu nodig heeft in het licht van zelfverwezenlijking en ontwikkeling, van actief burgerschap, sociale inclusie en tewerkstelling, zoals het beheersen van de moedertaal, rekenkundige vaardigheden, digitale vaardigheden, sociale en burgercompetenties... Ze zijn in uiteenlopende sectoren belangrijk.
- Generieke competenties wijzen op algemene vaardigheden zoals bijvoorbeeld kunnen rapporteren, observeren, enz.

2.3. De essentie van het professioneel handelen in zorg en ondersteuning

Wat verwachten we van professionals in het licht van integrale zorg en ondersteuning? **Integrale zorg en ondersteuning is het kader waarin generalistische competenties hun plaats vinden.** We zullen enkele elementen van dat kader hernemen (zie ook visienota IZO, 7 december 2012) en verder uitwerken. Het is niet de bedoeling om alle generalistische competenties daarbij zelf in detail te omschrijven.

2.3.1. Kwaliteit van leven als inzet van de zorg- en ondersteuningsrelatie

Integrale zorg en ondersteuning richt zich op kwaliteit van leven. Dit als uitgangspunt nemen, brengt een **heuse verschuiving voort in wat we van professionals verwachten, in de manier waarop ze een zorg- en ondersteuningsrelatie aangaan.** Professionals moeten zich meer richten op het functioneren, daarbij aandacht hebben voor wat echt belangrijk is voor de persoon met zorgbehoefte en via informatie en overleg samen met de persoon met zorgbehoefte tot de meest gepaste oplossing of behandeling komen.

Met kwaliteit van leven als kernbegrip van integrale zorg en ondersteuning staat ons zorgmodel voor de uitdaging een paradigmashift te maken van probleemgerichte naar doelgerichte zorg en ondersteuning. Het houdt dus ook een **verschuiving in van aanbodgerichte naar vraag- of behoeftegerichte zorg en ondersteuning.**

Bij een probleemgericht (of ziektegericht) model willen we het probleem aanpakken en/of oplossen met het beschikbare aanbod. Hierbij bestaat het gevaar dat er over het hoofd gezien wordt **wat echt belangrijk is voor veel mensen met een zorgbehoefte**, namelijk de mate waarin ze (nog of terug) **kunnen functioneren en kunnen deelnemen aan het sociale leven.** Het streven naar volwaardig burgerschap bij personen met een handicap en de herstel- en rehabilitatiegedachte voor personen met geestelijke gezondheidsproblemen zijn bewegingen die deze kwaliteit van leven al eerder voorop stelden (cfr. inclusieve samenleving).

Bij een doelgericht zorg- en ondersteuningsmodel staat het beluisteren van vragen en behoeften van de persoon met zorgbehoefte centraal. De vragen worden verduidelijkt en gearticuleerd in het kader van de sociale leefomgeving. Men zal daardoor spontaan ook meer aandacht geven aan en ruimte laten voor de ondersteuning van eigen krachten van de persoon (**empowerment**) om met de problemen om te gaan. De persoon met zorgbehoefte wordt indien mogelijk door zijn omgeving en, indien nodig, door professionals bijgestaan om een goede kwaliteit van leven te behouden of te verwerven en om zijn zelf bepaalde doelen te realiseren. Het is bij doelgerichte zorg en ondersteuning ook de persoon met zorgbehoefte zelf die evalueert of zijn doelen al dan niet bereikt worden, niet de professional (Visienota IZO, p. 14).

Focussen op functioneren

We verwachten dat professionals zorg en ondersteuning kunnen bieden die gericht is op het ondersteunen van personen met zorgbehoefte (en hun naaste omgeving) in hun functioneren en leven in én participeren aan de samenleving.

De focus op functioneren en participeren leggen, veronderstelt dat de professional zich niet beperkt tot een enge focus op ziekte, beperking of probleem, maar aandacht schenkt aan de impact ervan op het functioneren van de persoon met zorgbehoefte (en zijn naaste omgeving). Niet de oorsprong van de zorgbehoefte (ouderdom, handicap, chronische ziekte, sociaaleconomische kwetsbaarheid,...) is belangrijk, maar wel de vraag wat er kan gedaan worden om zo goed mogelijk te functioneren d.i. om **beter te functioneren, het functioneren te herstellen of om erger te voorkomen** en om zo goed mogelijk te participeren aan de samenleving. Een focus op de ziekte, de beperking of het probleem kan soms nodig zijn, maar een persoon mag niet tot zijn ziekte, beperking of probleem worden gereduceerd.

Goossensen en Baart (2001, p.5) stellen dat hoewel we niet aan reduceren ontkomen, en in zekere zin dit ook nodig hebben in een informatiecomplex omgeving, het gevaar erin schuilt reducties voor waarheid aan te nemen. Schadelijk is een gebrek aan open en voortdurende aandacht, een gebrek aan de wens tot bijsturen van de eigen beeldvorming om de ander optimaal recht te doen. Overigens bevorderen tijdgebrek, een heersende cultuur of een té taak- of probleemgerichte houding het optreden van reductie.

Ook het Zorginstituut Nederland stelt dat *aan de zorgprofessional van de toekomst andere eisen zullen worden gesteld. Hij of zij zal in staat moeten zijn **de zorgvraag vast te stellen vanuit het perspectief van het functioneren van de burger**. De nodige zorg moet bijdragen tot het functioneren van de burger. [...] Dit betekent ook 'niet behandelen als dit niet bijdraagt tot het functioneren'* (Zorginstituut Nederland, 2015, p. 32).

Dat maakt het erg belangrijk het perspectief van de persoon met zorgbehoefte mee te nemen in de zorg- en ondersteuningsrelatie. Zorg- en ondersteuningsvragen moeten altijd beluisterd worden in de context van de sociale leefwereld van burgers en doelgericht (en niet probleemgericht) benaderd worden. Professionals hebben de opdracht om de diagnose-georiënteerde zorg (gebaseerd op het biomedisch model) om te buigen naar een **doelgeoriënteerde zorg en ondersteuning** die over (beter) functioneren gaat. De doelstellingen van mensen zijn een dynamisch gegeven. Ze evolueren doorheen iemands leven. Doelgerichte zorg en ondersteuning houdt in zijn methodes rekening met deze veranderlijkheid.

Wanneer genezing of volledig herstel niet meer mogelijk is, zijn de waarden en opvattingen van de persoon met zorgbehoefte des te meer belangrijk voor de keuzes in de zorg en ondersteuning. Doelgerichte zorg en ondersteuning moet echter niet verkeerd begrepen worden als 'klant is koning' of 'u vraagt, wij draaien'. Het gaat om de interactie tussen de doelstellingen van de persoon met zorgbehoefte en de expertise van de professional.

Aandacht hebben voor wat echt belangrijk is

In essentie moeten de vragen, behoeften en noden van de burgers het aanbod sturen en niet omgekeerd. Daarmee bedoelen we niet dat elke vraag, behoefte of nood per definitie ingelost moet worden, maar wel dat ze het vertrekpunt vormen waar rond de zorg en ondersteuning wordt georganiseerd. We spreken daarom van ‘vraag- en behoeftegericht’ en niet ‘vraaggestuurd’.

Bij vraag- en behoeftegerichte zorg en ondersteuning gaat het erom vanuit een generalistische benadering **inzicht te krijgen in wat echt belangrijk is voor de persoon met zorgbehoefte**. Lon Holtzer, de Vlaamse zorgambassadeur, verwijst in een recent boek *De 7 privileges van de zorg (2015, p. 42)* naar ‘vier vragen tot wijsheid’ van de filosoof Hegel. Deze vier vragen laten toe een zorgsituatie te benaderen vanuit een generalistisch perspectief.

- Wat is er met je gebeurd? Wie ben je? (context)
- Wat is je kwetsbaarheid en je weerbaarheid?
- Waar wil je naartoe? (doelstellingen)
- Wat heb je nodig? (noden)

De vragen nodigen uit tot *authentiek en oprecht luisteren*. Ze zouden het uitgangspunt en startpunt moeten vormen van elke ontmoeting, van elk zorg- en ondersteuningstraject dat een persoon met zorgbehoefte met zijn naaste omgeving en de professionele zorg- en ondersteuningsverleners aflegt.

- De eerste vraag nodigt de persoon met zorgbehoefte uit zijn verhaal te vertellen en de context te schetsen.
- De vraag naar kwetsbaarheid en weerbaarheid onderzoekt de draagkracht, de beperkingen en de mogelijkheden van de persoon en zijn naaste omgeving. Het gaat over empowerment, autonomie en het aanspreken van de eigen krachten van de persoon met zorgbehoefte en zijn omgeving.
- Het formuleren van doelstellingen maakt de echte verschuiving mogelijk van een probleemgeoriënteerde naar een doelgeoriënteerde zorg en ondersteuning.
- Wanneer de (levens-)doelen en de kwetsbaarheden en mogelijkheden van een persoon helder zijn, zal het ook duidelijk worden welke noden iemand heeft.

Het is evident dat niet elke zorgsituatie zich leent om deze vragen eerst volledig te exploreren met de persoon met zorgbehoefte. Een acuut gezondheidsprobleem vraagt onmiddellijke zorgen. Toch gaat het om de vier referentievragen die bij elk contact in zorg en ondersteuning het vertrekpunt vormen. Ze moeten op één of andere manier aan bod komen. *Waarom komt/ deze persoon /nu /met deze vraag/ bij deze professional?*

Het moet een **grondhouding** zijn van elke professional om telkens in overweging te nemen hoe je als professional in de zorg- en ondersteuningsrelatie staat en daarbij deze vier geschetste elementen mee te nemen. De professional moet methodieken aangeleerd hebben om op deze vragen een antwoord te krijgen vanuit een oprechte en betrokken houding ten opzichte van de persoon met zorgbehoefte.

Met deze grondhouding verwijzen we naar het optreden van de professional en naar hoe dit optreden ervaren wordt. De **presentietheorie** (Baart A., 2001) richt zich in essentie hierop. Wat kan de professional voor de ander zijn en betekenen? Dit ligt niet vooraf vast in routines, protocollen en standaarden. Het wordt ook niet snel afgehandeld via een kort intakegesprek. Het gaat erom **vanuit een aandachtig aanwezig zijn te onderzoeken wat je in de relatie tot de ander kan betekenen**. In de methodische kenmerken van presentie komen aspecten voor die sterk aansluiten op de holistische, generalistische benadering van de persoon met zorgbehoefte. *De presentiebeoefenaar verplaatst zich 'naar de ander toe' in plaats van omgekeerd. Hij is niet louter aanspreekbaar op één type van probleem of hulpvraag. Trefwoorden zijn openheid, domeinoverstijging, brede inzetbaarheid [...] gespecialiseerd zijn in het ongespecialiseerde. In de 'aansluiting' tot de ander zal men niet alleen de problemen proberen oplossen maar staat het vinden van een bevredigende verhouding tot het leven voorop* (Baart A. & Grypdonck M., 2008, pp. 21-26).

Op de website van beroepshoudinginzorg.nl¹¹ wordt gesteld dat *in de beroepshouding de morele gevoeligheid van de professional zichtbaar wordt en laat hij zien vanuit welke normen en waarden hij zorg verleent. Bij uitstek gebeurt dat in de zorgrelatie. 'Hoe kan ik doen wat goed is voor de ander (en voor mijzelf, zodat ik optimaal kan blijven functioneren)?'*

Om te doen wat goed is voor de ander is het nodig dat de professional zijn eigen normen en waarden en die van de ander durft bevragen. Ook moet hij bereid zijn om kritisch te kijken naar de normen en waarden van de (bureaucratische, organisatorische of economische) omgeving waarin hij de ander aantreft. (Wat doe ik als ik zie dat de zorgvrager moeite heeft met sommige 'regels van het huis'?)

We verwachten van een professional in zorg en ondersteuning dat hij een gerichtheid heeft op presentie en in staat is te reflecteren over het eigen optreden. Vragen zoals 'ben ik goed bezig?', 'kan ik in de spiegel kijken?' horen als vanzelfsprekend bij het professioneel handelen. We verwachten van een professional dat hij in staat is het eigen referentiekader niet als norm te nemen bij het beoordelen van de kwaliteit van leven van de ander'.

Het wordt een uitdaging om de rol te herschrijven die professionals in het direct toegankelijk aanbod precies kunnen of moeten opnemen. Het is niet meer de professional alleen die het probleem vaststelt en/of behandelt. Het zijn de doelstellingen van de persoon met zorgbehoefte die de inhoud van de zorg en ondersteuning zullen bepalen, in een **evenwaardige** relatie tussen de persoon met zorgbehoefte en de professional. (Visienota IZO, p.17)

Informerend, overleggen en autonomie ondersteunen

Professionals beschikken over heel wat, vaak discipline gebonden, technische informatie en expertise. Vaak bestaat er een machtsverschil in de zorgrelatie omwille van de informatie-asymmetrie en omdat de persoon met zorgbehoefte een vraag of behoefte heeft die moet ingelost worden.

Met kwaliteit van leven als focus van zorg en ondersteuning wordt de klassieke (paternalistische) opvatting dat de professional alleen de

¹¹ <http://www.beroepshoudinginzorg.nl/index.html>

diagnose stelt of de probleemanalyse maakt en daarbij de behandeling of oplossingen voorstelt, waarbij de professional 'wel weet wat best is voor de persoon met zorgbehoefte', meestal niet meer aanvaard. De persoon met zorgbehoefte wenst te participeren in zijn eigen zorg en ondersteuning en wil de regie in eigen handen houden. De doelstellingen van de persoon met zorgbehoefte moeten mee de inhoud van de zorg en ondersteuning kunnen bepalen.

Om tot betere participatie van de persoon met zorgbehoefte te komen, moeten de professional (en zijn team) en de persoon met zorgbehoefte (en zijn naaste omgeving) daarom een **zorg- en ondersteuningsrelatie** aangaan die **gebaseerd is op gelijkwaardigheid en respect voor autonomie**. *Overleg is essentieel als we de autonomie van een patiënt willen respecteren en hem in staat willen stellen om weloverwogen keuzes te maken op een geïnformeerde manier¹².*

*Bij het participatiemodel delen arts en patiënt macht en verantwoordelijkheid en worden patiënten gezien als **actieve gebruikers van zorg**. Ze hebben recht op volledige informatie, moeten behandeld worden met respect en ze moeten actief betrokken worden in de besluitvorming over de behandeling. Kortom, de consultatie wordt meer persoonsgericht dan artsgericht. [...] Persoonsgerichte consultaties gaan uit van de erkenning van het belang van de noden en voorkeuren van de patiënt. Samenwerking primeert. Binnen dit samenwerkingsverband beschikt de arts over wetenschappelijke kennis, terwijl de patiënt hoofdzakelijk over ervaringskennis beschikt.*

Op een participatieve manier keuzes maken volgens een overlegmodel (shared decision making) vereist **nieuwe gesprekscompetenties** waarvoor voor zorgverstrekkers in opleiding nog te weinig rolmodellen zijn. We zijn van mening dat een verdere toenadering van gezondheids- en welzijnsactoren zeker hier ook heilzaam kan zijn. Context- en cliëntgericht werken is één van de basisvaardigheden van generalistische welzijnswerkers. Vraagverduidelijking is er een beproefde methodiek. *Sommige professionals in een multidisciplinair of in een transdisciplinair team werken hoofdzakelijk vanuit een overlegmodel: maatschappelijk werkers, psychologen. Zij kunnen goede katalysatoren zijn om de cultuur en de vaardigheden te verspreiden.*

In de **reflectienota eerstelijnszorg** (4 november 2010, p.5) schreef de raad dat de relatie van de persoon met zorgbehoefte en de professional moet uitgaan van **gelijkwaardigheid** waarbij men samen tot goede zorg komt. Het kan gaan om 'onderhandelde' of 'participatieve' zorg en ondersteuning, waarbij de voor- en nadelen van probleemgeoriënteerde en doelgeoriënteerde zorg en ondersteuning tegenover elkaar worden afgewogen, terwijl het de persoon met zorgbehoefte is die de regie in handen houdt en de uiteindelijke beslissing neemt.

Zeker in het domein van de gezondheidszorg zal de (medisch) technisch geschoolde professional voor een stuk zijn comfortzone moeten verlaten. Hij moet bereid zijn twijfel toe te laten en deze op tafel durven leggen. De professional is dan niet meer 'diegene die het moet weten' maar wel iemand die in het overleg zijn medisch technische expertise inbrengt om samen naar de voor de persoon met zorgbehoefte beste behandeling

¹² De citaten onder deze titel zijn geleend uit Van Audenhove Ch. (2015) pp.9;33-34;55;106.

te zoeken. Bij eenduidige problemen waar bewezen is dat één bepaalde behandeling of therapie de beste resultaten geeft, moet de professional zijn expertise gebruiken om de persoon met zorgbehoefte te sturen en te wijzen op de gevolgen wanneer de behandeling niet gevolgd wordt. Wanneer het echter om complexe problemen gaat, met verschillende gelijkwaardige behandelingen, moeten andere competenties worden aangesproken. Informeren en overleggen om tot een geïnformeerde keuze van de persoon met zorgbehoefte te komen. Informatie, overleg en **coaching** zullen de persoon met zorgbehoefte helpen zijn eigen actieve rol in het zorgproces op te nemen. Hierop komen we in het volgend punt terug.

*Patiënten informeren maar niet begeleiden bij het maken van keuzes kan hen dan wel in staat stellen om zelf keuzes te maken, het is geen persoonsgerichte zorg. De meeste patiënten wensen immers ook de steun van hun arts als ze belangrijke beslissingen moeten nemen. Ze hebben naast standaard informatie ook op maat gesneden informatie en begeleiding nodig om knopen te kunnen doorhakken en tevreden te zijn over hun keuzes. Om autonome besluitvorming echt een kans te geven is het belangrijk om de **autonomie van de patiënt te ondersteunen**, zoals gebeurt in een persoonsgerichte benadering.*

Participatie en inclusie versterken

Bij het belichten van de zorg- en ondersteuningsrelatie hebben we al beschreven dat het belangrijk is het perspectief van de persoon met zorgbehoefte mee te nemen in de zorg- en ondersteuningsrelatie en om de persoon met zorgbehoefte actief te betrekken en te laten participeren. Deze samenwerking is cruciaal voor het slagen van integrale zorg en ondersteuning.

Naast participatie in de zorg en ondersteuning zelf, is **participatie** van personen met zorgbehoefte **aan de samenleving** door het opnemen van burgerrollen, als werknemer, ouder, student of vrijwilliger, vaak essentieel voor de kwaliteit van leven. De raad benadrukt dat arbeid en (volwassenen)educatie belangrijke hefboomen zijn om **inclusie waar te maken**. Dit hebben we al onder de aandacht gebracht onder punt 1.2 (Kwaliteit van leven). Vertrekken van dit uitgangspunt vraagt ook van professionals andere attitudes. De professional moet uitgaan van het functioneren en de doelen van de persoon met zorgbehoefte en vertrekken van de vraag wat iemand kan betekenen voor de samenleving, vertrekken van de vraag hoe iemand met zijn mogelijkheden 'zijn eigen zinvolle plek in de samenleving kan opnemen' (cfr. definitie vermaatschappelijking). Daarin slagen betekent een echte stap naar inclusie.

Rechtstreekse (beleids-)participatie van de personen met zorgbehoefte (en hun omgeving) zou ook op het niveau van organisaties, in samenwerkingsverbanden, op beleidsniveau en in onderzoek en onderwijs veel meer vanzelfsprekend moeten worden. Professionals moeten ook opgeleid en gesensibiliseerd worden om met deze nieuwe partner in de zorg en ondersteuning aan de slag te gaan.

2.3.2. Ondersteunen van zelfzorg

Zelfzorg is aangeleerd en doelbewust gedrag dat alle beslissingen en acties omvat die mensen in hun dagelijkse leven nemen om te voorzien in hun basisbehoeften, om de eigen ontwikkeling te verzekeren en **het eigen functioneren te reguleren**. Met zelfzorgvermogen wordt de mate bedoeld waarin iemand in staat of bekwaam is zelfzorg te verrichten.

De vereiste zelfzorg, wat er nodig is om goed te leven, zich te ontwikkelen en gezond te blijven, werd in 1971 door Dorothea Orem beschreven onder de vorm van drie doelstellingen.

1. Ten eerste moeten de universele zorgbehoeften van een persoon vervuld worden. Dit zijn de voor elke mens geldende behoeften zoals voldoende opname van lucht, vocht en voedsel, voldoende lichaamshygiëne, een goede balans tussen activiteit en rust, tussen afzondering en sociale omgang.
2. De tweede doelstelling van zelfzorg is het vervullen van zelfzorgbehoeften in verband met ontwikkeling, zoals copingsmechanismen en vaardigheden om zich aan te passen.
3. Ten slotte zijn er zelfzorgbehoeften die verband houden met ziekte, handicap of behandeling zoals het signaleren van symptomen en behandelingseffecten, zich verzekeren van adequate medische bijstand, effectief uitvoeren van medische voorschriften en de noodzakelijke wijziging van het zelfbeeld of leefstijl.

De zelfzorgbehoeften zijn universeel, zowel wat betreft basiszorg als wat betreft ontwikkelingsbehoeften. Ziekte, chronische aandoeningen of beperkingen kunnen wel specifieke zelfzorgbehoeften met zich meebrengen.

Het zelfzorgvermogen kan verschillen van individu tot individu. Een handicap of een chronische aandoening kan een verminderd zelfzorgvermogen tot gevolg hebben. Een kind dat is opgegroeid in een minder kansrijk milieu heeft vaak ook minder ontwikkelingskansen gekregen. Hierdoor loopt deze kwetsbare groep vaak ook een verminderd of beperkt zelfzorgvermogen op.

De drie doelstellingen van zelfzorg die Orem beschrijft, tonen aan dat zelfzorg betrekking heeft op elke burger en gaat over welzijn én gezondheid. Zelfzorg betreft niet alleen personen met een zorgbehoefte. Iederéén zorgt voor zichzelf met het oog op een goede kwaliteit van leven, met het oog op het maximaliseren van welzijn en gezondheid. Bij zelfzorg gaat het bovendien niet alleen om zelfredzaamheid op het vlak van ADL en IADL¹³, maar ook om de zorg voor de eigen ontwikkeling en om sociaal functioneren (Van Ewijk, 2010, zie ook kadertekst punt 1.1).

¹³ ADL Activiteiten Dagelijks Leven zoals eten opstaan, gaan slapen, zich wassen, aankleden, toiletgebruik; IADL Instrumentele activiteiten dagelijks leven zoals eten klaarmaken, boodschappen, de was en het huishouden doen, telefoneren, gebruikmaken van het openbaar vervoer, eigen financiën en administratie beheren. Deze taken worden in geval van zelfzorgtekorten vaak opgenomen door mantelzorg en door de professionele woonzorg (vaak thuiszorg). (cfr. Masuy A.J. Steunbeleid voor mantelzorgers in België: een typische Belgische ontwikkeling. In: Belgisch Tijdschrift voor de SZ, 1^e trim., 2010 52^e jg, pp.57-79.).

Wanneer het zelfzorgvermogen en de zelfzorgbehoeften niet in evenwicht zijn, is er sprake van een zelfzorgtekort. Bij een zelfzorgtekort is men, tijdelijk of blijvend, niet in staat voor zichzelf te zorgen. **Professionals in zorg en ondersteuning** zullen dit zelfzorgtekort trachten op te vangen. Ze moeten ook alert zijn voor niet gemelde zelfzorgtekorten en ze opsporen. In het streven naar een zo goed mogelijke kwaliteit van leven is het ook belangrijk dat – in de mate van het mogelijke – het bestaande zelfzorgvermogen wordt ondersteund en verder ontwikkeld.

Zelfzorg vraagt immers specifieke competenties. We zijn van oordeel dat een samenleving de verantwoordelijkheid heeft **iedere persoon maximaal te ondersteunen bij het ontwikkelen van dit zelfzorgvermogen** (of competentie om aan zelfzorg te doen). Dit is een **exponent van vermaatschappelijking**. In de Reflectienota eerstelijnszorg (4 november 2010, p. 8-10) heeft de raad heel wat concrete voorstellen gedaan om zelfzorg te ondersteunen. Er moet tegelijk meer ingezet worden op **preventie en het bevorderen van gezond gedrag**. Dit is niet enkel een opdracht van het gezondheids- en welzijnssysteem. *Stimuleren van gezond gedrag moet overal plaatsvinden: in de gezondheidszorg, op scholen, op het werk en in de buurt (Zorginstituut Nederland, 2015).*

Zelfmanagement is een term die zijn oorsprong vindt in de gezondheidszorg, in de theorievorming rond chronische aandoeningen (Chronic Care Model). Bij zelfmanagement gaat het om het bewust zelf nemen van beslissingen over planning en uitvoering van zelfzorgactiviteiten om de ziekte in te passen in het dagelijks leven en met gevolgen van de ziekte om te gaan (Dorn e.a., 2007, p.12). Effectief zelfmanagement omvat het vermogen om de eigen aandoening te monitoren en cognitieve, gedragsmatige en emotionele reacties te genereren die nodig zijn voor het behouden van een voor de patiënt tevredenstellende kwaliteit van leven (Lechner L., Mesters I. & Bolman C., 2010, p. 221).

Zelfzorg en zelfmanagement stelt heel wat eisen aan de burgers. Een actieve houding en de bereidheid verantwoordelijkheid te nemen voor bepaalde zelfzorgtaken behoren hiertoe. In zorg- en ondersteuningssituaties verwachten we van personen met zorgbehoefte nogal wat kennis, vaardigheden en vermogens om een meer actieve rol in de zorg waar te kunnen maken.

Alle initiatieven en activiteiten die worden ondernomen om burgers hiervoor toe te rusten vallen onder de noemer **empowerment**. Empowerment betekent **mensen begeleiden**, hen versterken en 'competent' maken zodat ze zelf keuzes kunnen maken. We benadrukken **dat empowerment veel meer inhoudt dan informatie verschaffen** over 'hoe de gezondheid in eigen hand te nemen'. Om mensen met zorgbehoeften werkelijk te empoweren, hen 'competent' te maken en duurzame veranderingen in gedrag te krijgen, is er betere ondersteuning door het professionele zorg- en ondersteuningssysteem nodig. Professionals moeten voldoende toegerust zijn om dit proces te kunnen begeleiden. Van hen wordt verwacht dat ze de persoon met zorgbehoefte coachen om een actieve deelnemer te kunnen zijn in het zorg- en ondersteuningstraject.

Professionals moeten daarbij informatie geven, motiveren om gezond te leven en om trouw te blijven aan een behandeling, en moeten personen met zorgbehoefte voorbereiden met gedragsvaardigheden om de eigen zorg thuis te kunnen opnemen. *Mensen helpen om controle over hun gezondheid te verwerven en om hun gezondheid te verbeteren is binnen persoonsgerichte zorg in iedere consultatie een belangrijk deelaspect (Van Audenhove, 2015, p. 39).*

Kortom, de **professional** speelt een cruciale rol bij het **versterken van zelfzorg en zelfmanagement bij de persoon met zorgbehoefte**.

We wijzen er wel op dat het een misvatting is om empowerment enkel op het individuele niveau te situeren en om het te hertalen als het vergroten van de individuele verantwoordelijkheid (de zogenaamde individuele bias). Empowerment is een meerlagig concept dat zich ook op het collectieve niveau situeert. We bespreken dit in punt 2.3.4.

Tenslotte maken we nog een **belangrijke kanttekening**. Vandaag wensen veel personen met zorgbehoefte een actieve, geïnformeerde participant te zijn in het eigen zorg- en ondersteuningstraject. Een visie op zorg en ondersteuning die vertrekt van kwaliteit van leven gaat ervan uit dat mensen zelf de regie over het eigen leven willen behouden. We stelden dat burgers ook maximaal ondersteund moeten worden om die rol op te kunnen nemen. Toch weten we dat - zelfs wanneer de samenleving maximaal inzet op empowerment van burgers - er altijd burgers zijn die minder mondig zijn, die niet actief op zoek kunnen of willen gaan naar informatie. We weten dus dat niet elke burger op ieder moment een actieve participant zal kunnen of willen zijn. In het verhaal van integrale zorg en ondersteuning moet daarom bijzondere aandacht besteed worden aan personen met zorgbehoefte die, al dan niet tijdelijk, niet in staat zijn om de regie zelf op te nemen of dit niet wensen te doen.

Personen met zorgbehoefte verschillen immers erg van elkaar. Opleidingsniveau, sociaaleconomische status, leeftijd, culturele achtergrond en andere variabelen kunnen mee het beeld bepalen dat iemand heeft van zijn eigen rol en aandeel in een zorg- en ondersteuningstraject. Om hierop enige invloed uit te oefenen, is **werken aan de beeldvorming over zorg en ondersteuning** op het niveau van de ganse samenleving zeker van belang.

Daarnaast moeten we er echter over waken dat het zorg- en ondersteuningssysteem niet enkel focust op de actieve, goed geïnformeerde persoon met zorgbehoefte, maar zich in de breedte richt op alle types van burgers. De zorg en ondersteuning moet op maat van de persoon met zorgbehoefte zijn. Mensen die meer begeleiding en ondersteuning nodig hebben om tot gelijkwaardige zorg te komen, moeten die ook krijgen.

2.3.3. Zorg en ondersteuning delen met mantelzorgers

Professionele zorg en ondersteuning moet vertrekken vanuit de preventieve gedachte dat ondersteuning en begeleiding van zelfzorg en informele zorg nodig is (Visienota IZO, p. 15).

Informele zorg bestaat uit niet-georganiseerde mantelzorg (het persoonlijk netwerk van de persoon met zorgbehoefte) en uit de georganiseerde informele zorg (zoals vrijwilligerswerkingen). In dit punt ligt de aandacht bij de mantelzorger.

Informele zorg en formele zorg en ondersteuning moeten een continuüm vormen vanuit de gedachte van subsidiariteit én complementariteit (zie kadertekst). Dat betekent alle kansen (en ondersteuning) geven aan de minst ingrijpende vormen van zorg en ondersteuning vanuit een correct begrepen vermaatschappelijking¹⁴.

¹⁴ Volgens de definitie onder punt 1.3.1

De professional moet in elke zorgrelatie rekening houden met de aanwezige mantelzorg en deze ook betrekken bij het zorg- en ondersteuningstraject. Het is immers de bedoeling dat, wanneer gespecialiseerde zorg en ondersteuning nodig is, ernaar wordt gestreefd om dit in samenspraak met de mantelzorg op te nemen en met aandacht voor de draagkracht van de omgeving te bekijken of en hoe de zorg en ondersteuning voor de persoon met zorgbehoefte weer naar de thuissituatie kan komen. Professionals dienen er dus van meet af aan van doordrongen te zijn dat de zorg en ondersteuning gedeeld wordt met de mantelzorg. Daarbij moet de professional oog hebben voor de draagkracht van de mantelzorger en deze mee ondersteunen.

We merken op dat er in het verhaal van integrale zorg en ondersteuning ook bijzondere aandacht moet gaan naar personen met zorgbehoefte die niet over voldoende mantelzorg beschikken.

De raad pleit ervoor om bij de organisatie van een **continuüm van informele zorg tot formele zorg** en ondersteuning de idee van subsidiariteit of getrapte zorg te hanteren. Gaande van zelfzorg, over mantelzorg en wijk- en buurtzorg naar de professionele eerstelijnszorg en ondersteuning tot de gespecialiseerde zorg en ondersteuning. Subsidiariteit betekent in deze context dat men **alle kansen wil geven aan zelfzorg, mantelzorg en informele zorg en dit professioneel mee zal ondersteunen**. Het betekent dat de minst ingrijpende zorg en ondersteuning voorrang krijgt; minimale zorg geleverd door het informele netwerk waar mogelijk, meer intensieve formele zorg en ondersteuning waar nodig. Wanneer meer gespecialiseerde vormen van zorg en ondersteuning noodzakelijk zijn, zullen deze ook niet langer worden aangehouden dan nodig is voor het herstel van de persoon met zorgbehoefte. De raad benadrukt dat het gaat om een wisselwerking tussen de verschillende vormen van zorg en ondersteuning. Informele zorg moet steeds een vrije keuze kunnen zijn. Door het ondersteunen en aanvullen van die informele zorg met andere vormen van zorg en ondersteuning, zal ze in veel gevallen ook beter haalbaar worden. 'Het streefdoel is een **gedeelde zorg en ondersteuning** op maat van de persoon met zorgbehoefte, waarbij niet automatisch uitgegaan wordt van het maximale aanbod. Getrapte zorg bevordert de autonomie van de persoon met zorgbehoefte en vermijdt zorgafhankelijkheid' (Everaert S., Scheerder G., De Coster I. en Van Audenhove Ch., 2007, p. 14). (Visienota IZO, p. 15)

2.3.4. Sociale cohesie versterken

Goed functioneren in de samenleving en een goede kwaliteit van leven opbouwen blijkt vaak makkelijker voor wie over voldoende 'sociaal kapitaal' beschikt en zo een stevig sociaal netwerk kan opbouwen. Bovendien vormt sociale cohesie in de samenleving het cement voor de vermaatschappelijking van zorg en ondersteuning.

Het is nodig dat we die sociale cohesie structureel versterken. Dat kan op individueel niveau, op groepsniveau en op niveau van de brede samenleving.

De professional moet in zijn individuele zorg- of hulpverlening naar 'verbinden' streven. Dit kan hij doen door met de persoon met zorgbehoefte na te gaan of er in zijn omgeving mensen zijn die kunnen helpen, door met hem het bestaande sociale netwerk te bevragen. Een persoon met zorgbehoefte kan soms ook verder worden geholpen door verbindingen met groepen tot stand te brengen. Er bestaan al beproefde methodieken in het kracht- en herstelgericht werken die personen met zorgbehoefte en hun omge-

ving kunnen aanspreken en activeren (zoals o.m. de familieconferenties en de eigenkrachtconferenties).

Professionals kunnen ook op het niveau van groepen (wijken, gemeenschappen,...) werken aan sociale cohesie. Dat is een belangrijk aspect van de **empowerment** van kwetsbare burgers. Empowerment heeft tot doel mensen in kwetsbare posities te versterken om de regie over het eigen leven te behouden of te verwerven. **De misvatting bestaat om empowerment enkel op het individuele niveau te situeren en om het te hertalen als het vergroten van de individuele verantwoordelijkheid** (de zogenaamde *individuele bias*). Empowerment is een meerlagig concept waarbij het individuele welzijn van personen en groepen onlosmakelijk verbonden is met de bredere sociale en politieke context. Het gaat om gedeelde verantwoordelijkheid die het individualiseringsdenken ver achter zich laat (Van Regenmortel T. 2007, p. 7).

Empowerment kijkt dus ook naar de omgeving. Een persoon met zorgbehoefte kan zijn omgeving aanspreken (mantelzorg, de gemeenschap of 'community', het zorg- en ondersteuningssysteem,...). Empowerment houdt ook in dat op politiek-maatschappelijk niveau acties worden ondernomen om zelfzorg, zelfmanagement, mantelzorg en vrijwilligerszorg te ondersteunen (vb. informatie verstrekken, taboes doorbreken, toegankelijkheid van voorzieningen verbeteren,...). Dat kunnen we ook **een proces van 'enabling'** noemen: het mogelijk maken van een 'machtsoverdracht' binnen de zorg en ondersteuning waarbij de persoon met zorgbehoefte zelf de instrumenten in handen krijgt om de regie over het eigen leven te houden.

Het is belangrijk maatschappelijk in te zetten op meer vroegtijdige en weinig ingrijpende interventies waar de professionele ondersteuning meer aandacht kan geven aan **sociale cohesie, probleemvoorkoming, preventie en gezondheids- en welzijnsbevordering**. De actoren in het sociaal werk en het sociaal cultureel werk die nu al een verbindende rol spelen, kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan een zorgende samenleving (Visienota IZO, p. 15).

Daarnaast moet er meer aandacht gaan naar de relatie van professionals met peer support, community health workers, buddy's en zo meer. Het gaat om nieuwe vormen van ondersteuning die de band tussen professionele kennis en ervaringsdeskundigheid kan versterken.

Tenslotte weten we dat het bestaan van **een kwaliteitsvol en toegankelijk zorg- en ondersteuningssysteem** in een samenleving op zich ook bijdraagt tot meer sociale cohesie. Een toegankelijk systeem zorgt er voor dat mensen ergens terecht kunnen bij problemen. Zo hebben burgers niet het gevoel 'dat alles maar informeel moet opgelost worden'. Dat is een **belangrijk aspect van een goed begrepen vermaatschappelijk**. Uit internationale literatuur blijkt immers ook dat de lokale beschikbaarheid van omvattende en toegankelijke zorgvoorzieningen als een kritisch ingrediënt van goede zorg wordt beschouwd (Van Audenhove Ch., 2015, p. 49). Het zorg- en ondersteuningssysteem zelf is dus een belangrijke determinant voor integrale zorg en ondersteuning.

We verwachten dat professionele zorg en ondersteuning op het terrein **een verbindende functie** opneemt. Professionals in zorg en ondersteuning hebben tot opdracht om het aanwezige informele zorg- en ondersteuningspotentieel in de samenleving te

activeren, te ondersteunen en indien mogelijk te vergroten. Generalistische professionals moeten ook **empowerend kunnen werken**.

Daarnaast is het **opnemen van maatschappelijke verantwoordelijkheid (social accountability)** een belangrijke competentie. Professionals moeten er mee over waken dat ons zorg- en ondersteuningssysteem aan de voorwaarden van maatschappelijk verantwoorde zorg beantwoordt (SAR WGG, visienota MVZ, 24 februari 2011).

Jonge, recent opgeleide professionals treffen een bepaald systeem aan. En dat systeem heeft bepaalde kenmerken, drivers om bepaalde dingen te doen en andere te laten. We menen dat je als professional ook kritisch moeten kunnen staan ten aanzien van dit systeem. Werkt ons systeem wel goed? Een professional moet dit kritisch in vraag durven stellen om het systeem mee van binnen uit te veranderen. Frenk e.a. (2010, p.1923) stelt dat *professionals are falling short on appropriate competencies for effective teamwork, and they are not exercising effective leadership to transform health systems*. Een professional beschikt nochtans over een hoop informatie die in signalen kan worden omgezet. We verwachten dat professionals die signaalfunctie ook opnemen. Een beroep uitoefenen vanuit een maatschappelijke bewogenheid (social accountability) betekent onder meer de eigen organisatie kunnen overstijgen, meewerken aan de processen in de samenleving die structureel kunnen ondersteunen, wat de professional op het individuele vlak probeert te realiseren. Concreet betekent dit **'advocacy'**: dingen op de agenda zetten, de georganiseerde krachten mee ondersteunen, stem geven aan de stemlozen, met mensen op stap gaan naar verandering en naar een betere samenleving.

2.3.5. Sensitief zijn voor diversiteit

In de samenleving vandaag is het thema 'diversiteit' meer dan ooit aan de orde. Professionals komen op de werkvloer steeds meer diversiteit tegen. Diversiteit in zorg en ondersteuning houdt méér in dan louter etnisch-culturele diversiteit. Het omvat ook socio-economische diversiteit, taal, gender, seksuele voorkeur, enz. ... We willen het in het kader van dit advies hebben over deze 'diversiteit' in brede zin.

De Maesschalk (2013, p.10) stelt dat *de kern van het omgaan met diversiteit is dat hulpverleners [professionals] in staat moeten zijn om 'cultuursensitief' te werken. Hiermee wordt bedoeld dat men zich bewust moet zijn van het feit dat de achtergrond van een persoon, zij het cultureel, etnisch, sociaal of religieus, een rol kán spelen in de communicatie, en mogelijk een invloed heeft op diens gezondheid en gezondheidsgedrag, maar dit niet noodzakelijk zo dient te zijn. Men zal, door dit bewustzijn, op een open en nieuwsgierige manier de relatie kunnen aangaan met de patiënt/cliënt [persoon met zorgbehoefte], zonder in de valkuil van stereotypen en vooroordelen te trappen.*

We stellen wel dat om gelijkwaardig om te kunnen gaan met elke persoon, ongeacht diens achtergrond, in de eerste plaats ook een sterk uitgebouwd direct toegankelijk aanbod een vereiste is. Toegankelijkheid is de afwezigheid van formele, financiële, sociale en geografische belemmeringen. De verschillende componenten van toegankelijkheid werden door de SAR WGG beschreven in de visienota Maatschappelijk Verantwoorde Zorg (24 februari 2011). Toegankelijke zorg moet beschikbaar zijn, tijdig, bereikbaar, betaalbaar, vertrekken van menselijke waardigheid, integriteit en diversiteit,

en bekend en begrijpbaar zijn (transparant). Binnen het direct toegankelijk aanbod zijn er daarom best voldoende professionals generalistisch getraind.

Cultuursensitief zijn

Holtzer (2015, p. 155) stelt dat *cultuursensitieve zorg en ondersteuning 'gewoon' uitmuntende persoonsgebonden waardige zorgverlening is. [...] Los van elk debat over multiculturaliteit of superdiversiteit houdt goede zorgverlening altijd rekening met de unieke, individuele zorgbehoevende mens.*

Het gaat dan over de grondhouding die we eerder beschreven met betrekking tot het aangaan van een gelijkwaardige zorg- en ondersteuningsrelatie. Die grondhouding is ons inziens een noodzakelijke maar onvoldoende voorwaarde voor cultuursensitieve zorg. Om werkelijk gelijkwaardig om te gaan met elke persoon, ongeacht diens achtergrond, moeten professionals specifieke competenties ontwikkelen.

De internationale literatuur is het er over eens dat 'culturele competentie' een noodzaak is voor de opleiding van professionals in zorg en ondersteuning binnen de huidige evolutie naar diversiteit in de maatschappij (Hendrickx, 2013, p. 44).

Globaal genomen komen in elke definitie van 'cultuursensitieve competentie' de elementen kennis, vaardigheid en attitude terug.

- Bij de kenniscomponent gaat het onder andere om kennis van culturele schema's, notie hebben van de grote referentiekaders in de antropologie. Zo moet men enig zicht hebben op wat de regels en verhoudingen zijn in patriarchale samenlevingen, op wat de impact is van godsdienst, en zo meer. Maar men moet zich steeds bewust zijn dat niet alle verschillen cultuurgebonden zijn. Ook de context van mensen is belangrijk, de sociaaleconomische positie of de persoon met zorgbehoefte uit een gebied komt waar er conflicten aan de gang zijn, enz.
- De vaardigheid om met die kennis flexibel om te gaan is belangrijk. *Het is van belang na te gaan in hoeverre de gesprekspartner [persoon met zorgbehoefte] waarde hecht aan bepaalde culturele aspecten en in hoeverre deze een belemmering zouden zijn voor het contact. Dit om stereotypering te vermijden, met andere woorden dat het individu wordt gereduceerd tot karikatuur van de oorspronkelijk etnische groep (Hendrickx, 2013, p.46).*
- De juiste attitude is onmisbaar in de cultuursensitieve competentie. De wil om met burgers met een andere achtergrond om te gaan, moet aanwezig zijn. De professional moet zich bewust worden van de eigen vooroordelen. Daarbij is het belangrijk dat hij kan reflecteren over de eigen achtergrond en invloeden.

Taal en tijd zijn belangrijke aspecten bij interculturele zorg- en ondersteuningsrelaties (De Maesschalk, 2013, p.15-17). Bij het verlenen van zorg en ondersteuning moet men bovenal goed kunnen communiceren met elkaar. Daarom is het nodig tijd te nemen, vooral bij het begin van een zorg- en ondersteuningsrelatie, en is ook taal een belangrijk aandachtspunt. Natuurlijk is het goed dat professionals zelf meertalig zijn, maar we benadrukken toch vooral dat er meer tolken nodig zijn in de zorg en ondersteuning (zie Deel 2: anders aansturen).

Internationale verdragen zoals de Verklaring van de rechten van de mens, het Kinderrechtenverdrag en het verdrag van de rechten van personen met een beperking vormen het referentiekader. Ze vormen het ethisch minimum in zorg en ondersteuning (bijv. mannen en vrouwen worden gelijk bejegend). Dat geldt voor professionals maar

evengoed voor alle burgers, voor personen met zorgbehoefte, de gebruikers van het zorg- en ondersteuningssysteem. Discriminatie en vooroordelen kunnen van geen van de partijen worden getolereerd.

Cultuur kan echter geen alibi zijn om af te wijken van deze rechten. Cultuursensitief zijn betekent dat je goed communiceert, het perspectief van de persoon met zorgbehoefte leert kennen en erkent. Daarnaast moet een professional ook aangeven wat de eigen grenzen zijn.

Sociaaleconomisch sensitief zijn

Bovenstaande elementen gelden evenzeer in de zorg- en ondersteuningsrelatie met personen met een andere socioeconomische achtergrond. We vertalen deze hier naar de specifieke context.

- **Kennis:** Het is belangrijk dat professionals zicht hebben op de structurele oorzaken, op de mechanismen van kansarmoede, op hoe uitsluiting werkt (WHO, 2008).
- **Vaardigheden:** Die inzichten moet een professional dan kunnen vertalen naar de context van personen met zorgbehoefte. Aandacht voor en inzicht hebben in sociale codes in kansarme gezinnen is een belangrijke vaardigheid.
- **Attitudes:** Een professional die 'sociaaleconomisch sensitief' werkt, staat open voor het werken met burgers met een andere socioeconomische achtergrond, is zich bewust van 'het eigen referentiekader' en zal dit niet als enige norm nemen bij het beoordelen van de kwaliteit van leven van persoon met zorgbehoefte.

2.3.6. Technologie en ICT inzetten

Technologie zal een dominante plaats krijgen in preventie, diagnostiek, ondersteuning en behandeling, en zelfmanagement. In 2030 kunnen burgers veel zelf regelen, thuis of in de buurt, met zorg op afstand. Daardoor krijgen zorgprofessionals een meer uitvoerende, begeleidende en coördinerende rol. Dit kan leiden tot reductie van het aantal specialisaties en beroepsgroepen (Zorginstituut Nederland, 2015, p. 22).

Technologie en digitalisering zullen dus de wijze waarop we zorg en ondersteuning verlenen grondig veranderen. De wijze waarop mobiele toestellen zoals de smartphones in een mum van tijd verspreid geraken, de steeds groeiende mogelijkheden van mobiele toepassingen (mhealth) doen vermoeden dat de zorg en ondersteuningssector er binnen een tiental jaren wel eens heel anders uit kan zien. Technologie zal ongetwijfeld een cruciale rol spelen bij zorginnovatie en anders gaan werken.

Wanneer ontwikkelingen op het vlak van technologie en ICT op een duurzame manier geïntegreerd raken in de zorg- en ondersteuningssectoren, kan dit ook de emancipatie van personen met zorgbehoeften ten goede komen en ondersteunend zijn aan hun functioneren en participeren aan de samenleving. Duurzaamheid betekent onder meer dat technologie alleen ingezet wordt wanneer het bijdraagt tot kwaliteit van leven.

Ook het gebruiken van ICT om informatie te registreren, te structureren en te coderen zal een cruciale bijdrage leveren aan het integreren van zorg en ondersteuning. Het kan samenwerkingsverbanden ondersteunen.

Professionals zullen dus snel op de kar van de digitalisering moeten springen. *De nieuwe digitale wereld van ontdekkingen in welzijns- en gezondheidszorg mag uiteraard niet los komen te staan van de wereld van de zorgprofessional. Dat zou niet alleen voor ongelooflijke inefficiëntie zorgen, maar ook voor toenemende risico's. De twee werelden moeten elkaar dringend beter vinden (Van Herck P., 2015, p. 90).*

ICT kan de zorg en ondersteuning vereenvoudigen en ondersteunen, maar er moet aandacht blijven gaan naar de mogelijke valkuilen. De 'digitale kloof' houdt een groot risico op ongelijkheid in.

2.4. It takes two to tango of het perspectief van de professional

Een zorgende samenleving kunnen we maar neerzetten wanneer er ook 'zorg en ondersteuning is voor de professional'. De raad benadrukte reeds het belang van ondersteuning van de informele zorg, en meent dat ook de nodige aandacht moet gaan naar de werkbaarheid en juiste ondersteuning van de professionals. Ook bij de professionals is het zeer belangrijk de balans tussen draagkracht en draaglast in een goed evenwicht te houden. Een goede organisatie van de professionele zorg en ondersteuning moet ook de professional zelf versterken (Visienota IZO, p. 16).

We beschreven in hoofdstuk 1 hoe onze snel evoluerende en complexe samenleving impact heeft op de manier waarop de mens zich vandaag aandient. Dat geldt ook voor de professional zelf. Hij dient zich anders aan op de arbeidsmarkt. Organisaties in zorg en ondersteuning moeten meer inzicht verwerven in wat professionals motiveert en betrokken houdt. In deze tijd hebben heel wat immateriële beloningen (status, gezag, ...) aan belang ingeboet. Waardering wordt hoofdzakelijk economisch uitgedrukt. Professionals die in de zorg en ondersteuning willen werken vanuit de grondhouding die hiervoor werd beschreven, blijven al te vaak op hun honger. Ze komen vaak in structuren terecht die het moeilijk maken deze integrale zorg en ondersteuning ten volle te verlenen. Die inzet wordt niet altijd op de juiste manier 'gewaardeerd'.

Daarom is het essentieel aandacht te besteden aan de hindernissen op de arbeidsmarkt, in organisaties en in de regelgeving, die het verlenen van integrale zorg en ondersteuning afremmen. Hierop zullen we uitgebreid doorgaan in deel II (Hoe realiseren we dit?).

In tijden waarin de roep van de burger, en de persoon met zorgbehoefte in het bijzonder, om zelfbeschikking groot is, moeten professionals ook ruimte krijgen om de eigen grenzen aan te geven. De slinger kan niet volledig doorslaan. Een goede, gelijkwaardige zorg- en ondersteuningsrelatie kan maar bestaan wanneer beide partijen zich erin gehoord en gewaardeerd voelen. It takes two to tango.

2.5. De superprofessional? Of ligt de toekomst in het samenwerken?

Als we alle verwachtingen die hoofdstuk 2 beschrijft samen nemen, ontstaat de indruk dat de persoon die dit alles feilloos combineert wel een 'superprofessional' moet zijn. Bezitter van een arsenaal van waarden, normen en generalistische competenties waarmee hij zich boven verschillende wereldbeelden én heel wat kleinmenselijke eigenschappen kan verheffen en er ook naar kan handelen.

We erkennen dat het een moeilijk debat is. Wat voor professional verwachten we? Is het inderdaad iemand die in staat is zich te verheffen uit verschillende wereldbeelden (worldviews)? En hoe leer je dat dan aan? Of willen we net verschillende soorten zorgverleners, met verschillende mensbeelden als achtergrond?

Enige nuancering bij het beschreven ideaal is dus op zijn plaats.

De beschreven grondhouding van de professional, het inzetten op zoveel mogelijk kwaliteit van leven voor de persoon met zorgbehoefte, de aandacht voor wat echt belangrijk is, dát moet absoluut de basis moet zijn voor elke professional die in zorg en ondersteuning wil werken. Dat is wie de 'professional in zorg en ondersteuning' als mens moet 'zijn'.

We denken ook dat professionals op zijn minst getraind moeten worden om te reflecteren over het eigen wereldbeeld en het eigen handelen en over de vraag hoe je als professional kan omgaan met mensen die andere ideeën, andere mensbeelden, andere achtergronden hebben,... Dat **ethisch kunnen reflecteren** is een belangrijke vaardigheid in onze postmoderne samenleving waar het referentiekader niet meer zo eenduidig is als vroeger.

De toekomst ligt in het samenwerken

Verder zijn er bij de beschreven verwachtingen gradaties mogelijk in de mate waarin deze competenties ontwikkeld moeten zijn. We verwachten niet van iedereen dezelfde mate van 'advocacy' bijvoorbeeld. Het hangt ook af van het beroep dat iemand beoefent en van de regelruimte die iemand krijgt.

Wel poneren we dat de toekomstige zorg en ondersteuning er één van **samenwerking in zorgteams** zal zijn. **Het is de verwachting dat zorgteams samen de generalistische competenties, zoals ze hier beschreven zijn, en de specialistische competenties vorm zullen geven.** Een team zal in de uitwisseling en samenwerking tot de nodige ethische reflectie komen. We merken op dat de omgeving waarin een professional zich beweegt, waarin hij werkt of tewerkgesteld is, hierin een cruciale rol speelt. De beroeps- of organisatiecultuur moet het mee mogelijk maken dat er ethisch gerefleeteerd kan worden.

We halen 'het **samenwerken**' aan als laatste maar **essentiële competentie van de professional in zorg en ondersteuning. Integrale zorg en ondersteuning bieden kan je enkel in netwerken, samenwerkingsverbanden en in zorg- en ondersteuningsteams.**

In wat volgt (deel II) zullen we de voorwaarden beschrijven die nodig zijn om tot een goede samenwerking te komen. Dat zit in de arbeidsorganisatie, in het onderwijs en in de beleidsaansturing.

Bibliografie

- Baart A. (2001) *Een theorie van de presentie*. Lemma: Boom. p. 918.
- Baart A. & Grypdonck M. (2008) *Verpleegkunde en presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg*. Lemma: Den Haag. pp. 21-26.
- De Maeseneer J., Aertgeerts B., Remmen R., Devroey D. (red.) (9 december 2014) *Together We Change. Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit!* Brussel.
- De Maesschalk S., *Diversiteit in de hulpverleningsrelatie: een benadering vanuit verschillende perspectieven*. In: Willens S.& Mertens J. (2013) Professioneel omgaan met diversiteit. Cahier Welzijnsgids. Kluwer: Mechelen, pp. 7-23.
- De Wachter D. (2012) *Borderline times. Het einde van de normaliteit*. LannooCampus: Leuven.
- Dorn T., Heijmans M. e.a. (2007) *Knelpunten en hiaten bij interventies gericht op ondersteuning bij zelfmanagement, overgewicht en mantelzorg. Een quick scan*. NIVEL: Utrecht.
- Expert Panel on effective ways of investing in health (2014) *Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems*. European Commission. 66 p.
- Flanders' Care (januari 2013) *Zoekconferentie 'Slimmer zorgen voor morgen'*.
- Freidson E. (1972) *The profession of medicine. A study of Sociology of Applied Knowledge*. p. 440.
- Frenk J. e.a. (2010) Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. In: *The Lancet*, Vol 376, december 4, pp.1923-1958.
- Gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken. Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid*. Goedgekeurd IMC 19 oktober 2015.
- Goossensen A. & Baart A. Kwaliteit van zorg 2.0: menslievende, presente en zorgzame zorg. In: *Kwaliteit van zorg*, 2001, nr. 6.
- Hendrickx K., *Interculturele competentie: kennis, vaardigheden en attitude*. In: Willens S.& Mertens J. (2013) Professioneel omgaan met diversiteit. Cahier Welzijnsgids. Kluwer: Mechelen, pp. 44-54.
- Hermans, K., De Coster, I., Demaerschalk, E., Michelini, S., Zelderloo, L., Van Audenhove, C. (2009). *Quality approaches for assuring the quality of training and service provision*. CEDEFOP: Thessaloniki.
- Holtzer L. (2015) *De 7 privileges van de Zorg*. Acco: Leuven.
- Kievitgroep. (s.d.). *Van Dokter ik heb ook iets te zeggen naar Minister ik heb ook iets voor te stellen*. Human Resources: Het nieuwe werken.
- Lechner L., Mesters I. & Bolman C. (2010). *Gezondheidspsychologie bij patiënten*. Van Gorcum: Assen. p. 456.

Orem Dorothea (1971) *Verplegen als compensatie van en educatie bij zelfzorgtekorten*.

SAR WGG (4 november 2010) *Reflectienota Eerstelijnszorg*. Brussel.

SAR WGG (24 februari 2011) *Visienota Maatschappelijk Verantwoorde zorg*. Brussel

SAR WGG (7 december 2012) *Visienota Integrale zorg en ondersteuning*. Brussel.

Sermeus W. Vleugels A. e.a. (2009). *Onderzoek naar de toekomst van transmurale zorgpaden binnen Vlaanderen*. Eindrapport november 2009. Centrum voor ziekenhuis- en verplegingswetenschap: K.U.Leuven.

Van Audenhove Ch. (2015) *Medische keuzes. Praktische gids voor overleg tussen zorgverstrekkers en patiënt*. Lannoo Campus: Leuven.

VANDEURZEN Jo, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (21 mei 2010) *Werk maken van werk in de zorgsector. Actieplan ter bevordering van de werkgelegenheid*.

van Ewijk H. (2010). *Maatschappelijk werk in een sociaal gevoelige tijd*, Universiteit voor Humanistiek, Utrecht

van Ewijk H. en Kunneman H. (red.) (2015). *Praktijken van normatieve professionalisering*. Uitgeverij SWP/Amsterdam. p. 461.

Van Herck P. (2015) *Transformeren om te overleven in de zorg. Healthcare in het nieuwe tijdperk*. Voka Books. Lannoo Campus: Leuven.

Van Regenmortel T. *Empowerment en vraagsturing in de zorg. Onlosmakelijk verbonden?* In: Tijdschrift voor Welzijnswerk, december 2007, 31e jg, nr 288, pp.6-14.

Visser W. (2013) *Verzorgingssociologie. Visies op samenleven en zorg*. Uitgeverij Coutinho: Bussum.

World Health Organisation (2002). *Global Report. Innovative Care for Chronic Conditions. Building blocs for Action*.

World Health Organisation (2008). *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*.

Zorgnet Icuro (juli 2015) *Zorgwijzer Magazine* 53.

Zorginstituut Nederland (2015) *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*.