



Kwetsbaar in Amsterdam: EINDRAPPORT

November 2022

Vrije Universiteit Amsterdam
School of Business and Economics



Dit project wordt mogelijk gemaakt door:  **ZonMw**

Projectwebsite & updates

<https://www.coronatijden.nl/kwetsbaar-amsterdam>

Foto voorpagina: Unsplash

Vrije Universiteit Amsterdam

School of Business and Economics

De Boelelaan 1105

1081 HV Amsterdam

The Netherlands

Onderzoeksteam Vrije Universiteit Amsterdam

Prof.dr.ir. Elco van Burg [contact: elco.van.burg@vu.nl]

Sanaz Kateb MSc.

Dr. David Kroon

Dr. Rebecca Ruehle

Consortium-leden

De Regenboog Groep

GGD Amsterdam

HVO-Querido

Leger des Heils Amsterdam

SAMENVATTING

In dit eindrapport presenteren we de conclusies van ons onderzoek naar de hulpverlening aan mensen in kwetsbare posities tijdens de Covid-19 crisis.

Eerst vatten we samen hoe de crisis mensen in kwetsbare posities heeft geraakt en hoe de dienstverlening is aangepast. Vervolgens presenteren we de morele dilemma's waar hulpverleners en managers mee te maken hadden tijdens de Covid-19 crisis. In dit onderzoek komt naar voren dat veel medewerkers te maken hadden met (morele) dilemma's als gevolg van de maatregelen en veranderingen tijdens de crisis. De belangrijkste dilemma's voor de hulpverleners waren als volgt: Behoren hulpverleners prioriteit geven aan fysiek contact of juist afstand houden en gebruik maken van digitale technologie? Wat is de afweging van individuele- versus groepsbelangen, bijvoorbeeld in de consequenties voor de sociale thuisomgeving in het kader van het beperken van besmettingsrisico voor cliënten? In hoeverre mag je ingaan tegen de wet versus hulp bieden, bijvoorbeeld als het gaat om het faciliteren van drugsverkoop aan cliënten in quarantaine? Het laatste dilemma wat naar boven kwam wat tussen het zien en behandelen van cliënten als kwetsbaar en hulpbehoefstig versus focussen op zelfredzaamheid. Managers ervoeren een dilemma rond een mate van controle hebben over medewerkers die thuis werken versus autonomie geven aan die medewerkers.

Daarna vergelijken we drie hulpverleningsorganisaties en gaan we na hoe ze digitalisering hebben ingezet. Uit de interviews kwam duidelijk naar voren dat digitale innovatie niet door iedereen als een wenselijke richting werd gezien. Voor sommige doelgroepen, met name degenen die niet digitaal vaardig zijn of vooral fysieke hulp nodig hadden, werd e-health, zoals videobellen of andere digitale manieren van hulpverlening, niet als een geschikt middel gezien. De bevindingen laten zien dat organisaties tijdens een crisis wel succesvol kunnen innoveren op het gebied van e-health. En dat een crisis kan helpen om bestaande werkrouines te doorbreken en een nieuwe manier van werken te ontdekken.

Het vierde onderdeel van dit eindrapport gaat in op de gezamenlijke actie van hulpverleningsorganisaties tijdens een crisis. We observeren dat de temporele dimensie van gezamenlijke actie – hoe mensen de tijd ervaren en hoe organisaties hun schema's afstemmen – een belangrijke rol speelt in het ontstaan, continueren en soms ook het onderbreken van gezamenlijke actie.

Als afronding van dit project hebben we zes ontwerp sessies gedaan met de betrokken organisaties om de bevindingen te vertalen in concrete oplossingen. Deze oplossingen betreffen het goed gebruiken van digitalisering, het omgaan met morele dilemma's en gezamenlijke actie tijdens een crisis.

Tabel 1: Samenvatting belangrijkste bevindingen

Onderwerp	Belangrijkste resultaten
Impact Covid-19 op kwetsbare groepen	Wisselend beeld, met zowel negatieve als positieve effecten; verschillende effecten voor verschillende groepen. - De grootste negatieve effecten: bij mensen die juist op weg was naar een meer zelfredzaam bestaan (bijvoorbeeld cliënten op een woonlocatie) en waar dit proces stil kwam te liggen door abrupte onderbreking. - Positieve effecten bij mensen die zelfredzaam bleken te zijn en soms meer dan verwacht in staat bleken om zelfstandig te leven en een beroep te doen op hun eigen netwerk. Ook de noodopvang is overwegend positief ervaren.
Impact Covid-19 op hulpverlening	De belangrijkste aanpassingen waren het thuiswerken, afstand houden, digitalisering van contact, verminderen van bezoekers, het sluiten van de deuren van locaties en het realiseren van dag- en nachtopvang. - Een positief effect was dat het aantal Covid-19 besmettingen laag was gebleven. Ook de nachtopvang had duidelijk positieve effecten gehad, zoals het geven van rust waardoor bezoekers tijd kregen voor reflectie op hun leven en een nieuw hulpverleningstraject konden opstarten. - Een negatief effect was dat sommige psychische problemen, zoals psychoses en huisvervuiling, escaleerden door minder contact en toezicht.
Hulpverleners en morele dilemma's	Veel medewerkers ervaren morele dilemma's en vinden slechts beperkt ondersteuning in omgaan met morele dilemma's. Belangrijkste dilemma's: - Behoren hulpverleners prioriteit geven aan fysiek contact of juist afstand houden en gebruik maken van digitale technologie? - Wat is de afweging van individuele- versus groepsbelangen? - In hoeverre mag je ingaan tegen de wet versus hulp bieden? - Het zien en behandelen van cliënten als kwetsbaar en hulpbehoefstig versus focussen op zelfredzaamheid. - Managers: een mate van controle hebben over medewerkers die thuis werken versus autonomie geven aan die medewerkers.
Digitalisering en e-health	Alle onderzochte organisaties hebben stappen gezet om hun medewerkers en cliënten voor te lichten over digitale innovaties. De mate waarin digitalisering ook na de crisis blijvend gebruikt wordt, verschilt per organisatie en doelgroep. - De verschillen komen deels voort uit verschillende opvattingen over <i>professionele identiteit</i> in relatie tot digitalisering. De mate waarin fysiek contact gezien wordt als onderdeel van de professionele identiteit bepaalt deels hoe digitalisering ontvangen wordt en ingezet wordt. - Daarnaast heeft een <i>gedeelde visie</i> op de innovatie grote invloed. Een gedeelde visie die gericht is op e-health als versterking van professionaliteit, kwaliteit van zorg en zelfregie van cliënt, kan een positieve invloed hebben op de acceptatie van digitale innovatie; dit in tegenstelling tot het zien van e-health als een noodzakelijk kwaad of zelfs als verkapt bezuiniging. - <i>Champions</i>, werknemers die enthousiast zijn over een innovatie en dat willen uitdragen in de organisatie, hebben een belangrijke rol hebben in het pionieren en uitdragen van nieuwe technologie en nieuwe manieren van werken.

Gezamenlijke actie tijdens crisis	Dit onderzoek identificeert twee hoofdpatronen in gezamenlijke actie tijdens de crisis. - In het eerste patroon is er sprake van gezamenlijke actie die al bestond voor de start van de crisis, maar die gaat snel achteruit tijdens de crisis. Organisaties in dit patroon zitten tijdens de crisis niet meer 'op lijn' omdat de tijdsdimensie van gezamenlijke actie uiteen gaat lopen. Als de crisis verder gaat, na de eerste fase (bijv. na de eerste lockdown), blijkt het vaak mogelijk om weer tot gezamenlijke actie te komen door heldere afspraken te maken. - In het tweede patroon ontstaat er juist nieuwe gezamenlijke actie tijdens de crisis. De urgentie van bijvoorbeeld de noodopvang zorgt voor goede gezamenlijke actie op korte termijn. Met een hoog tempo komen nieuwe initiatieven van de grond, met een duidelijk doel (bijvoorbeeld het bieden van noodopvang). Zodra de eerste crisisfase echter over is, en het strakke tempo van organiseren wat naar de achtergrond verdwijnt, blijkt het echter in sommige gevallen lastig om deze gezamenlijke actie op een goede manier voort te zetten, zelfs al is daar soms de behoefte aan.
Ontwerpoplossing samenwerking	Permanente regiegroep met (1) gedeelde visie, (2) beslissingskader en (3) beslissingsbevoegdheid.
Ontwerpoplossing morele dilemma's	Werkgroep 'morele dilemma's' met mandaat om (1) leidinggevend en op te leiden in het integreren van morele discussies en afwegingen in hun supervisie, (2) trainingen te faciliteren en te geven aan alle medewerkers en (3) continu beschikbaar te zijn voor het bespreken van morele dilemma's van medewerkers.
Ontwerpoplossing digitalisering en e-health	Structurele integratie van digitaal aanbod via (1) een digitale 'menukaart', (2) een verbeterd intake proces, (3) het opnemen van digitale vaardigheden in het zorgplan, (4) het opstellen van klantprofielen, en (5) een effectief beloningsstelsel voor cliënten en medewerkers.

INLEIDING

Veel organisaties hebben grootschalig hulp verleend aan mensen in kwetsbare posities in de Covid-19 crisis. In korte tijd was bijvoorbeeld veel extra opvang gecreëerd: enerzijds om iedereen 's nachts onderdak te kunnen bieden en anderzijds om volle locaties te 'verdunnen'. Dagopvang voor daklozen werd uitgebreid en er waren isolatielocaties opgezet voor mensen met een (vermoedelijke) besmetting. Aan de andere kant waren ook activiteiten afgeschaald: veel van de dagbestedingsactiviteiten waren gestopt, daarnaast werd ambulante begeleiding en behandeling beperkt tot het hoogstnoodzakelijke of werden deze digitaal of telefonisch afgehandeld. Veel van de buurthuizen sloten hun deuren, waardoor mensen die afhankelijk waren van de maaltijden die daar werden geserveerd, in de problemen kwamen of vereenzaamden. Dat leverde omgekeerd de noodzaak op om hiervoor hulp voor te organiseren.

Tijdens de coronacrisis waren keuzes gemaakt op basis van het RIVM en de richtlijnen van de rijksoverheid, die de hulp aan mensen in kwetsbare posities hadden veranderd. Deze richtlijnen boden ruimte om beslissingen te nemen over de aanpak, welke activiteiten op te schalen en welke af te schalen. Inmiddels moeten gemeentelijke overheid, GGD en zorg- en welzijnsorganisaties beslissingen nemen over het vervolg: wat betekent de coronacrisis op middellange termijn voor de kwetsbare groepen, voor de organisatie van hulp en voor de hulporganisaties zelf?

Dit onderzoek heeft als hoofddoel om inzicht te krijgen in de gevolgen van de coronacrisis voor verschillende kwetsbare groepen in de regio Amsterdam en te onderzoeken hoe hulp verleend is en hoe dat in de nabije en verre toekomst kan gebeuren.

Met verschillende hulpverlenende organisaties aan deze kwetsbare groepen in Amsterdam maken we een inventarisatie van de kennis en ervaringen die opgedaan zijn, om vervolgens hulp-oplossingen te ontwikkelen voor de komende tijd. Hierbij houden we rekening met het spanningsveld tussen gezondheidszorg, economie en sociale effecten. Het consortium voor dit onderzoek bestaat uit GGD Amsterdam, Leger des Heils Amsterdam, HVO-Querido en De Regenboog Groep; het onderzoek wordt geleid door onderzoekers van de Vrije Universiteit Amsterdam, School of Business and Economics.

Als we in dit rapport spreken over mensen in een kwetsbare positie of kwetsbare groepen, dan richten we ons specifiek op de groepen die betrokken zijn bij de hulpverlening door de partners in dit project. Mensen in kwetsbare posities worden in dit onderzoek onderverdeeld in zeven groepen, namelijk: dak- en thuislozen, druggebruikers, sekswerkers, volwassenen met psychiatrische kwetsbaarheid, jongeren met psychiatrische kwetsbaarheid, arme gezinnen en ongedocumenteerden. Dat betekent dat 'bekende' kwetsbare groepen, zoals ouderen, buiten beschouwing gelaten worden in deze studie. Deze mensen in kwetsbare posities worden door hulpverlenende organisaties ook wel 'cliënten' of 'deelnemers' genoemd. Deze terminologie zal ook in dit rapport worden gebruikt.

Dit eindverslag geeft inzichten in de resultaten van dit onderzoek. Eerst presenteren we een samenvatting van onze bevindingen van de impact van Covid-19 op kwetsbare groepen in Amsterdam. Vervolgens presenteert hoofdstuk 2 de morele dilemma's waar hulpverleners mee te maken hadden. Hoofdstuk 3 analyseert de toepassingen van e-health en digitalisering tijdens de Covid-19 crisis. Hoofdstuk 4 zoomt in op de gezamenlijke actie tussen partners in deze crisis. Als laatste presenteert hoofdstuk 5 de ontwerp oplossingen die we samen ontwikkeld hebben.

I. IMPACT OP KWETSBARE GROEPEN EN AANPASSING HULPVERLENING

Kwetsbare groepen en effecten coronacrisis

We zien dat de effecten van Covid-19 er per groep verschillend uitziet, hoewel bepaalde effecten in iedere kwetsbare groep voorkomen. Een interessante observatie was dat het aantal virusbesmettingen onder de kwetsbare groepen lager bleek te zijn gebleven dan verwacht werd. Dit gold ook voor een groot deel van de cliënten op een woonlocatie. Daarnaast was bij de groep, die sterk afhankelijk was van fysieke hulp, geconstateerd dat de psychische problemen waren toegenomen. De grootste negatieve effecten waren zichtbaar in de groep mensen die juist op weg was naar een meer zelfredzaam bestaan (bijvoorbeeld cliënten op een woonlocatie) en waar dit proces stil kwam te liggen. Dat had in een aantal gevallen tot forse terugval, bijvoorbeeld in drank en druggebruik, geleid. Daarentegen was het tegenovergestelde effect gezien bij mensen die zelfredzaam bleken te zijn (zoals cliënten die ambulante begeleiding kregen). Zij bleken tijdens de lockdown, soms meer dan verwacht, in staat om zelfstandig te leven en een beroep te doen op hun eigen netwerk. Een ander positief effect van Covid-19 was het functioneren van het netwerk van mensen in kwetsbare posities. Toen de hulpverlening uitviel, had hun sociale netwerk over het algemeen veel hulp geboden. Maar ook door gebruik van social media hadden mensen nieuwe contacten gelegd, of oude contacten weer opgepakt. Tabel 2 geeft een samenvatting van de effecten in de eerste periode van de Covid-19 crisis op deze verschillende kwetsbare groepen

Tabel 2: Kwetsbare groepen en effecten coronacrisis

Doelgroep	Negatieve effecten	Positieve effecten
Dak- en thuislozen	Toename isolatie Toename psychische problemen Nieuwe (economische) daklozen	Meer opvang Veel testmogelijkheden
Drugsgebruikers	Toename drugsgebruik Verlies controle aan drugdealers	Geen
Sekswerkers	Inkomstenverlies Geen financiële tegemoetkoming Onveilig werken	Tijd voor reflectie Het vinden van ander soort werk
Volwassenen met psychiatrische kwetsbaarheid	Toename isolatie Toename psychische problemen Onbegrip over pandemie en maatregelen	Rustmoment
Jongeren met psychiatrische kwetsbaarheid	Toename isolatie Toename armoede door baanverlies	Hulp van familie en vrienden Blijken meer zelfredzaam dan verwacht
Gezinnen die in armoede verkeren	Mogelijke toename huiselijk geweld Toename armoede door werkloosheid van ouders	Laptop/smartphone gekregen
Ongedocumenteerden	Verlies van baan, inkomsten en onderdak Uitzettingsprocedure wordt gestart	Beter in beeld bij hulporganisaties Uitzettingsproces uitgesteld

Aanpassingen in hulpverlening en effecten daarvan

De veranderingen in de hulpverlening tijdens het begin van de coronapandemie en vooral tijdens de officiële lockdown waren ingrijpend. De belangrijkste aanpassingen waren het thuiswerken, afstand houden, digitalisering van contact, verminderen van bezoekers, het sluiten van de deuren van locaties en het realiseren van dag- en nachtopvang. De effecten hiervan waren zowel positief als negatief. Een positief effect was dat het aantal Covid-19 besmettingen laag was gebleven. Ook de nachtopvang had duidelijk positieve effecten gehad, zoals het geven van rust waardoor bezoekers tijd kregen voor reflectie op hun leven en een nieuw hulpverleningstraject konden opstarten. Een negatief effect was dat sommige psychische problemen, zoals psychoses en huisvervuiling, escaleerden door minder contact en toezicht. Tabel 3 geeft een overzicht van de belangrijkste aanpassingen in de hulpverlening en de effecten daarvan, waarbij ook de effecten op de werknemers meegenomen worden.

Tabel 3: Aanpassingen in hulpverlening en effecten daarvan

Aanpassing	Negatieve effecten	Positieve effecten
Thuiswerken (effect op werknemers)	Minder contact met het team; verslechterde samenwerking in teams die minder goed functioneerden. Soms moeilijk te combineren met gezin- en leefsituatie.	Efficientie in het werken en combineren met persoonlijke omstandigheden. Aanleren nieuwe vaardigheden. Weinig corona-besmettingen.
Geen huisbezoeken	Achteruitgang in gedrag soms gemist, evenals situaties met drugshandel vanuit huis. Verergering psychiatrische problematiek.	Clënten blijken soms zelfredzaam, een beroep te kunnen doen op hun netwerk en/of minder behoefte te hebben aan contact. Weinig corona-besmettingen.
Digitaal contact met cliënten	Minder zicht op wat er aan de hand is	Meer zelfredzaamheid, kans om eigen kracht van een cliënt te zien Clënten waarderen het soms positief om vooral digitaal contact te hebben
Dagbesteding gesloten	Minder structuur, terugval in 'oud' gedrag.	Weinig corona-besmettingen.
Inloop 'uitgedund'	Sommige mensen minder structuur overdag.	Ervaren gevoel van rust, ruimte om met mensen aan de slag te gaan. Weinig corona-besmettingen.
Geen bezoek residentiële locaties	Regels soms moeilijk te accepteren door cliënten. Sommige cliënten voelen zich opgesloten en dat heeft in een enkel geval tot een onhoudbare situatie geleid.	Weinig corona-besmettingen.

Kamers niet mogen verlaten	Geen activiteiten en persoonlijk contact.	Ruzies en overtredingen bleven grotendeels uit. Over algemeen houdt iedereen zich aan de regels.
Residentiële locaties 'verdund'	Veel kamers staan leeg	Minder incidenten, meer rust, tijd om ergens aan te werken. Weinig corona-besmettingen.
Individuele maaltijden	Minder contact, maar over het algemeen niet als probleem ervaren.	Sommige cliënten vonden de rust en persoonlijke aandacht prettig. Weinig corona-besmettingen.
Nachtopvang voor iedereen	Mogelijkheid tot vermeerderen van corona-besmettingen. Na sluiten nachtopvang: Toename overlast/problemen. Uitzettingsprocedure gestart voor ongedocumenteerden	Meer rust en tijd voor reflectie, waardoor nieuwe hulpverlening gestart kan worden. Ongedocumenteerde mensen krijgen meer toegang tot hulpverlening.
Aanpassing methadon- en heroïne verstrekking.	Ontregeling en psychoses. Conflicten met bewaking over toelating tot de ruimtes.	Weinig corona-besmettingen.

II. MORELE DILEMMA'S IN HULPVERLENING

We zien dat tijdens de Covid-19 crisis een aantal (morele) dilemma's een belangrijke rol spelen, situaties waarin spanning ervaren wordt tussen verschillende (morele) waarden. Deze dilemma's speelden vooral een rol op individueel niveau van hulpverleners en leidinggevend. In sommige gevallen had het ook consequenties voor de omgang met collega's en cliënten. De meest voorkomende dilemma's zijn als volgt:

Fysiek contact versus digitaal contact. Veel hulpverleners hebben duidelijk een voorkeur voor fysiek contact en vinden dat tot de essentie van hun rol als hulpverlener behoren en een enkeling heeft privacy-gerelateerde bezwaren. Sommige respondenten zijn van mening dat technologie als hulpverleningsmiddel nog onvoldoende wordt benut, omdat veel hulpverleners geloven in hulp op afstand.

Individuele- versus groepsbelangen. Hulpverleners die direct betrokken zijn bij deelnemers of cliënten maken nu individuele beslissingen die ze eerder niet maakten en soms in contrast zijn met wat andere collega's doen. Dit zijn vooral beslissingen met betrekking tot huisbezoeken. Een medewerker legt uit:

'Ik denk dat een interessant dilemma is de relatie tussen eigen veiligheid en continuïteit van zorg. Dus welke afwegingen maak je in het wel of niet tot een huisbezoek gaan. Je hebt binnen de hulpverleners [...] het niet "pluis gevoel". "Dus je ontwikkelt, als je met mensen werkt, op een gegeven moment hoor je gewoon aan de telefoon of op basis van je voorkennis van "hey, daar gaat iets niet zo lekker". Maar ja, hoe actief ga je daar op in op het moment dat je kwetsbare cliënten niet wilt besmetten en dus ook wel van hoe ga je daar in je privé-leven mee om. Er zijn volgens mij ook een aantal collega's geweest die echt extreem rigide hun eigen sociale leven compleet stil hebben gelegd om maar zoveel mogelijk contact met cliënten wel te laten doorgaan, ja welke keuzes maak je daar in? En wat ik even noemde, de spanningen tussen de teams waarbij bijvoorbeeld een collega heel snel zegt van "ik vind dit allemaal te kwetsbaar, ik heb een gevoelige gezondheid, ik trek mij terug", waardoor het voor de andere collega's zwaarder wordt.'

Ingaan tegen de wet versus continueren van hulpverlening. Hulpverleners ervaren situaties waarin ze hulp willen blijven bieden dat tegelijkertijd op wettelijke grenzen stuit. Een voorbeeld hiervan is hulpverleners die drugs halen voor deelnemers. Een werknemer legt uit:

'Kijk, er zit natuurlijk een hele ingewikkeldheid in het Nederlandse drugsbeleid. Dat we enerzijds erkennen dat een groep verslaafd is en dat je toch opvang wilt bieden. [...] Tegelijkertijd is heroïne en cocaïne gewoon illegaal in Nederland, maar mensen stoppen niet met verslaafd zijn omdat je zegt van "Joh, we doen die deuren dicht". Dus dat heeft wel allerlei dilemma's veroorzaakt. Zelfde met alcohol, softdrugs waarbij iets minder het illegale aspect in zit, maar nog wel steeds, ... Uhm een joint kopen voor je cliënt voelt toch wel verkeerd op heel veel niveaus.'

Soms hebben werknemers ook druk ervaren om toch door te gaan, beïnvloed door verwachtingen van leidinggevendenden of van teamleden, terwijl dat in hun eigen beoordeling als risicovol werd gezien. Een ander voorbeeld van het dilemma van groeps- versus individueel belang is een casus waar een cliënt uit de noodopvang verwijderd moest worden, omdat hij/zij te veel overlast veroorzaakte. Hoewel hulpverleners hulp wilden continueren, kon dat niet vanwege de groepssituatie die er te veel onder leed. Overigens laat dit voorbeeld ook zien dat dit dilemma niet alleen een rol speelde tijdens de coronacrisis, maar ook in andere situaties.

Kwetsbaar versus zelfredzaam. Wie is kwetsbaar en wie niet? In crisissituaties moeten er vaak keuzes gemaakt worden, zo ook wat betreft hulpverlening aan kwetsbare groepen. Een programmacoördinator geeft aan dat *'als die sporthallen weer dichtgaan, is het aan ons om mensen op straat zetten. Dat is altijd een moreel dilemma zeg maar. Je komt dan in een positie waarin je beslist wie een dak boven zijn hoofd heeft en wie niet. Dus dat is altijd heel lastig.'* Een andere programmacoördinator vertelt:

'Kijk, bijvoorbeeld bij de inloophuizen, ja dat was een harde keuze om te maken. Dus op een gegeven moment gezegd: Oké, iedereen die een eigen woning heeft, die een eigen woonplek heeft, ja die is niet langer welkom in de inloophuizen, want we kunnen maar zoveel mensen binnen hebben. Mensen die nergens heen kunnen, die hebben voorrang. Ja, dat is door een hoop van die mensen niet zo heel prettig ervaren, want die zaten ineens thuis, terwijl hun hele sociale leven eigenlijk in een inloophuis plaatsvond.'

Controle versus autonomie. Met name managers en teamleiders worstelden met het behouden van de regie in tijden van de crisis om toch flexibiliteit en autonomie geven aan de hulpverleners om met creatieve oplossingen te komen. Een programmacoördinator geeft aan: *'Het blijkt toch heel lastig. We hebben soms wat strakker gecommuniceerd van geen face-to-face contact maar daar vielen mensen weer over. Maar als je te vrij bent, dan vallen daar ook weer mensen over.'* Een onderzoeker vult aan dat het lastig was om bijvoorbeeld uitgaven te controleren: *'Dus dat was ook een dilemma, hoeveel controle zetten we erop? Want voor iemand boodschappen gaan doen, daar gaat natuurlijk ook geld in om dus dat moest ook goed gaan.'*

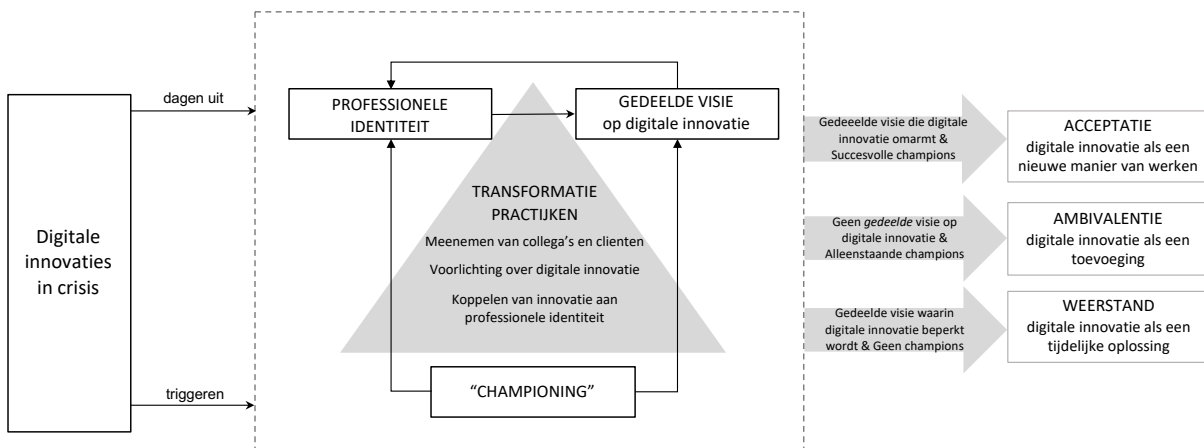
III. E-HEALTH EN DIGITALISERING

In dit deel van het rapport vatten we samen hoe tijdens de Covid-19 crisis digitale innovatie (e-health) is gebruikt in de hulpverlening aan mensen in kwetsbare posities. Voor een volledig verslag verwijzen we naar onze eerdere tussenrapportage.¹ We vergelijken daarbij drie hulpverleningsorganisaties die op een vergelijkbare manier hulpverlening bieden aan kwetsbare groepen. Deze hulpverlenende organisaties noemen wij TownCare, CityCare en UrbanCare. Uit de interviews komt duidelijk naar voren dat digitale innovatie niet door iedereen als een wenselijke middel van hulpverlening wordt gezien. Voor sommige kwetsbare groepen, met name degenen die niet digitaal vaardig zijn of vooral fysieke hulp nodig hebben, wordt e-health zoals videobellen, als een ongeschikt middel gezien. Tegelijkertijd is het lastig om te generaliseren, omdat individuen uit verschillende kwetsbare groepen juist wel behoefte kunnen hebben aan digitale oplossingen en bijvoorbeeld fysiek contact te ingrijpend vinden.

De bevindingen laten zien dat sommige organisaties tijdens een crisis succesvol kunnen innoveren op het gebied van e-health. Een crisis kan helpen om bestaande werkroutines te doorbreken en een nieuwe manier van werken te ontdekken. Wel zien we dat het een grote vraag is of deze veranderingen blijvend zijn. De verschillen tussen de organisaties laten vooral zien dat de rol van de opvattingen over **professionele identiteit** belangrijk zijn. Professionele identiteit gaat over het geheel aan “overtuigingen, waarden, motieven en ervaringen waarmee mensen zichzelf en hun professionele beroepsrollen definiëren” (Ibarra, 1999, p. 764). Daarnaast heeft een **gedeelde visie** op de innovatie grote invloed. Een gedeelde visie die gericht is op e-health als versterking van professionaliteit, kwaliteit van zorg en zelfregie van cliënt, kan een positieve invloed hebben op de acceptatie van digitale innovatie; dit in tegenstelling tot het zien van e-health als een noodzakelijk kwaad of zelfs als verkapte bezuiniging. Dit onderzoek laat ook zien dat **champions**, werknemers die enthousiast zijn over een innovatie en dat willen uitdragen in de organisatie, een belangrijke rol hebben in het pionieren en uitdragen van nieuwe technologie en nieuwe manieren van werken.

Figuur 1 geeft het verband tussen professionele identiteit, gedeelde visie en de rol van de champions weer. In het kort schetst Figuur 1 hoe een crisis, zoals de Covid-19 pandemie, het innovatieproces van een organisatie beïnvloedt. Zo werpt het licht op digitale innovatie in een context waarin organisatieleden moesten overstappen van fysieke zorg naar e-health-oplossingen. Het is opgevallen dat digitale innovaties de bestaande professionele identiteit van medewerkers op de proef stellen. Digitale innovaties kunnen bijvoorbeeld leiden tot vragen over hoe medewerkers zichzelf positioneren in relatie tot hun werk. Deze uitdagingen voor de professionele identiteit kunnen leiden tot de ontwikkeling van een gedeelde visie op digitale innovatie. Vervolgens kan dat resulteren in het omarmen van digitale innovatie, of tot het tegenovergestelde: een wens tot terugkeer naar de oude (fysieke) situatie.

¹ De tussenrapportage is [hier](#) te lezen. Ook is het resultaat van dit deel van het onderzoek gepubliceerd in *Technovation*, zie Kateb et al. (2022).



Figuur 1: Model van digitale innovatie tijdens een crisis

Ook zien we dat (gebrek aan) gedeelde visie op digitale transformatie de professionele identiteit wederzijds beïnvloedt, door ofwel de bestaande professionele identiteit te versterken ofwel de professionele identiteit zodanig aan te passen dat digitale innovatie er een centraal onderdeel van wordt.

Een andere belangrijke bevinding is dat individuele medewerkers een belangrijke rol spelen door te pleiten voor digitale innovaties in hun organisatie. Die 'champions' spelen een belangrijke rol bij zowel de ontwikkeling van een gedeelde visie op digitale innovatie als bij de veranderingen in de professionele identiteit van medewerkers.

Uiteindelijk kan professionele identiteit leiden tot drie uitkomsten, door middel van transformatie praktijken (d.w.z. het includeren van collega's en cliënten, voorlichting geven over digitale innovatie en het koppelen van innovatie aan professionele identiteit).

1. Met een gedeelde visie (die digitale innovatie omarmt met de ondersteuning van succesvolle champions) wordt digitale innovatie geaccepteerd als een nieuwe manier van werken.
2. Wanneer een gedeelde visie over digitale innovatie niet gedeeld wordt door de meeste organisatieleden en 'champions' de enige voorstanders zijn van digitale innovatie, blijft er ambivalentie bestaan en wordt digitale innovatie uitsluitend gebruikt als aanvulling op bestaande werkpraktijken.
3. Organiseatielieden kunnen ook een gedeelde visie ontwikkelen die het gebruik van digitale innovaties beperkt, waardoor met name een identiteit rond 'fysieke zorg' wordt versterkt, zonder voorstanders van digitale innovatie (maar eerder voorstanders van het tegenovergestelde). Dit resulteert in weerstand tegen een grotere implementatie van digitale innovatie en digitale innovatie zal vooral worden gebruikt als een tijdelijke oplossing.

Samenvattend zien we dat alle drie organisaties stappen hebben gezet om hun medewerkers en cliënten voor te lichten over digitale innovaties. Aanvankelijk begonnen echter alleen de champions in CityCare, maar later ook bij TownCare, om hun cliënten en collega's bij het transformatieproces te betrekken. Bij TownCare waren de champions de enige voorstanders van e-health binnen de organisatie, waardoor het niet verder kon worden doorgetrokken als uitgebreide innovatie en werd e-health daarom enkel gebruikt als aanvulling op bestaande hulpverleningspraktijken. Het is niet verwonderlijk dat UrbanCare deze weg niet heeft bewandeld,

omdat het voor hen, vanwege hun gedeelde visie op de zorg aan kwetsbare groepen die digitale innovatie verwerpt, geen optie was om over te gaan tot uitgebreid gebruik van e-health. Dit leidde tot bevestiging van de bestaande professionele identiteit die digitale innovatie afwijst. Tot slot was CityCare de enige organisatie die bewust bezig was met een transformatiepraktijk die we omschrijven als 'koppelen'. De angst die leefde onder de mensen om het contact met de professionele identiteit te verliezen, probeerde CityCare op te lossen door e-health expliciet te koppelen aan de professionele identiteit. Dat gebeurde door te benadrukken dat digitale innovaties helpen om compassievolle zorg te geven ("e-health met het hart") of zelfs de zorgverlening te verbeteren door cliënten meer onafhankelijk en autonoom te maken.

IV. GEZAMENLIJK HANDELEN TIJDENS CRISIS

De coronacrisis was een crisis die gekenmerkt wordt door onzekerheid: onzekerheid over wat er gaat gebeuren en gebeurtenissen die niemand had zien aankomen. Dat heeft grote invloed gehad op organisaties en hoe organisaties samenwerken. In dit onderzoek hebben we de gezamenlijke acties tussen hulpverlenende organisaties en hun partners in Amsterdam geanalyseerd in de periode van maart 2020 tot en met juni 2022. We hebben daarbij vooral gekeken naar negen 'gebeurtenissen' waarbij de gezamenlijke actie veranderde (versterkt werd, minder werd, of op een andere manier veranderde).

We hebben twee hoofdpatronen in gezamenlijke actie tijdens de crisis geïdentificeerd. In het eerste patroon is er sprake van gezamenlijke actie die al bestond voor de start van de crisis, maar die gaat snel achteruit tijdens de crisis. We zien onder andere dat de organisaties in dit patroon tijdens de crisis niet meer 'op lijn' zitten omdat de tijdsdimensie van gezamenlijke actie uiteen gaat lopen.² Organisatie A richt zich niet meer op de gezamenlijke actie en het temporele patroon van die gezamenlijke actie (bijvoorbeeld bestaande afspraken om wekelijks een cliënt te bezoeken). Daarentegen richt organisatie A zich op de eigen behoefte en de eigen veiligheid en interpretatie van de corona maatregelen, en wil liever hulpverlening een paar maanden uitstellen (zeker in het begin van de crisis). Een zorg coördinator vertelt het volgende hierover:

'Ik weet wel dat wij vanuit [organisatie B] wel veel kritiek hebben gehad op [organisatie A]. In de zin van die hebben gelijk gewoon alles stopgezet en waren ook niet meer aanspreekbaar voor onze cliënten, ook niet niet in noodgevallen. En dat heeft wel wat kwaad bloed gezet bij ons. En ik weet dat [organisatie A] daar heel veel kritiek op heeft gekregen en ook wel hand in eigen boezem heeft gestoken.'

Tegelijkertijd wil organisatie B met wat aanpassingen zoveel mogelijk doorgaan in hetzelfde tempo, met als gevolg dat medewerkers van deze organisatie verantwoordelijkheden opvangen die organisatie A laat liggen. Vanwege gebrek aan een functie of taak die aangeeft hoe en op welke manier de gezamenlijke actie kan continueren, stopt de gezamenlijke actie geheel in sommige gevallen tijdens deze eerste fase. Als de crisis verder gaat, na de eerste fase (bijv. na de eerste lockdown), blijkt het vaak mogelijk om weer tot gezamenlijke actie te komen door heldere afspraken te maken. Een manager vertelt het volgende hierover:

'Voor mij is primaire zorg en onze patiënten het meest belangrijk. En dat moet gewoon doorgaan. En wij werken met héle kwetsbare mensen en wij hebben in de eerste golf gezien hoe snel het mis kan gaan. Daar zijn we zo van geschrokken dat we bij de tweede keer dachten: "dit gebeurt ons niet nog een keer". Onze medewerkers zijn over het algemeen hele gedreven, hard werkende mensen, die echt hart hebben voor patiënten, en dat hebben ze gewoon op die manier, toen we enigszins bekomen waren van de eerste schrik, hebben we dat voortgezet.'

² We maken in de analyse onderscheid tussen de ervaren 'diepte' van de tijd (temporal depth) en het 'tempo' van samenwerking (pacing). De diepte heeft betrekking op de tijdshorizon: hoe lang denk je dat iets gaat duren, met welke termijn werk je? Tempo/pacing heeft betrekking op wanneer en hoe vaak werk je samen (wanneer spreek je af, hoeveel activiteiten doe je in een bepaalde tijd).

In het tweede patroon ontstaat er juist nieuwe gezamenlijke actie tijdens de crisis. De urgentie van bijvoorbeeld de noodopvang zorgt voor goede gezamenlijke actie op korte termijn. Met een hoog tempo komen nieuwe initiatieven van de grond, met een duidelijk doel (bijvoorbeeld het bieden van noodopvang). Een regiegroep deelnemer vertelt het volgende:

‘En ik moet zeggen dat - ik vond het erg prettig omdat in crisistijden wordt alles vloeibaar. En is ineens iedereen gewoon beschikbaar om elke week te overleggen. Terwijl dat ook allemaal mensen zijn, ook wel op managers-, directeursniveau, met volle agenda's, die het toch voor elkaar kregen elke woensdag van één tot twee vrij te maken en we ook alles doorspraken.’

Zodra de eerste crisisfase echter over is, en het strakke tempo van organiseren wat naar de achtergrond verdwijnt, blijkt het echter in sommige gevallen lastig om deze gezamenlijke actie op een goede manier voort te zetten, zelfs al is daar soms de behoefte aan. Een belangrijke verklaring voor de afzwakking van deze gezamenlijke actie na een initiële goede fase, is dat de urgentie en het wegvallen van iets of iemand die ‘extern’ het tempo aangeeft (bijvoorbeeld vanuit de regiegroep). Ook gaat in de latere crisisfase soms de tijdshorizon uiteenlopen: sommige organisaties willen de gezamenlijke actie direct voortzetten, terwijl anderen het wat meer willen aankijken. Een deelnemer van de regiegroep vertelt het volgende hierover:

‘Wat we ook merkten, hè dus dan op een gegeven moment loop je een beetje aan het einde van [de crisis] (...) dan gaan we weer een beetje naar normaal (...) dan zie je wel (...) dat de cultuurverschillen tussen de organisaties best wel groot zijn. En die verdampen wat in een crisis, hè, want dan heb je andere dingen aan je hoofd. (...) Dat soort inhoudelijke verschillen van: hoeveel risico neem je, wat sta je mensen toe, om te beschermen, te beheersen. Zit je meer aan de beheerskant? of zit je meer aan de (...) je mag zelf ook proberen? Daar zitten wel verschillen en die worden dan weer wat zichtbaar zo op het eind. En dan is het ook wel weer goed om ietsje afstand te nemen.’

V. ONTWERPOPLOSSINGEN

In de laatste fase van dit onderzoek hebben we de onderzoeksresultaten vertaald naar concrete oplossingen. Dat hebben we gedaan door gebruik te maken van 'design thinking' (zie Dorst, 2011; IDEO, 2015; Romme, 2003; Romme & Van Burg, 2006), een methode waarin participanten creatief aan de slag gaan met problemen en gaandeweg tot oplossingen komen. Uniek aan ons proces was dat we de onderzoekers en mensen uit de praktijk gelijkelijk lieten deelnemen, zodat verschillende kennissoorten goed integreerden en leidden tot goede en uitvoerbare oplossingen. Deze oplossingen gaan over drie thema's, die de volgende focus kregen in dit proces.

- **Samenwerking:** Hoe kunnen we effectiever samen voor de lange termijn organiseren in een crisis?
- **Morele dilemma's:** Hoe kunnen we (meer) structurele ruimte maken voor het bespreken van morele dilemma's tijdens crisis?
- **Digitalisering en e-health:** Hoe kunnen we digitale behoeften van cliënten (beter) inventariseren en vervullen?

Op de volgende pagina's wordt ieder van deze oplossingen verder uitgewerkt.

A photograph of two men sitting on concrete steps. The man on the left is a Black man with a goatee, wearing a dark blue long-sleeved shirt, playing an acoustic guitar and smoking a cigarette. He is looking towards the camera. The man on the right is a white man wearing a dark blue long-sleeved shirt, a blue baseball cap with 'NAVY' on the back, and camouflage pants. He is seen from the back, looking towards the first man. The background is a rough, grey concrete wall.

SAMENWERKING TIJDENS CRISIS

Uitdaging: Hoe kunnen we effectiever samen
voor de lange termijn organiseren in een crisis?

ONTWERP

Permanente regiegroep met (1) gedeelde visie, (2) beslissingskader en (3) beslissingsbevoegdheid.

Een regiegroep die langdurig en permanent (d.w.z. ook naast crisistijd) kaders dicteert voor een sectorbrede aanpak van een crisis en problemen. De regiegroep zou met een krachtig mandaat en een gedeelde visie de sector buiten een crisis om voorbereiden op de crisis en tijdens de crisis het lange termijn perspectief behouden.

1. Gedeelde visie met daarin een samen opgesteld mandaat en prioriteiten die gekoppeld zijn aan de visie van de eigen organisaties.

- a) Deze visie wordt geformuleerd met in acht nemen van het eigenbelang van iedere organisatie en het belang voor de cliënten, met daarin duidelijke urgentie en relevantie.
- b) Onderlinge rollen en verwachtingen zijn met elkaar afgestemd.

2. Beslissingskader op hoofdlijnen (financiën, locaties, personeel, en aanbod diensten) met daarin een aantal standaard scenario's, stappenplannen en bijbehorende risico's voor de organisaties en coalitie in crisistijd (crisisplan / draaiboek).

- a) Belangrijk dat het beslissingskader en crisis draaiboek niet bureaucratisch en beperkend zijn, maar voornamelijk strategische inzichten bieden vanuit geleerde lessen
- b) Het crisis draaiboek is aanvulling op reguliere organisatie van de zorg, niet als vervanging.

3. Organisaties leveren vertegenwoordigers, maken structurele capaciteit vrij, en geven de regiegroep mandaat.

- a) Bepalen wie de relevante partijen zijn: blijft het een intrasector verbond of wordt het een intrasector verbond (met de gemeente, hulpdiensten en andere partners)?
- b) Om de samenwerking effectief te houden wordt er een maximum aantal leden vastgesteld. Een tweede en derde kring van betrokkenen wordt door de coalitie ingelicht over beslissingen en aanpakken.

Dit project wordt mogelijk gemaakt door:



Kwetsbaar in Amsterdam
www.coronatijden.nl



OMGAAN MET MORELE DILEMMA'S TIJDENS CRISIS

Uitdaging: Hoe kunnen we (meer) structurele ruimte maken voor het bespreken van morele dilemma's tijdens crisis?

ONTWERP

Werkgroep 'morele dilemma's' met mandaat om (1) leidinggevenden op te leiden in het integreren van morele discussies en afwegingen in hun supervisie, (2) trainingen te faciliteren en te geven aan alle medewerkers en (3) continu beschikbaar te zijn voor het bespreken van morele dilemma's van medewerkers.

Uiteindelijk is hiervan het doel niet louter om "betere" oplossingen te vinden voor morele dilemma's, maar om werknemers minder alleen te laten voelen in hun morele overwegingen. Daarnaast willen we via de werkgroep werknemers de gereedschappen en de omgeving bieden om productief en met zelfvertrouwen aan de slag te gaan met de morele dilemma's die ze in hun dagelijkse werk tegenkomen.

Belangrijk is dat er genoeg geld en tijd vrijgemaakt wordt om dit goed op te pakken, waarvoor:

- commitment van management nodig is;
- de toegevoegde waarde (minder uitval, werknemers zijn tevredener en presteren beter, en betere morele keuzes worden gemaakt) duidelijk moet worden gecommuniceerd;
- het project de tijd wordt gegund om van de grond te komen (e.g. minimum 5 jaar)

1. Integratie van morele gesprekken in supervisie via het opleiden door de werkgroep 'morele dilemma's' van leidinggevenden in het voeren van morele gesprekken en het afwegen van morele beslissingen.

- a) Morele cases en dilemma's bespreken wordt een vast onderdeel van supervisie en teamoverleg en maakt gebruik van een vaste vorm die door de werkgroep is ontwikkeld.
- b) Leidinggevenden leren hoe ze kunnen leiden door het goede voorbeeld te geven en hun eigen morele afwegingen open te delen met collega's en werknemers.

2. Verplichte en regelmatige trainingen voor alle medewerkers in het voeren van morele gesprekken en het afwegen van en nemen van besluiten in morele dilemma's. Betrekken van interne experts en externe facilitatoren, om zowel aansluiting bij de praktijk te behouden als wel de interne relevantie en connectie te behouden.

3. Continu beschikbare werkgroep

- a) De werkgroep werkt actief aan bekendheid, bouwt een vertrouwensband op met werknemers, en is continu beschikbaar voor discussies en gesprekken.
- b) De werkgroep moet diverse perspectieven meenemen, door tenminste een manager, of een iemand van het management, werknemer en ervaringsdeskundige participant in de werkgroep op te nemen.
- c) De werkgroep maakt actief en ondernemend het belang van morele dilemma's bespreken duidelijk, en biedt werknemers kansen om hierover in gesprek te gaan en daarvan te leren.

Een moreel dilemma is een situatie waarin alle mogelijke opties in lijken te gaan tegen een belangrijke waarde of norm. Bijvoorbeeld tijdens de Covid-19 pandemie moesten veel hulpverleners het zorgen voor hun eigen veiligheid en die van hun familie afwegen tegen het fysiek verlenen van zorg.

Dit project wordt mogelijk gemaakt door:



Kwetsbaar in Amsterdam
www.coronatijden.nl

A photograph of two men sitting at a wooden table in a cafe or office setting. The man in the foreground, wearing a white shirt and a grey beanie, is pointing at a laptop screen. The man behind him, wearing a tan jacket, is looking at the screen. On the table, there is a bowl of popcorn, a glass of water, and a coffee pot. The background features a dark blue wall with string lights and greenery.

DIGITALISERING EN E-HEALTH IN SOCIALE ZORG

Uitdaging: Hoe kunnen we digitale behoeften
van cliënten (beter) inventariseren en vervullen?

ONTWERP

Structurele integratie van digitaal aanbod via (1) een digitale 'menukaart', (2) een verbeterd intake proces, (3) het opnemen van digitale vaardigheden in het zorgplan, (4) het opstellen van klantprofielen, en (5) een effectief beloningssysteem voor cliënten en medewerkers.

Om digitale zorg voor cliënten en digitale vaardigheden van cliënten daadwerkelijk te benutten is een integratie nodig waarin behoeften en vaardigheden worden geïnventariseerd, het aanbod duidelijk is, verschillende cliënten passende oplossingen

en leerprocessen aangeboden krijgen, en waarin dit geheel opgenomen wordt in het zorgplan en inspanning passend beloond wordt. Het grote risico bij deze structurele integratie is het meekrijgen van collega's op de lange termijn, want hun motivatie en hun vaardigheden zijn essentieel. Daarom is de commitment vanuit management, een gedeelde visie, en het zetten van kleine maar makkelijk opschaalbare stappen belangrijk voor een succesvolle aanpak. Hierin kan samenwerking met andere organisaties – die de fakkel over kunnen nemen en/of verder in het proces zijn – waardevol zijn.

1. 'Menukaart' van digitaal aanbod van de gehele sector:

- a) Samen met partner-organisaties uit de sector vormgegeven en omvat de meest belangrijke digitale diensten en mogelijkheden voor cliënten.
- b) Aangepast per doelgroep (e.g., taal en relevante diensten).
- c) Maakt voor cliënten en medewerkers duidelijk welke mogelijkheden er zijn en wordt een vast onderdeel bij intake– met mogelijk zelfs een her-intake voor huidige cliënten.
- d) Is zowel analoog als digitaal overzichtelijk, (visueel) duidelijk, en makkelijk toegankelijk.
- e) De 'menukaart' en bijbehorende intake en clientprofielen beginnen klein (d.w.z. met minimaal aanbod en vanzelfsprekende stappen en diensten) maar wordt langzaam opgeschaald aan de hand van feedback van cliënten en medewerkers.

2. Inventarisatie van digitale behoeften en vaardigheden in intake proces aan de hand van digitale persona's met niveaus (d.w.z. clientprofielen) die meegenomen worden in de 'menukaart'.

- a) In de intake wordt verplicht geïnventariseerd wat de client al kan, wat de client wil kunnen, en van welke digitale diensten de client gebruik kan maken.
- b) Client wordt vervolgens ingedeeld in een bepaald 'persona' waar logische digitale groeimogelijkheden en diensten bij horen. Dit als antwoord op de grote diversiteit aan capaciteiten en wensen bij de cliënten.
- c) De behoeften van de client zijn leidend in het samen kiezen en plannen van digitale stappen.

3. Digitale vaardigheden worden opgenomen in het zorgplan als essentiële zorgdienst, waardoor het aanleren van (in ieder geval een basisniveau van) digitale vaardigheden een vast begeleidingsdoel wordt in het zorgcontact.

- a) Belangrijk is om oog te houden op wat wel en niet werkt voor een specifieke client. Een mogelijke oplossing hiervoor is het 'three strikes' system; bijhouden wanneer een digitale dienst niet lukt en bij de derde keer de client overzetten naar een analoog alternatief.
- b) De wensen van de client moeten leidend zijn in het plannen van activiteiten voorbij het basisniveau.
- c) De visie op digitale vaardigheden wordt gebaseerd op het zorgplan per organisatie.

4. Effectief beloningssysteem voor zowel cliënten als medewerkers, die beloond worden als ze digitale vaardigheden leren en/of cliënten helpen digitale vaardigheden aan te leren.

- a) Via 'gamification' van het leerproces zouden cliënten en medewerkers beloond kunnen worden, maar dit mag niet de intrinsieke motivatie voor digitale diensten uithollen.
- b) Champions van digitale innovatie en zorgverlening moeten toekomstperspectief binnen de organisatie hebben omdat anders uitval van deze essentiële change makers waarschijnlijk is.
- c) Er wordt structurele capaciteit vrijgemaakt binnen de organisatie voor het vormgeven van de digitale integratie.

Dit project wordt mogelijk gemaakt door:



Kwetsbaar in Amsterdam
www.coronatijden.nl

APPENDIX: KWALITATIEVE DATA VERZAMELING

Het doel van deze studie is om te onderzoeken hoe de hulp aan mensen in kwetsbare posities in Amsterdam wordt beïnvloed door Covid-19 en de daaropvolgende crisis. Dit doen we door zowel het perspectief van organisatie medewerkers als die van de cliënten mee te nemen. Hiervoor is een inductieve, kwalitatieve veldstudie uitgevoerd met behulp van een *grounded theory* benadering (Strauss & Corbin, 1998). Een *grounded theory* benadering wordt gekenmerkt door een proces van continu heen en weer bewegen tussen de empirische verschijnselen en het leggen van theoretische verbanden. In dit proces worden de gevonden data systematisch afgeleid tot meer algemene patronen en gebruikt voor theorievorming (Gioia et al., 2013). Bij de opzet van de studie is verder gebruikgemaakt van bestaande rapportages (e.g., Daanen, 2020; De Vries & Pols, 2020; Hobus, 2020; Kloosterman, 2020; Lempens et al., 2020; Mennis, 2020; Muusse et al., 2020; Van Bon-Martens et al., 2020; Van Loenen et al., 2020; Willems et al., 2020).

We hebben gebruik gemaakt van de volgende data-verzamelmethode: verdiepende semi-gestructureerde interviews, participerende observaties en het verzamelen en analyseren van organisatie documenten. In de periode september 2020 - september 2022 hebben we in totaal 107 respondenten geïnterviewd in 125 interviews, inclusief 18 follow-up interviews. Deze bestaan uit 67 medewerkers en managers van verschillende hulpverlenende organisaties van verschillende functieniveaus. Verder zijn tot nu toe 40 cliënten geïnterviewd.

Voor alle interviews is mondeling toestemming gegeven door de respondenten na uitleg van de procedures. Alle interviews zijn opgenomen en getranscribeerd. Data is opgeslagen in een beveiligde omgeving en wordt geanonimiseerd verwerkt. De opzet van de studie is goedgekeurd door de Research Ethics Review Board (RERB) van de School of Business and Economics (SBE) van de Vrije Universiteit Amsterdam.

In de periode september 2020 - september 2022 is op verschillende locaties in Amsterdam participerende observatie uitgevoerd, zoals bij noodopvangcentra, inloophuizen, geïntegreerde voorzieningen en residentiële woningen voor mensen in kwetsbare posities.

Een overzicht van de geïnterviewde respondenten en cliënten is te vinden in Tabel 4.

Tabel 4: Geïnterviewde medewerkers en cliënten per organisatie

Organisatie	MedicalCare	TownCare	CityCare	UrbanCare	Overig
Functie medewerkers	Hoofd (1) Team/project leider (3) Coördinator (1) Onderzoeker (1) Arts (4) Verpleegkundige (2) Veldregisseur (1) Cliënten (2)	Directeur (2) BU Manager (3) Teamleider (3) Projectleider (1) Case manager (3) Adviseur (1) Begeleider (5) Cliënten (3)	Directeur (2) Project leider (1) Team Manager (5) Coordinator (1) Adviseur (3) Begeleider (4) Onderzoeker (1)	Directeur (1) Regiomanager (1) Locatiehoofd (1) Coördinator (7) Begeleider (2) Cliënten (15)	Accountmanager (1) Manager (2) Regiomanager (1) Coordinator (2) Adviseur (1) Cliënten (20)
Totaal aantal medewerkers	13	18	17	12	7
Totaal aantal cliënten	2	3	0	15	20
Ronde 1 interviews					
Medewerkers	11	13 (1 follow-up)	15	10	0
Cliënten	2	3	0	0	0
Ronde 2 interviews					
Medewerkers	3 (1 follow-up)	7 (4 follow-ups)	5 follow-ups	5 (4 follow-ups)	4
Cliënten	0	0	0	6	16
Ronde 3 interviews					
Medewerkers	1 follow-up	4 (1 follow-up)	2	2 (1 follow-up)	3
Cliënten	0	0	0	9	4

REFERENTIES

- Daanen, F. (2020). *Experiences of people with low (health-) literacy during the pandemic of COVID-19* [Unpublished research report]. Radboud UMC.
- De Vries, D., & Pols, J. (2020). *Effecten van sociale afstand op kwetsbare groepen in Nederland*. Universiteit van Amsterdam.
- Dorst, K. (2011). The core of 'design thinking' and its application. *Design Studies*, 32(6), 521–532.
- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology. *Organizational Research Methods*, 16(1), 15–31.
- Hobus, M. (2020). *COVID-19 related healthcare provided to homeless people in the Netherlands* [Unpublished research report]. Radboud UMC.
- Ibarra, H. (1999). Provisional selves: Experimenting with image and identity in professional adaptation. *Administrative Science Quarterly*, 44(4), 764–791.
- IDEO, I. (2015). *The Field Guide to Human Centered Design*. Ideo.Org.
- Kateb, S., Ruehle, R. C., Kroon, D. P., van Burg, E., & Huber, M. (2022). Innovating under pressure: Adopting digital technologies in social care organizations during the COVID-19 crisis. *Technovation*, 102536.
- Kloosterman, M. (2020). *Covid-19 and the homeless population: Organization of corona-policy in shelters, social and medical care by 22 centre municipalities in the Netherlands during the COVID-19 pandemic* [Unpublished research report]. Radboud UMC.
- Lempens, A., Knispel, A., De Lange, A., Van Bakel, Marianne, Hulsbosch, L., & Kroon, H. (2020). 'Voor mij is contact zuurstof. Het voelt nu wat zuurstofarm' *Impact van sociale isolatie op mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Trimbos instituut.
- Mennis, E. (2020). *COVID-19 related morbidity and disease course in homeless people in The Netherlands* [Unpublished research report]. Radboud UMC.
- Muusse, C., Planije, M., & Kroon, H. (2020). *Dakloos in coronatijden: Eindrapportage, juni 2020*. Trimbos instituut.
- Romme, A. G. L. (2003). Making a difference: Organization as design. *Organization Science*, 14(5), 558–573.
- Romme, A. G. L., & Van Burg, E. (2006). *Creating university spinoffs: A science-based design perspective. Paper presented at the Kauffman Foundation and IEI Research Conference on Technology Commercialization and Entrepreneurship*.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (Vol. 2nd). Sage Publications.
- Van Bon-Martens, M., Van Doesum, T., De Beurs, D., Kroon, H., & Shields-Zeeman, L. (2020). *Impact van de coronacrisis op werk en welzijn van professionals voor psychische hulp: Rapportage kerncijfers*. Trimbos instituut.
- Van Loenen, T., Denktas, S., Merkelbach, I., & Muijsenbergh, M. van den. (2020). *Corona gedragsmaatregelen*. Pharos.
- Willems, P., Vlasman, E., Buree, M., Derks, N., Huberts, M., Peterman, M., Varkevisser, K., Van Zijl, R., & Groot, B. (2020). *Maat-ifest: Ertoe doen, ook in Coronatijd. Oplossingen co-creëren in Corona-tijden: Een participatief actieonderzoek met mensen in kwetsbare situaties*. Centrum voor Cliëntervaringen.