

Journal of Social Intervention: Theory and Practice –
2015 – Volume 24, Issue 4, pp. 23–44
<http://doi.org/10.18352/jsi.441>

ISSN: 1876-8830

URL: <http://www.journalsi.org>

Publisher: Utrecht University of Applied Sciences,
Faculty of Society and Law, in cooperation with
Utrecht University Library Open Access Journals

Copyright: this work has been published under a
Creative Commons Attribution-Noncommercial-No
Derivative Works 3.0 Netherlands License

Jogé Boumans, LL.M. is als PhD-candidate verbonden
aan het departement Tranzo van Tilburg University

Winke Swinkels, M.Sc. is als onderzoeker verbonden aan
het departement Tranzo van Tilburg University

Prof. dr. Ien van de Goor is als bijzonder hoogleraar
Effectiviteit van Individuele Preventie verbonden aan het
departement Tranzo van Tilburg University

Prof. dr. Katrien Luijkx is als bijzonder hoogleraar
Ouderenzorg verbonden aan het departement Tranzo
van Tilburg University

Correspondence to: Jogé Boumans, Tilburg University,
Departement Tranzo, PO box 90153, 5000 LE Tilburg,
The Netherlands

E-mail: j.boumans@tilburguniversity.edu

Received: 7 May 2015

Accepted: 14 November 2015

Category: Research

JOGÉ BOUMANS,
WINKE SWINKELS,
IEN VAN DE
GOOR, KATRIEN
LUIJKX

ZORGCOÖPERATIES: ERVARINGEN VANUIT DRIE PERSPECTIEVEN

ABSTRACT

Care cooperatives: Experiences from three perspectives

Dutch civil society is changing: the costs of healthcare and welfare are on the rise while, at the same time, government spending on these sectors is decreasing. Especially in rural areas, many citizens are now confronted with a decline in the supply of care and welfare facilities. Some citizens in these rural areas have taken matters into their own hands and are arranging their own care and welfare services via healthcare and welfare cooperatives (hereafter: “care cooperatives”). This development is potentially of high relevance to the government, which is promoting increased personal participation in the healthcare and welfare sectors in order to reduce public spending

ZORGOÖPERATIES

in these areas. It is also important for citizens who wish to participate in organizing their own care and for the healthcare and welfare suppliers who may be able to improve their services by incorporating the new knowledge gained by the care cooperatives.

The aim of this study is to gain insight into the functioning of care cooperatives as a specific form of citizens' initiative. This short exploratory study is designed to answer the following research question: What are the experiences of care recipients, professional and voluntary caregivers and initiators of care cooperatives with respect to care cooperatives?

To answer this research question, we conducted a case study involving three care cooperatives in the Netherlands. We interviewed three different groups of stakeholders, namely care recipients, caregivers and the initiators of these care cooperatives. During the study, the researchers were accompanied by a team of experts from the various fields of practice. The results of the study were discussed with this team and during an expert meeting. This study contributes to our knowledge of care cooperatives because to date, only a few studies have been conducted in relation to the initiators of care cooperatives, none of which were scientifically based or included the perspectives of care recipients and caregivers.

The interviewed care recipients were elderly community members who receive healthcare or welfare services from a care cooperative. They were very satisfied with the limited number of caregivers taking care of them (no more than five caregivers in total). They were also satisfied with the frequency and flexibility with which the caregivers visited them. Generally, care recipients knew which caregiver would come at which time. The caregivers also offered flexibility in the timing of their visits and the care recipients were able to reschedule appointments if necessary. The research shows that care recipients were very satisfied with the way care cooperatives provide care. This method of providing care made it possible for care recipients to continue living their own lives and gave them the opportunity to maintain control over their own lives. Care cooperatives managed to provide person-centred care, which translates as care in which the recipient is the focal point of attention. Recipients play an active role, are able to maintain their own identity and control of their own lives, and remain self-reliant, sometimes with help from family or friends.

Most caregivers lived in the villages covered by the working area of the care cooperative. However, the scope of their work varied. While some caregivers worked as volunteers by helping at a day care facility for elderly people, other caregivers received remuneration and the scope of their work

included nursing and taking care of elderly people living independently in their own homes. The reasons given by caregivers for choosing to work for the care cooperative also differed. Some caregivers mentioned social benefits and the opportunity to contribute to the quality of life in the village. Others mentioned benefits at the individual level and their enjoyment of working within a trusted environment.

The manner in which care cooperatives provide care corresponds to the way that caregivers want to provide care to care recipients. For example, the number of clients was limited and caregivers appreciated working in small self-managing teams that provide them with a high degree of autonomy in their work. However, it was found that working for a care cooperative also has drawbacks. For example, it is not possible to offer caregivers a contract with fixed work hours and the number of hours that they can work is often not sufficient to provide the principal income of their family. Furthermore, working in one's own village with a high degree of autonomy can also lead to a blurring of the boundary between work and personal life. Caregivers sometimes reported receiving after-hours calls from care recipients and/or thinking about the situation of the care recipients when they were at home.

Initiators had varying motivations for setting up a care cooperative. Often, they reported negative personal experiences with regular forms of care. One initiator was motivated by his own professional experience of working in healthcare. Some positive and negative experiences were mentioned in earlier non-scientific research. In order to establish and maintain a care cooperative, a broad social consensus is crucial. It is important that the care cooperative begins its activities quickly so that villagers can see that the care cooperative is active. Initiators also stressed the importance of the organizational structure. They advised establishing a structure in which the members are able to exert a significant influence on the policies of the care cooperative.

One new negative aspect found in this study was the problem of continuity. The initiators of care cooperatives need to find successors in their own village who are as passionate about the care cooperative as they are in order to ensure the continued existence of the care cooperative. Another negative aspect was the amount of regulation that care cooperatives must take into account. Finally, the unwillingness and/or impossibility of organizations and municipalities to cooperate with the care cooperative was a further negative aspect. At the same time, when these organizations and municipalities did cooperate, this could act as a positive experience for the establishment and continuation of a care cooperative.

ZORGCÖOPERATIES

This exploratory study is the first study on care cooperatives in the Netherlands that includes all three of these perspectives. It provides many new findings, particularly with regard to the perspectives of care recipients and caregivers.

Keywords

Care cooperative, citizens' initiative, care recipients, caregivers, experiences

SAMENVATTING

Zorgcoöperaties: Ervaringen vanuit drie perspectieven

Dit onderzoek geeft een eerste inzicht in de ervaringen van zorgontvangers, zorgverleners en initiatiefnemers met de oprichting en voortzetting van zorgcoöperaties. Van drie zorgcoöperaties zijn zorgvragers, zorgverleners en initiatiefnemers geïnterviewd over hun positieve en negatieve ervaringen met zorgcoöperaties en over hun ervaringen met reguliere zorgorganisaties. Het doel is een bijdrage te leveren aan kennisontwikkeling over het functioneren van zorgcoöperaties.

De ondervraagde zorgontvangers zijn erg tevreden over de ontvangen ondersteuning en zorg: het contact met zorgverleners is goed en er zijn veel mogelijkheden om de eigen regie over het leven te behouden. Zorgverleners vinden het prettig om voor een zorgcoöperatie te werken, vooral vanwege de grote zelfstandigheid en omdat zij bij kunnen dragen aan de zelfredzaamheid van de mensen voor wie zij zorgen. Het werken voor een zorgcoöperatie heeft echter ook een keerzijde, namelijk dat zorgverleners vaak niet voldoende (vaste) uren kunnen werken en er soms te weinig scheiding is tussen privé en werk. Initiatiefnemers richten een zorgcoöperatie op omdat zij er, vanuit persoonlijke of professionele ervaringen, van overtuigd zijn dat het beter kan: vooral kleinschaliger met meer aandacht voor de menselijke maat. Draagvlak in het dorp is cruciaal voor de oprichting en voortzetting van een zorgcoöperatie.

Trefwoorden

Zorgcoöperatie, burgerinitiatief, zorgontvanger, zorgverlener, ervaringen

INLEIDING

De zorg staat onder druk door toenemende vergrijzing, stijgende zorgkosten en een dreigend tekort aan zorgpersoneel. De overheid zet in op toekomstbestendige zorg. Zij verwacht van

burgers dat ze zo lang mogelijk zelf de regie over hun leven voeren en eerst hun sociale (buurt)netwerk inzetten als zij ondersteuning en zorg nodig hebben. In een dergelijke “participatiemaatschappij” wordt de samenwerking tussen beroepskrachten en vrijwilligers van zorgorganisaties en zorgbehoevenden, hun familieleden en het sociale (buurt)netwerk van mensen steeds belangrijker (Rijksoverheid, 2014).

In Nederland nemen burgers inderdaad het heft in eigen hand door het oprichten van burgerinitiatieven, ook in de zorgsector (Van Beest, 2014; Van de Wijdeven, De Graaf & Hendriks, 2013). Veel van deze burgerinitiatieven in de zorg zijn te vinden in de kleine plattelandsgemeenten in de provincie Noord-Brabant (Koopman, 2014). De reden voor de ontwikkeling van zorgcoöperaties in deze regio is gelegen in het feit dat de leefbaarheid in een aantal kleine kernen onder druk staat, vanwege de ontgroening (het wegtrekken van jongeren) en een afnemend voorzieningenniveau. De vergrijzing neemt tegelijkertijd toe waardoor er een grotere behoefte aan voorzieningen voor ouderen(zorg) ontstaat. Ontevredenheid van dorpsbewoners over het (zorg)aanbod is veelal één van de aanleidingen tot de oprichting van een zorgcoöperatie (Van Opstal, 2008).

De toenemende groei van zorgcoöperaties is een gevolg van het huidige beleid op het gebied van de zorg. Het voorzieningsniveau van de overheid loopt steeds verder terug en noch de markt, noch de bestaande organisaties vangen deze terugloop op en bieden die diensten aan waaraan behoefte is. Dit wordt door Van Opstal (2008) de “vacuümhypothese” genoemd. Actieve burgers vullen door middel van zorgcoöperaties het vacuüm op dat is ontstaan.

Een zorgcoöperatie is een vorm van burgerinitiatief. Burgerinitiatieven ontstaan vaak uit one-issue bewegingen (Galesloot, 2002). Burgers constateren een probleem en reageren hierop door zelf actie te ondernemen. Soms gaat de ontwikkeling nog een stap verder en ontstaat een organisatiestructuur. Drie kenmerken van een burgerinitiatief zijn dat burgers zelf initiatief nemen, andere burgers daarbij betrekken en een visie hebben op wat ze willen bereiken. Bij het ontstaan van de zorgcoöperatie zien we deze drie kenmerken terugkomen. Dorpsbewoners constateren een probleem: (oudere, zorgbehoevende) dorpsbewoners willen in het dorp blijven wonen, maar dit is niet mogelijk door een gebrek aan voldoende en passende zorg en ondersteuning. Bewoners reageren hierop door anderen om advies en hulp te vragen en men formuleert samen een missie: zorgbehoevende dorpsbewoners langer in het dorp laten wonen. Men komt met oplossingen voor het probleem, zoals het opzetten van een dagbesteding of het organiseren van zorg aan huis. Doordat de oplossingen van het probleem steeds volwassener en concreter worden, wordt vaak besloten om een dergelijk initiatief in een

ZORGOÖPERATIES

juridische vorm te gieten en een stichting, vereniging of coöperatie op te richten. Indien men ervoor kiest om een coöperatie op te richten dan is volgens de officiële regels sprake van een zorgcoöperatie. Vaak worden burgerinitiatieven in zorg en welzijn die zijn vormgegeven als een stichting of een vereniging ook als een zorgcoöperatie aangemerkt. Zelfs initiatieven die nog geen juridische vorm hebben worden soms aangeduid als een zorgcoöperatie (Koopman, 2014). Een zorgcoöperatie past in principe goed binnen de participatiemaatschappij die de overheid voor ogen heeft. Immers, binnen zorgcoöperaties wordt de benodigde ondersteuning op het terrein van zorg en welzijn voor dorpsgenoten door dorpsgenoten zelf georganiseerd en verleend.

Zorg wordt in dit onderzoek, in navolging van Tronto (1993), breed opgevat en omschreven als "een scala aan activiteiten, gericht op het handhaven, het continueren en het herstellen van de 'wereld' om ons heen, op zo'n manier dat we er zo goed mogelijk in kunnen leven". Door zorg zo breed op te vatten, bedoelen we daar niet alleen verpleegkundige en verzorgende handelingen mee, maar ook handelingen gericht op het welzijn.

Hoewel initiatiefnemers overtuigd zijn van de meerwaarde van zorg aanbieden via zorgcoöperaties is er nog nauwelijks wetenschappelijk onderzoek gedaan naar dit fenomeen (Platform Zorgcoöperatieve ontwikkelingen Brabant, 2013; Schoorl & Winsemius, 2015). De niet-wetenschappelijke literatuur gaat vooral in op het perspectief van de initiatiefnemers. Zorg krijgt echter in operationele zin vorm binnen de relatie tussen zorgontvanger en zorgverlener (Kitson, Marshall, Bassett & Zeitz, 2013; McCance, McCormack & Dewing, 2011; McCormack & McCance, 2006; Tronto, 1993). Bij het bestuderen van zorgverlening verdienen de perspectieven van zorgontvangers en zorgverleners daarom als vanzelfsprekend aandacht.

Vanwege de potentie van zorgcoöperaties voor toekomstbestendige zorg, is het van maatschappelijk en wetenschappelijk belang om meer inzicht te krijgen in de voor- en nadelen van zorgcoöperaties. Bestaande en startende zorgcoöperaties, maar ook reguliere zorg- en welzijnsorganisaties kunnen deze inzichten mogelijk benutten om hun dienstverlening te verbeteren. Dit artikel beschrijft de resultaten van een verkennend onderzoek met als doel een bijdrage te leveren aan kennisontwikkeling over het functioneren van zorgcoöperaties, een specifieke vorm van burgerinitiatief. Het geeft een eerste inzicht in de ervaringen met de oprichting en voortzetting van zorgcoöperaties. Naast de perspectieven van zorgontvangers en zorgverleners wordt ook het perspectief van initiatiefnemers meegenomen.

De centrale onderzoeksvraag luidt:

Wat zijn de positieve en negatieve ervaringen met betrekking tot de oprichting en voortzetting van zorgcoöperaties, vanuit de perspectieven van zorgontvangers, professionele en vrijwillige zorgverleners en initiatiefnemers van zorgcoöperaties?

Deze centrale vraagstelling is uiteen te zetten in drie deelaspecten:

1. Wat zijn de ervaringen van zorgontvangers met zorgcoöperaties? Als zorgontvangers de zorg van de zorgcoöperatie kunnen vergelijken met zorg van reguliere organisaties, wat is dan hun oordeel daarover?
2. Wat zijn de ervaringen van professionele en vrijwillige zorgverleners met zorgcoöperaties? Als zorgverleners werken voor een zorgcoöperatie kunnen vergelijken met werken voor een reguliere zorgorganisatie, wat zijn de verschillen dan en wat is hun oordeel daarover?
3. Wat zijn de ervaringen van de initiatiefnemers met de oprichting en voortzetting van de zorgcoöperaties? Wat zijn de belangrijkste drijfveren en bedreigingen bij opstart en voortzetting van de zorgcoöperaties?

METHODE

Om inzicht te krijgen in de positieve en negatieve ervaringen met zorgcoöperaties is gekozen voor een kwalitatief onderzoek in de vorm van een case studie.

In het najaar van 2014 zijn er interviews gehouden met zorgontvangers, zorgverleners en initiatiefnemers van drie zorgcoöperaties in Noord-Brabant. Alle drie de zorgcoöperaties worden geleid door een bestuur. Dit vrijwillige bestuur bestond in eerste instantie uit (een aantal van) de initiatiefnemers. Veel van de diensten die de zorgcoöperaties aanbieden worden uitgevoerd door vrijwilligers. Zorgcoöperatie B en zorgcoöperatie C zijn initiatieven die wat langer bestaan en bieden naast allerlei diensten, zoals tuinonderhoud en een eetgroep, ook huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging aan. Zorgcoöperatie A wil deze hulp en verzorging wel gaan aanbieden, maar is nog niet zo ver. De huishoudelijke hulp en de persoonlijke verzorging wordt uitgevoerd door zorgverleners die hetzij via de PGB, hetzij via onder-aannemerschap van een reguliere zorgorganisatie betaald worden. Alle drie de zorgcoöperaties hebben een betaalde zorgcoördinator in dienst. Deze stuurt zowel de vrijwilligers als de betaalde zorgverleners aan en is aanspreekpunt voor leden en niet-leden

ZORGCÖOPERATIES

voor vragen over het dienstenaanbod van de zorgcoöperatie, maar ook voor het aanvragen van indicaties voor het verkrijgen van zorg.

Een overzicht van de kenmerken van de onderzoekslocaties is opgenomen in Tabel 1.

Tabel 1: Kenmerken onderzoekslocaties

	Zorgcoöperatie A*	Zorgcoöperatie B**	Zorgcoöperatie C**
Kenmerken			
Oprichtingsjaar	2009	2005	2005
Aantal inwoners in het verzorgingsgebied	875	2.215	21.803
Aantal leden	75	234	305
Aantal medewerkers	1	5	48
Aantal vrijwilligers	21	60	5

*website zorgcoöperatie

**jaarverslagen van 2013

Het project is begeleid door een klankbordgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van de provincie, ZonMw, de Provinciale Raad Gezondheid, het platform Zorgcoöperatieve Ontwikkelingen Brabant en twee initiatiefnemers van zorgcoöperaties. Gedurende het onderzoek van vijf maanden (september 2014 – januari 2015) heeft deze groep elkaar twee keer ontmoet en ook buiten de vergaderingen hebben zij input geleverd. Op deze manier hebben zij het onderzoeksproces gevolgd en gevoed.

Om zicht te krijgen op factoren die het functioneren van zorgcoöperaties beïnvloeden, zijn zorgcoöperaties geselecteerd die vergelijkbaar zijn wat betreft doelgroep, maar verschillen in geografische ligging en inwoneraantal van het verzorgingsgebied dat zij bedienen. Een shortlist van zes zorgcoöperaties die voldoen aan voorgenoemde criteria is opgesteld. In samenspraak met de klankbordgroep is gekozen voor drie langlopende initiatieven omdat deze naar verwachting het meeste inzicht kunnen verschaffen in hoe een zorgcoöperatie functioneert, vooral waar het de zorgverlening betreft (de perspectieven van zorgverleners en –ontvangers).

Voor elk perspectief (zorgontvangers, zorgverleners en initiatiefnemers) is een afzonderlijke interviewgids opgesteld. De geïnterviewde zorgontvangers zijn zelfstandig wonende ouderen die gebruik maken van zorg en/of diensten vanuit de zorgcoöperatie. Indien mogelijk was een partner en/of mantelzorger aanwezig bij het gesprek. Centraal in deze interviews stonden de ervaringen

met de verleende zorg vanuit zorgcoöperatie. Wanneer van toepassing werd gevraagd naar verschillen met reguliere zorgverlening.

Onder de zorgverleners zijn zowel vrijwillige als betaalde zorgverleners geïnterviewd. In deze gesprekken lag de nadruk op het werken voor de zorgcoöperatie, de samenwerking tussen zorgverleners van de zorgcoöperatie en de samenwerking met de mantelzorgers. Waar mogelijk kwam ook het verschil tussen werken voor een reguliere zorgorganisatie en werken voor een zorgcoöperatie aan de orde.

Gedurende de gesprekken met de initiatiefnemers lag de nadruk op het proces van de oprichting van de zorgcoöperatie. Gevraagd is naar drijfveren en de knelpunten die zij ervaren hebben bij de oprichting. Daarnaast is ook gevraagd welke factoren in hun ogen een rol spelen bij de voorzetting van de zorgcoöperatie. Deze interviews zijn gehouden met twee of drie betrokken initiatiefnemers van één zorgcoöperatie tegelijkertijd.

In samenspraak met de initiatiefnemers die zijn geïnterviewd zijn de andere respondenten benaderd voor deelname aan het onderzoek. Aan de initiatiefnemers is gevraagd om zorgverleners en thuiswonende ouderen uit hun eigen zorgcoöperatie uit te nodigen voor deelname aan het onderzoek. In totaal zijn er 21 semigestructureerde interviews afgenomen: zorgontvangers (n=10 in negen interviews), zorgverleners (n=9 inclusief drie zorgcoördinatoren) en initiatiefnemers (n=7 in drie groepsinterviews).

De interviews duurden 45 minuten tot anderhalf uur en zijn met toestemming van de geïnterviewde (een getekend "informed consent") opgenomen en letterlijk uitgetypt. De geanonimiseerde transcripten zijn vervolgens door twee onderzoekers gecodeerd. Met behulp van ATLAS-ti versie 7.5 zijn de codes vastgelegd en de gegevens geanalyseerd.

Om de resultaten verder te valideren zijn de voorlopige onderzoeksresultaten voorgelegd aan een expertgroep. Deze expertgroep bestond uit beleidsmakers, een zorgverzekeraar, een initiatiefnemer van een andere zorgcoöperaties en (vertegenwoordigers van) zorgontvangers en zorgverleners.

RESULTATEN

Onderstaand worden achtereenvolgens de resultaten gepresenteerd van zorgontvangers, zorgverleners en initiatiefnemers die betrokken zijn bij één van de bestudeerde zorgcoöperaties.

Zorgontvangers

In negen interviews zijn tien zelfstandig wonende oudere zorgontvangers geïnterviewd: vijf vrouwen, drie mannen en één echtpaar (dat tegelijkertijd is geïnterviewd), in leeftijd variërend van 63 tot 91 jaar. Bij een aantal interviews was een mantelzorger aanwezig.

De hulp die de zorgontvangers van de zorgcoöperatie ontvangen bestaat uit hulp bij de persoonlijke verzorging, toedienen van medicijnen, verwisselen van verbanden, huishoudelijke hulp en het bezoeken van een dagopvang.

Positieve ervaringen

De zorgontvangers en mantelzorgers vinden het erg fijn dat steeds dezelfde zorgverleners langskomen en dat zij precies weten wie wanneer komt. Hierdoor kunnen zorgontvangers een band opbouwen met de mensen die hen verzorgen en weten zorgverleners de weg in het huishouden: "Dit is zo op elkaar afgestemd en je weet gewoon, (...) vanavond komt die mevrouw, ja zij kennen ook het hele huishouden" (Mantelzorger).

Zorgontvangers ervaren een hoge mate van betrokkenheid vanuit zorgverleners van de zorgcoöperatie. Zorgverleners bellen bijvoorbeeld zelf op om te vragen of alles goed verloopt met de medicatie. De betrokkenheid spreekt ook uit de aandacht die besteed wordt aan mantelzorgers: "Ze zijn heel erg betrokken (...). Ze doen het ook met alle plezier, ze hebben de tijd namelijk hé. En ze helpen mij ook overal in, als ik iets nodig heb ofzo dan ... ze staan altijd klaar" (Mantelzorger).

Zorgontvangers hebben bij de zorgcoöperatie een direct aanspreekpunt in de vorm van een zorgcoördinator, die ook bij hen thuis langskomt en die de situatie kent. Ook de betreffende zorgverleners kunnen na werktijd gebeld worden. Zorgontvangers hebben hierdoor het gevoel dat ze iemand kunnen bereiken als dat nodig mocht zijn. Bij een reguliere zorginstelling weet mensen vaak niet waar ze naartoe moeten bellen als ze iets willen vragen.

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

Daarnaast gaven de zorgontvangers aan dat zorgverleners van een zorgcoöperatie vaak flexibel zijn. Een zorgmoment kan bijvoorbeeld in overleg eerder of later op de dag plaatsvinden. Hierdoor voelen zorgontvangers zich beter in staat om de regie over het eigen leven te behouden. Bovendien geven zorgverleners een precieze tijd aan wanneer ze langskomen in plaats van een tijdvak. Dat voorkomt dat zorgontvangers een groot deel van hun dag kwijt zijn met het wachten tot zorgverleners komen: "Nee, want als ik dat dan daags van tevoren zeg: morgen moet ik zo laat klaar zijn, want dan gaan we naar... en dan komen ze gewoon eerder. Dat kan ik allemaal afspreken" (Zorgontvanger).

Een aantal zorgontvangers heeft ook ervaringen met reguliere zorg en kan de zorg van een zorgcoöperatie hiermee vergelijken. Twee punten die als positief worden ervaren bij zorg verleend door de zorgcoöperatie worden tevens genoemd als de twee grootste verschilpunten met de reguliere zorg. Bij reguliere zorgorganisaties kregen zorgontvangers veel verschillende zorgverleners over de vloer en deze zorgverleners waren een stuk minder flexibel: "(...) dat ge dat niet hebt als je 's morgens iemand hebt en 's avonds weer iemand anders, vind ik dat niet zo fijn" (Zorgontvanger). En: "Je hebt maar een bepaald aantal dames en dat is het verschil met de normale zorg" (Zorgontvanger).

Zoals uit bovenstaande citaten blijkt wisten de zorgontvangers niet wie er langs zou komen en vaak ook niet hoe laat een zorgmoment plaats zou vinden. Hier waren ook geen afspraken over te maken: "Nee, soms om acht uur, maar ook soms om elf uur en dat was heel moeilijk" (Zorgontvanger).

Negatieve ervaringen

Op de vraag of zorgontvangers verbeterpunten voor de zorgcoöperaties konden noemen, werden pas na aanhoudend doorvragen drie concrete verbeterpunten genoemd. Het eerste heeft te maken met de hoeveelheid papierwerk die het ontvangen van zorg via een zorgcoöperatie met zich meebrengt.

Als iemand zorg ontvangt via een reguliere instantie is dat veelal zorg in natura: de zorgontvanger betaalt hooguit een eigen bijdrage, maar hoeft geen administratie bij te houden. Dit is niet het geval als zorg wordt ontvangen via een zorgcoöperatie. Zorgontvangers moeten in dat geval een persoonsgebonden budget (PGB) aanvragen, waarmee ze tot en met december 2014 zelf geld in handen kregen om zorg in te kopen. De zorgverlener diende een declaratie in bij zorgontvanger, die deze dan met het geld verkregen via het PGB kon betalen. De zorgontvanger moet zowel van de aanvraag van de PGB als van de declaraties en uitbetalingen een administratie bijhouden: "Ja, de papieren dat is heel moeilijk, dat is eigenlijk niet om te doen voor oudere mensen, maar nee, verder vind ik het een fantastische organisatie" (Zorgontvanger).

ZORGCOÖPERATIES

Daarnaast blijkt dat verwijzers zoals huisartsen en ziekenhuizen standaard doorverwijzen naar de reguliere (thuis)zorgorganisatie. Zorg van een zorgcoöperatie is daardoor niet vanzelfsprekend, mensen moeten zelf van het bestaan van de zorgcoöperatie afweten om er specifiek naar te kunnen vragen. Ten slotte zouden zorgontvangers het waarderen wanneer zorgcoöperaties hun diensten en zorgverlening verder uit zouden breiden.

Zorgverleners

Voor dit onderzoek zijn negen zorgverleners geïnterviewd: twee vrijwillige en zeven betaalde zorgverleners. De meeste zorgverleners wonen in het dorp of de gemeente waar de zorgcoöperatie actief is. De twee vrijwilligers werken in de dagbesteding die gericht is op ouderen die zelfstandig wonen in het dorp.

Positieve ervaringen

Zorgverleners hebben verschillende drijfveren om te werken voor een zorgcoöperatie. Sommige zorgverleners hebben maatschappelijke motieven. Ze vinden het belangrijk dat ze bijdragen aan de leefbaarheid van het dorp en iets toe kunnen voegen aan de gemeenschap: "Ik dacht: hartstikke fijn, het dorp leefbaar houden voor iedereen. De bedoeling is dat iedereen hier gewoon blijft wonen zolang als ze zelf willen en kunnen uiteraard" (Betaalde zorgverlener).

Dit maatschappelijke doel wordt vaak ondersteund vanuit een professioneel doel om kwalitatief goede zorg te verlenen: "Ik wilde zorg voor de mensen leveren die goed was, die niet onder druk stond en waar ik de tijd kreeg om zorg af te maken zonder tien keer onderbroken te worden" (Betaalde zorgverlener).

Soms worden ook specifieke, individuele motieven genoemd. Sommige zorgverleners werken graag in een vertrouwde omgeving, waarderen de zelfstandigheid dat het werk met zich meebrengt en de praktische inpasbaarheid ervan in hun dagelijkse leven: "Ik werk ook heel graag in een vertrouwde omgeving" (Betaalde zorgverlener). En: "Ik vind het fijn dat het onder schooltijden kan, (...). Ik vind het prettig om in een klein team te werken en zelf samen de dingen op te lossen" (Betaalde zorgverlener).

Zorgverleners werken in kleine teams van maximaal vijf personen. De teams komen eens per maand of per zes weken bij elkaar en bespreken de situatie van "hun" zorgontvangers. Deze

teams werken vrij zelfstandig: ze stellen zelf werkroosters op en kunnen binnen de afgegeven indicatie zelf de volgorde van werkzaamheden bepalen. Voor de zorgverleners zijn dit voordelen van het werken voor een zorgcoöperatie.

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

Volgens zorgverleners zijn er een aantal verschillen tussen werken voor een zorgcoöperatie en werken voor een reguliere zorgorganisatie. Teams binnen reguliere zorgorganisaties zijn over het algemeen een stuk groter, het is niet mogelijk je eigen uren in te delen en je hebt vaak te maken met meer regels en minder met de zorg voor cliënten.

Ik ben echt iemand die voor zorg voor de patiënt gaat en ik merkte steeds meer dat wij achter de computer zaten, minder tijd voor de mensen, minder personeel door bezuinigingen en ik haalde daar niet echt meer voldoening uit. (Betaalde zorgverlener)

Negatieve ervaringen

Werken voor een zorgcoöperatie heeft echter ook nadelen voor zorgverleners. Omdat het aantal zorgontvangers bij een zorgcoöperatie sterk kan fluctueren, hebben zorgverleners vaak geen vast contract of slechts voor een klein aantal uren. Daardoor is het aantal uren dat zorgverleners kunnen werken vaak niet voldoende om als kostwinner te kunnen fungeren: “'s Avonds werk ik op het moment maar een uur en een kwartier. Dat is een beetje het nadeel als het niet druk is. Dan ben je je avond kwijt, terwijl je toch maar anderhalf uur uitbetaald krijgt” (Betaalde zorgverlener).

Werkzaam zijn in het eigen dorp en de grote mate van zelfstandigheid blijken er ook toe te kunnen leiden dat grenzen tussen werk en privé vervagen. Zorgverleners worden soms gebeld door zorgontvangers of zijn thuis nog met de situatie van de zorgontvangers bezig: “We hebben ook weleens een cliënt. Nou dan bellen we wel even en dan kan ze (zorgverlener) wel komen. Zo werkt dat niet” (Betaalde zorgverlener).

Initiatiefnemers

Er zijn in totaal zeven initiatiefnemers geïnterviewd van drie verschillende zorgcoöperaties.

ZORGCÖOPERATIES

Oprichting

Initiatiefnemers gaven aan verschillende drijfveren te hebben voor de oprichting van een zorgcoöperatie. Eén initiatiefnemer had persoonlijke negatieve ervaringen met reguliere zorg.

Mijn vrouw is heel lang ziek geweest (...). Dan krijg je dus tig hulpverleners over de vloer en de een komt zo laat, de ander komt zo laat, de een die is meer betrokken op de patiënt, de ander is technisch handelend en mijn vrouw (...) wilde ook heel graag de regie in eigen hand (...) en toen hebben wij een team geformeerd. (Initiatiefnemer)

Een andere initiatiefnemer is gemotiveerd geraakt vanuit de eigen professionele achtergrond in de zorgsector.

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

Positieve ervaringen

Alle initiatiefnemers gaven aan dat ze het vinden van gelijkgestemden als een grote steun hebben ervaren bij de oprichting van een zorgcoöperatie. Mensen met wie je ideeën kunt ontwikkelen en die gedreven zijn om veranderingen aan te brengen. Om vervolgens dorpsgenoten te laten meedenken over de ideeën en steun te krijgen voor het uitvoeren hiervan is het creëren van draagvlak in het dorp erg belangrijk. Draagvlak wordt gecreëerd door goed te luisteren wat de behoeften van dorpsgenoten zijn en je plannen op het juiste moment te delen.

Het moet gedragen worden door de mensen, want als we zelf iets uitvinden dan hebben we het probleem dat we dan misschien helemaal de plank misslaan (...). Dat vonden we heel belangrijk. Dat het niet ons idee is, maar dat van het dorp. (Initiatiefnemer)

Verder gaven initiatiefnemers aan dat het bij de oprichting belangrijk is een missie voor de zorgcoöperatie te ontwikkelen en deze voor ogen te houden bij de inrichting van de zorgcoöperatie. Daarnaast is het ook belangrijk snel met activiteiten te starten als zorgcoöperatie, zodat dorpsbewoners zien wat er concreet gerealiseerd wordt.

Inrichting

Bij de inrichting van de zorgcoöperatie werd als steunend ervaren dat men een ondernemingsvorm kiest waarbij leden veel invloed hebben op het beleid van de zorgcoöperatie: "Als je een club opricht in een dorp dan moet je een coöperatieve club oprichten waar de leden de inbreng doen en zeggen hoe het bestuur moet werken" (Initiatiefnemer).

Dit heeft echter zowel voordelen als nadelen.

Dat is dan de schaduwkant van de coöperatieve vereniging, dat als er 5 mensen zeggen van ik wil dat niet, die gaan daar anderen bij zoeken, dat zijn dan allemaal leden van de coöperatie (...) en dan krijg je vergaderingen waarbij amok plaatsvindt he, van wij zijn het er niet mee eens en vinden jullie dat normaal dat ze dat willen? (Initiatiefnemer)

Voortzetting

Alle geïnterviewde initiatiefnemers gaven aan dat ze voor een succesvolle voortzetting zo goed mogelijk hun missie voor ogen proberen te houden.

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

Voor de voortzetting van een zorgcoöperatie is continuïteit belangrijk. Een aantal initiatiefnemers zoekt daarom naar nieuwe vrijwillige bestuursleden om het stokje aan over te dragen. De initiatiefnemers gaven aan dat belangrijke eigenschappen en competenties van nieuwe bestuursleden zijn: een goed netwerk hebben binnen de gemeenschap, betrokkenheid bij deze gemeenschap en motivatie om zaken aan te pakken voor deze gemeenschap.

Negatieve ervaringen

Zijdelings noemden alle initiatiefnemers dat ze ontevreden waren over de hoeveelheid regelgeving waar een zorgcoöperatie mee te maken krijgt om zorg aan te mogen bieden. Door regelgeving is het bijvoorbeeld vaak niet mogelijk om samen te werken met andere (reguliere) instellingen

ZORGCOÖPERATIES

en/of de gemeente, terwijl dit in de ogen van initiatiefnemers wel meerwaarde zou hebben. Indien de overige (reguliere zorg-) instellingen en de gemeente wel zouden kunnen en willen meewerken, dan is het juist een positief aspect voor zowel de oprichting als het voortbestaan van de zorgcoöperatie. Initiatiefnemers verwachten dat zich nieuwe mogelijkheden zullen voordoen door de transitie van het zorgstelsel. Sommige initiatiefnemers zijn al door gemeentes gevraagd om mee te denken over hoe nieuwe zorgtaken ingericht kunnen worden en soms ook om deze zorgtaken uit te voeren.

In Figuur 1 wordt een overzicht gegeven van de positieve en negatieve ervaringen van respectievelijk zorgontvangers, zorgverleners en initiatiefnemers.

	Positieve ervaringen	Negatieve ervaringen
Zorgontvangers	<ul style="list-style-type: none"> • Vertrouwde gezichten • Eigen regie behouden (door flexibiliteit zorgverlener) • Grotere betrokkenheid van hulpverlening 	<ul style="list-style-type: none"> • Weinig bekendheid zorgcoöperatie bij verwijzers • (Te) klein aanbod faciliteiten • Administratieve last PGB
Zorgverleners	<ul style="list-style-type: none"> • Kleine teams • Autonomie • Maatschappelijke en individuele voordelen • (Gevoel) meer aandacht en kwaliteit van zorg te kunnen leveren 	<ul style="list-style-type: none"> • Geen vaste uren • Geen fulltime inkomen • Vervaging grens privé en werk
Initiatiefnemers	<ul style="list-style-type: none"> • Missie voor ogen hebben en houden • Voldoende draagvlak • Snel starten met activiteiten • Ondernemingsvorm kiezen waarbij leden inspraak hebben • Facilitering door instelling • Meedenken/ meewerken gemeente 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoeveelheid regelgeving • Ondernemingsvorm waarbij leden inspraak hebben • Niet kunnen samenwerken instellingen • Geen facilitering door gemeente

Figuur 1: Positieve en negatieve ervaringen per perspectief.

DISCUSSIE EN CONCLUSIE

Het onderzoek geeft door middel van interviews een eerste wetenschappelijk inzicht in de positieve en negatieve ervaringen bij de oprichting en voortzetting van zorgcoöperaties. Van drie zorgcoöperaties zijn zorgontvangers, zorgverleners en initiatiefnemers bevraagd over hun ervaringen met zorgcoöperaties en, als zij daar ervaring mee hebben, naar een vergelijking met zorg van reguliere organisaties.

De ondervraagde zorgontvangers zijn erg tevreden over de ontvangen ondersteuning en zorg: het contact met zorgverleners is goed en er zijn veel mogelijkheden om de eigen regie over het leven te behouden. Zorgverleners vinden het prettig om voor een zorgcoöperatie te werken, vooral vanwege de grote zelfstandigheid en omdat zij bij kunnen dragen aan de zelfredzaamheid van de mensen voor wie zij zorgen. Het werken voor zorgcoöperaties heeft echter ook nadelen, namelijk dat zij vaak niet voldoende (vaste) uren kunnen werken en er soms te weinig scheiding is tussen privé en werk. Initiatiefnemers richten een zorgcoöperatie op omdat zij er vanuit persoonlijke of professionele ervaringen van overtuigd zijn dat het beter kan, vooral kleinschaliger met meer aandacht voor de menselijke maat. Draagvlak in het dorp is cruciaal voor de oprichting en voortzetting van een zorgcoöperatie.

Inzicht in de perspectieven van zorgontvangers en zorgverleners is nieuw. In de schaarse wetenschappelijke literatuur over zorgcoöperaties worden deze perspectieven niet genoemd.

De resultaten van het onderzoek wijzen uit dat voor de zorgontvangers het bestaan van een zorgcoöperatie een uitkomst is. Vooral op het gebied van het verlenen van thuiszorg en verpleging sluit de manier van werken van een zorgcoöperatie aan bij de manier waarop zorgontvangers hun leven in willen richten. Bovendien worden hen voldoende mogelijkheden geboden om de regie over hun eigen leven te behouden. Zorgcoöperaties lijken er volgens deze resultaten aardig in te slagen om mensgerichte zorg te verlenen. Er is sprake van mensgerichte zorg wanneer zorgontvangers centraal staan, zij zelf een actieve rol hebben en wanneer er voldoende ruimte en aandacht is voor hun eigen identiteit, eigen regie en zelfredzaamheid, eventueel met hulp van naasten. Een gelijkwaardige relatie tussen zorgontvanger en zorgverlener is kenmerkend voor mensgerichte zorg (Kitson *et al.*, 2013; McCance *et al.*, 2011; McCormack & McCance, 2006). Zorgcoöperaties zijn burgerinitiatieven waar mensen lid van kunnen worden. Hierdoor hebben zorgontvangers en zorgverleners in principe dezelfde positie. Ook uit de ervaringen van zowel zorgontvangers als zorgverleners

ZORGCÖOPERATIES

blijkt die gelijkwaardigheid, wederzijdse oprechte aandacht en echte ondersteuning van de zorgontvanger.

Naar de resultaten kijkend sluit de manier van werken van een zorgcoöperatie goed aan bij de manier waarop zorgverleners met zorgontvangers om willen gaan. Naast het kleinere aantal cliënten, hebben zorgverleners veel autonomie. Zorgcoöperaties lijken erin te slagen om “samen zorgen” vorm te geven (Luijckx, 2014). Er zit echter ook een keerzijde aan de flexibiliteit die van zorgverleners wordt verlangd. Het verkrijgen van een vast contract voor een bepaald aantal uren is vaak niet mogelijk. Het (uitsluitend) werken voor een zorgcoöperatie biedt geen volwaardig inkomen. Dit kan een belemmerende factor zijn voor het voortbestaan van zorgcoöperaties.

Opvallend was de tegenstelling tussen zorgverleners en zorgontvangers met betrekking tot de bereikbaarheid. Zorgontvangers gaven aan dat ze het fijn vonden dat ze 's avonds en in het weekeinde een zorgverlener konden bellen. Echter zorgverleners gaven aan dat deze telefoontjes ertoe bijdragen dat de scheiding tussen werk en privé erg dun wordt en dat ze dit soms als vervelend ervaren. Voor zorgontvangers is het dus belangrijk dat er wel iemand bereikbaar is, maar tegelijkertijd moet dit zo vormgegeven worden dat het voor zorgverleners werkbaar is. In vervolgonderzoek kan onderzocht worden wat voor zorgverleners en zorgontvangers een werkbare vorm van bereikbaarheid is.

Het perspectief van initiatiefnemers is vaker onderzocht en de positieve ervaringen die wij hebben gevonden komen grotendeels overeen met bestaande inzichten gevonden in niet-wetenschappelijke literatuur. Door Van Beest (2014) wordt ook geconstateerd dat het belangrijk is om voor voldoende draagvlak te zorgen. Dictus (2013) heeft ook geconstateerd dat tijdige en duidelijke communicatie naar de leden en voldoende tempo in de uitvoering van belang zijn. Daarnaast is ook al eerder vastgesteld dat het erg belangrijk is om snel te starten met activiteiten, waardoor de slagkracht van de zorgcoöperatie ook duidelijk wordt.

Daarnaast zijn er positieve ervaringen die voor het eerst in dit onderzoek naar boven zijn gekomen. Het belang van een goede samenwerking met andere/reguliere zorginstellingen en het faciliteren van een initiatief door de gemeente en andere belangrijke partijen zoals zorgverzekeraars zijn nieuwe inzichten. Indien de instellingen of gemeenten niet (kunnen) samenwerken of faciliteren, dan is dit juist een negatieve ervaring.

Een andere nieuwe ontwikkeling gevonden in dit onderzoek is het probleem van de continuïteit van de zorgcoöperatie. De onderzochte zorgcoöperaties worden geleid door gedreven

vrijwilligers. Wat gebeurt er met de zorgcoöperatie als deze personen wegvallen? De meeste initiatiefnemers zijn al op zoek naar opvolgers. Een van de genoemde vereisten is dat opvolgers in het dorp wonen, maar in een klein dorp is de spoeling dun. Dit punt verdient dus zeker aandacht in de toekomst.

Beperkingen en aanbevelingen

Dit verkennende onderzoek met een looptijd van vijf maanden kent, zoals elk wetenschappelijk onderzoek, zijn beperkingen.

De zorgcoöperaties onderzocht voor dit onderzoek bevinden zich op het platteland van de provincie Noord-Brabant. In deze provincie zijn de eerste zorgcoöperaties ontstaan, waardoor deze zorgcoöperaties verder zijn in hun ontwikkeling. Inmiddels worden in andere delen van het land ook zorgcoöperaties opgericht maar vaak wel naar het model van Brabantse zorgcoöperaties. In de provincie Utrecht is de zorgcoöperatie Austerlitz opgericht, naar voorbeeld van de zorgcoöperaties Hoogeloon en Elsendorp (Dictus, 2013). Onze keuze voor drie Brabantse zorgcoöperaties is daarom te rechtvaardigen.

De initiatiefnemers zijn gevraagd om respondenten aan te leveren. Hierdoor kan er een selectie-bias opgetreden zijn. Initiatiefnemers hebben baat bij een positief verhaal en zullen waarschijnlijk geen klagende zorgvragers of zorgverleners voor het onderzoek hebben benaderd. Ook mensen die geen gebruik meer maken van de zorgcoöperatie en/of niet meer werken voor de zorgcoöperatie zijn buiten beeld gebleven. Wij hebben gekozen voor deze benadermethode vanwege de korte looptijd van het onderzoek. In vervolgonderzoek is het echter aan te bevelen om deze groepen respondenten ook te laten participeren.

Het perspectief van de zorgontvangers wordt vertegenwoordigd door thuiswonende ouderen die zorg ontvangen van de zorgcoöperatie. Aan hen is gevraagd van welke zorg en diensten van de zorgcoöperatie ze gebruik maken om zelfstandig thuis te kunnen blijven wonen. Dit bleek vooral zorg geleverd in de vorm van verzorging, verpleging en deelname aan de dagbesteding te zijn. Daarom worden in dit artikel vooral de zorghandelingen die de zorgcoöperatie aanbiedt besproken en niet de diensten. Vanwege de korte looptijd van het onderzoek hebben we ons werkveld af moeten baken. Onze studie is mede vanuit dit oogpunt opgebouwd uit drie duidelijke perspectieven die ook terug te vinden zijn in de reguliere zorg. Dit maakt een vergelijking met de reguliere zorg mogelijk in dit onderzoek en in vervolgonderzoek.

ZORGCOÖPERATIES

In dit onderzoek is een eenzijdige vergelijking gemaakt met de reguliere zorg. Zorgontvangers zijn gevraagd of ze ooit reguliere zorg hebben ontvangen en of ze de verschillen tussen deze zorg en de zorg ontvangen van de zorgcoöperatie aan konden geven. Het aantal zorgontvangers dat zorg van beide aanbieders heeft gehad was beperkt. Indien zorgontvangers zorg van een reguliere organisatie hadden ontvangen, was dit vaak al een aantal jaren geleden. De antwoorden die we hebben ontvangen op de vergelijkingsvraag zijn dus beperkt en moeten tevens gezien worden in de tijdsgeest van enkele jaren geleden. Daarom kunnen ze niet één op één vergeleken worden met de zorg zoals momenteel geleverd door reguliere zorgorganisaties. Toekomstig vergelijkend onderzoek tussen zorgcoöperaties en reguliere zorgorganisaties is daarom nodig. Voor zorgverleners geldt deze beperking niet. Omdat de zorgcoöperatie hen niet voldoende uren of een vast contract aan kunnen bieden, zijn zij vaak ook nog werkzaam bij een reguliere organisatie.

Vanwege de korte looptijd richtte dit onderzoek zich alleen op de positieve en negatieve ervaringen van zorgontvangers, zorgverleners en initiatiefnemers met zorgcoöperaties. Deze manier van onderzoeken leidt ertoe dat de reguliere zorg en de rol van de lokale en landelijke overheid alleen belicht wordt vanuit de ervaringen van deze drie groepen belanghebbenden. Vervolgonderzoek kan deze ervaringen in een bredere context plaatsen, waarbij ook gekeken kan worden naar de invloed van wet- en regelgeving en van het nieuwe Wmo 2015 amendement "Right to challenge". Daarnaast kan door de opzet van het onderzoek niets gezegd worden over kwaliteitsbewaking en bevordering van de zorg. Een breder onderzoek naar onder andere deze aspecten van zorg verlenen via zorgcoöperaties is aan te bevelen.

Het kostenaspect is vanwege de beperkte looptijd geheel buiten het bereik van dit onderzoek gebleven. Het is daarom belangrijk om in vergelijkend onderzoek tussen zorgcoöperaties en reguliere zorgorganisaties ook aandacht aan de kosten te besteden.

ACKNOWLEDGMENTS

Het onderzoek is uitgevoerd dankzij subsidie van ZonMw, uit het programma Zorg en Ondersteuning in de Buurt.

Het bovenstaande artikel is gebaseerd op het rapport "Gedeeld eigenbelang. Een verkennend onderzoek naar de werkzame en belemmerende factoren van zorgcoöperaties" (Boumans *et al.*, 2015).

REFERENTIES

- Beest, R. van (2014). *Inventarisatie zorgcoöperaties 2014* [Inventory of care cooperatives 2014]. Retrieved October 15, 2014, from http://www.kcwz.nl/doc/lokale_kracht/Verslag_Inventarisatie_zorgco%C3%B6peraties_en_andere_burgerinitiatieven_in_zorg_en_wonen.pdf
- Boumans, J., Winkels, W., Oomens, S., Luijckx, K., Goor, I. van de, Schoorl, R., & Winsemius, A. (2015). *Gedeeld Eigenbelang. Een verkennend onderzoek naar werkzame en belemmerende factoren van zorgcoöperaties* [Shared Self-interest. An exploratory study on facilitators and barriers of care cooperatives]. Retrieved April 20, 2015, from http://www.tilburguniversity.edu/upload/b182ffae-22f0-40e6-82f7-7b8d04a8b5da_Rapport%20zorgcooperaties.pdf
- Dictus, D. (2013). *Interviews zorgcoöperatie Austerlitz zorgt* [Interviews care cooperative, Austerlitz cares]. Retrieved October 14, 2014, from http://kcwz.nl/doc/lokale_kracht/Interviews_zorgcooperatie_austerlitz_zorgt.pdf
- Galesloot, H. (2002). *Dragers & schragers: Sleutelfiguren in de lokale samenleving* [Carriers & supporters: Key figures in local society]. Amsterdam/Den Haag: Instituut voor Publiek en Politiek / Landelijk Centrum Opbouwwerk.
- Kitson, A., Marshall, A., Bassett, K., & Zeitz, K. (2013). What are the core elements of patient centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 4–15.
- Koopman, M. (2014). *Zorgcoöperaties op de kaart* [Care Cooperatives on the map]. Retrieved October 2, 2014, from <http://www.vilans.nl/Over-Vilans-nieuwsoverzicht-zorgcooperaties-en-burgerinitiatieven-op-de-kaart.html>
- Luijckx, K. (2014). *Horen, zien en samen zorgen. Innovatie vanuit de leefwereld van ouderen* [Hear, see and care together from the world of the elderly]. Tilburg: PrismaPrint.
- McCance, T., McCormack, B., & Dewing, J. (2011). An exploration of person-centredness in practice. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 1–14.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479.
- Opstal, W. van (2008). Coöperaties in de Social Profit? Een verkenning [Cooperatives in Social Profit? An exploration]. In D. Vermeulen (Ed.), *Social Profit Jaar-boek Vlaanderen 2008–2009* (pp. 76–82). Antwerpen: Standaard Uitgeverij.
- Platform Zorgcoöperatieve ontwikkelingen Brabant (2013). *Platform Zorgcoöperatieve ontwikkelingen Brabant* [Platform Care Cooperative developments Brabant]. Retrieved October 2, 2014, from <http://www.sre.nl/projecten/platform-zorgcooperatieve-ontwikkelingen-brabant>

ZORGCÖOPERATIES

- Rijksoverheid (2014). *Veranderingen zorg en ondersteuning 2015* [Changes in care and support in 2015]. Retrieved October 15, 2014, from <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/veranderingen-zorg-en-ondersteuning>
- Schoorl, R., & Winsemius, A. (2015). *Zorgcoöperaties in Nederland. De eerste studies in beeld* [Care Cooperatives in the Netherlands. An overview of the first studies]. Retrieved April 2, 2015, from [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Zorgcooperaties-in-Nederland-de-eerste-studies-in-beeld%20\[MOV-6146438-1.0\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Zorgcooperaties-in-Nederland-de-eerste-studies-in-beeld%20[MOV-6146438-1.0].pdf)
- Tronto, J. (1993). *Moral boundaries. A political argument for an ethic of care*. New York/Londen: Routledge.
- Wijdeven, T. van de, Graaf, L. de, & Hendriks, F. (2013). *Actief burgerschap. Lijnen in de literatuur* [Active citizenship. Lines in the literature]. Retrieved October 15, 2014, from http://www.academia.edu/6723975/Actief_burgerschap_lijnen_in_de_literatuur