

EMPOWERMENT, DIGITALISERING EN BELEID

Auteurs: Gerard Nass, Sanne van der Hagen en Leon Chevalking

1. INLEIDING

Actueel zijn er twee ontwikkelingen die voor zowel empowerment als de maatschappelijke participatie van mensen met een verstandelijke beperking belangrijk zijn.

In de stelselherziening van de sociale zekerheid is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) de meest belangrijke. Door die wet gaan mensen zo lang mogelijk participeren in de samenleving in plaats van 'in zorg' te gaan.

Als tweede is er de ontwikkeling van informatie- en communicatietechnologie (ICT) in de zorg. Die brengt op veel vlakken spanning met zich mee. Bijvoorbeeld rondom privacy, gebruiksvriendelijkheid en de mate waarin ICT de burger dient in plaats van managers. Volgens Rotmans (2012) vallen de gevolgen van de digitalisering, ook voor de zorg, nauwelijks te overschatten: "we leven niet in een tijdperk van verandering maar in een verandering van tijdperk".

Deze twee ontwikkelingen in overeenstemming brengen met de nieuwe rol van de burger vraagt om een samenhangende strategie rond empowerment, digitalisering en beleid op niveaus van de zorgorganisatie (macro), de professionals (meso) en de burger met een verstandelijke beperking (micro).

Uitgangspunt is dat toegang tot ICT van mensen met een verstandelijke beperking die aangewezen zijn op ondersteuning, een grote impuls kan geven aan hun empowerment proces en daarmee hun zelfregie en maatschappelijke positie.

2. BEGRIPPENKADER

In de Verstandelijk Gehandicapten (VG) – sector verschuift het accent in de ondersteuning naar meer eigen regie voor de cliënt en interactie met de omgeving (Buntinx, 2011). Beide uitgangspunten staan ook centraal in het Kwaliteitskader van de VGN (2013).

In dit opzicht is het 'VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap' (2007) een nieuwe mijlpaal. Daarin wordt nadrukkelijk het zogenoemde 'sociale model' geïntroduceerd: "het hebben van een handicap wordt niet gezien als een individueel probleem, maar als een probleem dat in de samenleving ligt.

Een beperking wordt een handicap als gevolg van maatschappelijke, culturele en/of fysieke barrières. Niet meer het defect, de aandoening of het intelligentietekort staat centraal (medische model), maar het functioneren van mensen in de dagelijkse situatie (sociale model)" (Schuurman, 2015).

Dit heeft volgens ons ook belangrijke gevolgen voor processen rond empowerment van de cliënt, de digitalisering van primaire en secundaire processen en de beleidsontwikkelingen op landelijk- en organisatieniveau.

EMPOWERMENT VAN DE CLIËNT

In dit artikel gebruiken we de definitie van empowerment gebaseerd op Boumans (2012a): “empowerment kan omschreven worden als een tweezijdig proces: meer greep krijgen, eigen kracht en zeggingskracht vergroten over de maatschappelijke omstandigheden én over de beperking of kwetsbaarheid zelf.” Hierdoor vergroot men de mogelijkheden om –samen met anderen – vorm en inhoud te geven aan het leven. Daarvoor is het essentieel dat:

- de mogelijkheden van de cliënt tot groeien worden erkend, maar ook wordt onderkend wat iemand belemmert om te kunnen groeien;
- de mogelijkheden die de maatschappij biedt om te kunnen groeien worden onderkend, maar ook de systemen die dit belemmeren (Boumans 2012a).

DIGITALISERING

Digitalisering heeft verschillende functies. Uitgangspunt in dit artikel is vooral dat “digitale participatie wordt ingevuld als de manier waarop en de mate waarin individuen actief (kunnen) omgaan met digitale media om er strategisch voordeel uit te halen in het dagelijkse leven binnen de verschillende levensdomeinen” (Mariën, 2013, p.3).

In een recent rapport concludeert het Sociaal Cultureel Planbureau (2014) dat het aantal mensen met een lichte verstandelijke beperking dat zorg via de AWBZ ontvangt tussen 1998 en 2011 bijna is verviervoudigd. Een van de oorzaken die genoemd worden is dat de maatschappij door digitalisering ingewikkelder en onbereikbaarder wordt¹.

Digitaal participeren binnen de verschillende levensdomeinen is afhankelijk van een veelheid aan factoren waaronder de toegang tot internet die geboden wordt door de zorgorganisatie. Belangrijk hierin is dat onvoldoende kunnen participeren (digitale uitsluiting) binnen zorginstellingen niet op individueel niveau te overbruggen is.

BELEIDSONTWIKKELINGEN

Kröber (2008) stelt, dat naast maatschappelijke succes- en faalfactoren een gezamenlijke visie op institutioneel niveau een voorwaarde is voor succesvolle verandering; dezelfde uitgangspunten moeten worden gedeeld door alle betrokkenen op alle niveaus. Dat vraagt van medewerkers een nieuwe professionaliteit. Daarbij is de manier waarop ICT de relatie tussen cliënt en begeleider beïnvloedt, doorslaggevend voor een brede en effectieve invoering van de diverse technologische oplossingen. (Nijs & Timmer, 2012).

¹ zie ook Liesbeth kan het niet meer volgen, de tv uitzending van Zembla 2 april 2015: http://www.npo.nl/zembla/01-04-2015/VARA_101372903

Door aansluiting op ontwikkelingen in andere sectoren in de gezondheidszorg kan de VG-sector uit haar traditie van relatief (maatschappelijke) isolement komen en zich meer oriënteren op de buitenwereld. Dit draagt volgens ons bij aan innovatie van de VG- dienstverlening en aan een sterke en meer zelfbewuste positie in het zorglandschap.

3. GESCHIEDENIS VAN EMPOWERMENT

De trage opkomst van ICT in de VG-sector hangt samen met haar categorale- en naar binnen gekeerde historie en het verschil tussen beleidsvisies en de praktijk.

Normalisatie, integratie en participatie domineerden, mede onder de invloed van de ouderverenigingen (FvO, 1989, 1996), de discussie.

Daarnaast waren er ontwikkelingen rond het ondersteuningsparadigma (van Gennep 1997), sociale netwerken (Smit & van Gennep, 2000) en de Persoonlijke Toekomstplanning (Wieringa, 2010).

Maar “anders dan de zorg, werd de organisatie geen onderwerp van heftige debatten, verwarring en zelfkritiek” (Tonkens, 1999, p. 220). Gevolg was hoogstens fysieke integratie en minder functionele (gebruik maken van reguliere voorzieningen) waardoor van echt deel uitmaken van de maatschappij (sociale integratie) weinig terecht kwam (van Gennep 1997, Overkamp, 2000).

Ten aanzien van meer zelfregie was er vooral aandacht voor formele inspraak via cliëntgeledingen en bewonersraden. Daarmee werd de inbreng van de mensen zelf veelal geïncorporeerd binnen het bestaande systeem (Bouwmans, 2012b), en verloor ze haar empowerment-karakter. Bovendien werden belangen- en oudervereniging gemarginaliseerd.

Deze tekortkomingen probeerde men te compenseren door sterk te investeren in professionalisering. De keerzijde hiervan was dat mensen dreigden te vervreemden van hun achterban (Verweij Jonker Instituut, 2015).

Inmiddels zet de overheid, mede via de WMO, in op zoveel mogelijk ‘normaal waar kan’. Binnenkort verplicht zij zich tot het eerder genoemde ‘VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap’ “wat voor ons land een nuttige katalysator, hulpmiddel en toetssteen (kan) zijn in het proces van inclusie”(Schuurmans, 2015, p. 5).

Tegelijkertijd wordt het internet, zowel voor de vrijetijdsbesteding als voor het onderhouden van sociale contacten, alsmat belangrijker voor een steeds grotere groep mensen, ook die met een verstandelijke beperking. (Hagen, van der S., 2011; Lieshout, van R., 2012; Kennisnet, 2014).

Veel mensen met een verstandelijke beperking zijn voor wonen, werken, vrije tijd en ook voor internet afhankelijk van zorgaanbieders. Daarom is het essentieel dat zorgaanbieders internetgebruik mogelijk maken en ondersteunen.

In andere sectoren is er rond ICT-beleid een toenemend bewustzijn van het belang van het delen van informatie tussen cliënten onderling, maar vooral ook tussen zorgverleners en cliënten (Engelen, 2010). Dit bewustzijn lijkt langzamerhand ook door te druppelen in de VG-sector.

4. DE ACTUELE PRAKTIJK, RELEVANTE FACTOREN EN VOORBEELDEN

De mate waarin ICT wordt ingezet voor cliënten en hun empowerment is diffuus omdat de geformuleerde visie en de concrete praktijk vaak verschillen en een relatie met beleidsdoelstellingen doorgaans ontbreekt.

Elders is wel onderzoek gedaan naar de factoren die bijdragen aan een succesvolle invoering van ICT in de Nederlandse gezondheidszorg en daarop lijkende sectoren als het onderwijs (Hogeschool Utrecht, 2005, Kennisnet, 2013 en Hogeschool van Amsterdam, 2013).

Wij hebben de genoemde onderzoeken naast elkaar gelegd en een selectie gemaakt van activiteiten die van invloed kunnen zijn op ICT-implementaties in de VG. Daarna hebben we deze onderverdeeld in hun relevantie voor het micro-, meso- en macroniveau.

We hebben gekeken naar activiteiten die in meerdere onderzoeken voorkomen, rekening houdend met taalgebruik en betekenis. Daarnaast hebben we gekeken naar de relevantie vanuit de beleidspraktijk van de VG, die nog een relatief korte historie heeft met betrekking tot ICT

Tot slot hebben we de activiteiten vertaald naar begrippen die gerelateerd zijn aan empowerment, het thema van ons artikel. Met deze indeling beschouwen we hierna een aantal praktijkvoorbeelden.

ACTIVITEITEN DIE BIJDAGEN AAN EEN VERSTEVIGDE POSITIE VAN DE VG

Tabel 1: Activiteiten die bijdragen aan empowerment

Nummer	Activiteit	Domein(en)
Macro 1	Mogelijk maken van betrokkenheid en dialoog tussen mensen in en rondom de organisatie	Empowerment
Macro 2	Aansluiten op maatschappelijke ontwikkelingen rond participatie en gewoon wat kan en (alleen) speciaal wat moet	Empowerment, beleid
Macro 3	Helderheid creëren over de noodzaak van ICT (door b.v. inspirerend leiderschap)	Beleid
Macro 4	Mogelijk maken van toegang tot ICT (inclusief scholing) voor iedereen die het aangaat	ICT
Macro 5	Faciliteren Empowerment van cliënten en direct betrokkenen	ICT, Empowerment
Meso 1	Faciliteren van eigen regie in relatie met aandacht voor onderlinge zelfhulp	Empowerment
Meso 2	Vergroten van begrip en vaardigheden (van en voor uitvoeren ICT beleid)	Beleid
Meso 3	Garanderen van goede technische- en ICT infrastructuur	ICT
Micro 1	Betrekken van familie en netwerk bij het proces van Empowerment	Empowerment
Micro 2	Stimuleren van respectvolle grondhouding t.a.v. cliënt	Empowerment
Micro 3	Faciliteren van nabijheid van hardware (apparaten) en software (programma's)	Beleid en ICT
Micro 4	Prioriteit voor begeleiding en scholing en ontwikkeling van kennis en vaardigheden rond ICT	ICT

VERDELING FACTOREN DIE BIJDAGEN AAN EMPOWERMENT IN DE VOORBEELDPROJECTEN

We hebben informatie over de elf projecten bekeken die zich volgens ons positief onderscheiden op een – of meerdere activiteiten van de domeinen uit tabel 1. Daarvoor gebruikten we digitale informatie van zorgaanbieders en waar beschikbaar, de gepubliceerde onderzoeken door deze zorgaanbieders of derde partijen. Deze zoektocht was niet limitatief en we gebruiken de voorbeelden alleen om een indicatie te geven van de huidige ontwikkelingen in de praktijk. Uitgangspunt was als eerste de aanwezigheid van activiteiten die bijdragen aan empowerment. Van daaruit hebben we de projecten voor zover bekend ‘gescoord’ op de domeinen waarmee rekening gehouden is.

1. Talant: Living lab en beeldhorloge

In het living lab detecteren begeleiders problemen, zoeken ze naar technologieën die bijdragen aan de oplossing en passen deze direct toe. Een ervaringsverhaal over het beeldhorloge illustreert de mogelijkheden van ICT (Talent, 2012a, 2012b; Tap en Bruins, 2011). Het zorgt ervoor dat de cliënt meer regie over zijn leven krijgt.

2. Pluryn: beeldbellen

Pluryn onderstreept op haar website dat zorg op afstand de zelfredzaamheid van mensen vergroot en de efficiëntie van de zorg bevordert (Pluryn 2012, 2013).

3. Pameijer: myPameijerConnect

Pameijer gebruikt zorg op afstand als een aanvulling op de reguliere zorg waardoor cliënten minder afhankelijk worden van de feitelijke bezoeken van de zorgverlener. (De Wit et.al. 2014)

4. Carintreggeland: Zelforganiserende teams

Een voorbeeld uit de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg is Carintreggeland, waar door de regie lager in de organisatie te leggen uiteindelijk één hele managementlaag kon verdwijnen (Asbreuk & van Hest, 2011). Carintreggeland gebruikt de reorganisatie om de wensen en behoeften van de cliënten en medewerkers weer ruimte te geven en hier op in te spelen.

5. Stichting Philadelphia: Regelarme zorg

Bij Stichting Philadelphia werd samen met begeleiders gekeken welke regels overbodig waren. Samen met cliënten is gekeken naar wat die nu precies wilden en vervolgens werd ‘gezorgd dát, in plaats van gezorgd voor’ (Jansen & Veldhuis, 2014).

6. JP van den Bent: Regelarme zorg

De potentie bij werknemers en cliënten is het uitgangspunt bij de JP van den Bent stichting. Zij zijn er ook van overtuigd dat verantwoordelijkheid laag in de organisatie leggen leidt tot betere zorg (Jansen & Veldhuis, 2014).

7. Buurtzorg: Een administratief product tegen een tarief

Door haar “één administratief product tegen één tarief” is Buurtzorg een bekende regelarme organisatie in de gezondheidszorg (Jansen & Veldhuis, 2014). Een van de experimenten is de indicatie die met terugwerkende kracht vijf dagen na het eerste contact kan worden aangevraagd. Dit geeft meer ruimte aan cliënt en zorgverlener om samen te zoeken naar de echt nodige hulp.

8. De Lichtenvoorde: Zelfsturende teams

De Lichtenvoorde is vanaf begin dit millennium bezig met de realisatie van zelfsturende teams (De Lichtenvoorde, 2012). Daarvoor krijgen teams meer bevoegdheden vanuit de organisatie.

9. Cordaan: ECD

Volgens Cordaan kan het ECD bijdragen aan meer kwaliteit van leven door de interactie tussen de cliënt en de medewerker doeltreffender te maken. Men wil minder dubbele (onnodige) handelingen en hogere variatie in aanbod via 'communities' van alle betrokkenen, en systemen beïnvloeden die de groei van cliënten belemmeren (Maat, 2012).

10. Estinea: Zelfsturende teams

Estinea is in voorbereiding op de WMO een project gestart waarin zelfsturende teams een prominente rol krijgen met als doelstelling om de positie van de cliënt te versterken. Medewerkers vragen zelf naar kennis en vaardigheden om de zorg en indicatie af te stemmen op de zorgzwaarte. (Invoorzorg, 2014).

11. Ipse de Bruggen: ECD

Ipse de Bruggen neemt in haar opzet van het ECD de wens van ouders en vertegenwoordigers mee die thuis de rapportage mee kunnen lezen (Ipse de Bruggen.nl, 2014).

Tabel 2: Projecten en de kenmerken die bijdragen aan empowerment

	Empowerment	Beleid	ICT
Macro	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11	1, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11	1, 2, 3, 6, 7, 10
Meso	2, 3	1, 4	2, 3, 4, 9
Micro	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10	1, 11	1, 11

Uit onze analyse kunnen we drie conclusies trekken.

Allereerst dat de projecten op macroniveau goed op orde zijn over de assen empowerment, beleid en ICT.

Ten tweede blijkt er op microniveau veel aandacht voor empowerment.

Tot slot zien we dat er op het mesoniveau, net als op het microniveau, weinig aandacht is voor de domeinen beleid en ICT.

5. LANDELIJKE POLITIEK OVER ZORG EN TECHNOLOGIE

De laatste jaren is er in de landelijke politiek steeds meer aandacht voor de rol die technologie kan spelen voor empowerment en zelfregie in de zorg. Zo maken Minister Schippers en Staatssecretaris Van Rijn duidelijk dat "door e-health betere zorg en meer eigen regie" mogelijk zijn (Rijksoverheid, 2014a).

In de kamerbrief van 2 juli 2014 (Rijksoverheid, 2014b) schetsen deze bewindslieden hun ambities voor de zorg van de toekomst. Het ministerie zet scherp in op de regie van de cliënt. Die moet via mobiele devices of internet toegang krijgen tot medische gegevens, zelfstandig metingen kunnen uitvoeren en door de dag heen zelf de regie krijgen over digitale contactmomenten met de zorgverlener.

De eHealth monitor van Nictiz en Nivel (Nictiz en Nivel, 2013) concludeert dat Nederland goed scoort op het gebied van eHealth. De verwachtingen rondom digitalisering zijn als volgt:

- i. eHealth bevordert zelfmanagement, doelmatigheid en betaalbaarheid van de zorg,
- ii. eHealth draagt bij aan een hogere patiëntveiligheid en hogere kwaliteit van zorg,
- iii. eHealth kan de toegankelijkheid van de zorg bevorderen.

Daarnaast is een voor de VG-sector belangrijke constatering in de eHealth monitor 2013 (Nictiz en Nivel, 2013) dat er voor de communicatie tussen zorgverlener en zorggebruiker meer aanbod is dan wordt gebruikt. Cliënten zouden slecht op de hoogte zijn van de technologische mogelijkheden voor online communicatie met zorgverleners. Voor mensen met een beperking betekent dit dat:

1. Er geïnvesteerd moet worden in de mogelijkheden voor informatievoorziening toegespitst op mensen met een beperking en hun verwanten;
2. Er nagedacht moet worden over selectiecriteria die onderscheid maken tussen speciale middelen voor mensen met een beperking en algemene middelen voor een breder publiek;
3. Het investeren in digitale vaardigheden voor mensen met een beperking en hun verwanten moet worden gestimuleerd. Want wanneer eHealth de toegankelijkheid tot de zorg vergroot moet voorkomen worden dat er een kloof ontstaat tussen mensen met een beperking die wel over ICT basisvaardigheden beschikken, en mensen met een beperking die deze vaardigheden niet hebben.

Het is verontrustend dat in de eHealth monitor 2014 (Nictiz en Nivel, 2014) de rol van de VG-sector, vertegenwoordigd door de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), gemarginaliseerd is. Dit wordt duidelijk uit de vijf aanbevelingen die de monitor maakt.

Een aanbeveling luidt dat de zorggebruiker duidelijk gemaakt moet worden wat kan, zonder dat direct te koppelen aan de rol van verwanten van mensen met een beperking.

Een andere aanbeveling betreft het stimuleren van online inzage in het dossier van zorggebruikers, met name het medicatiedossier. Ook hier ontbreekt de nuance die geldt voor mensen met een beperking in de monitor, inclusief de gevoeligheid die de informatie met zich meebrengt voor verwanten. Zou bijvoorbeeld additionele informatievoorziening over medicatie voor verwanten nodig zijn wanneer zulke informatie transparant gemaakt wordt?

Het ontbreken van een breed gedragen langetermijnvisie in de VG-sector op de inzet van ICT voor empowerment en maatschappelijke participatie kan er voor zorgen dat de sector 'achter de feiten aan' blijft lopen. Afhankelijk van ontwikkelingen in andere zorgsectoren, die geen rekening houden met de beperkingen van VG-cliënten, kan de kloof tussen de VG-sector en andere zorgsectoren groter worden.

Duidelijk is dat een langetermijnvisie hard nodig is en in ieder geval de volgende vragen moet beantwoorden:

1. Welke bijdrage kan ICT leveren voor cliënten vanuit een maatschappelijke visie op zorg en empowerment en hoe kan ICT op initiatief van en in samenwerking met cliënten ontwikkeld worden?
2. Welke al beschikbare ICT-middelen en standaarden uit de gezondheidszorg kunnen met welke aanpassing worden ingezet binnen de VG-sector (visie op ICT en standaardisatie);

3. Welke kennis en vaardigheden hebben ondersteuners nodig om ICT in te zetten tijdens het werk? (visie op werkprocessen);
4. Wat hebben familieleden van de zorgorganisatie nodig om bij het ICT-gebruik van toegevoegde waarde te zijn voor hun verwanten? (visie op de rol van het informeel netwerk);
5. Welke kennis kan vanuit de VG-sector breed worden gedeeld en op welke manier? (visie op samenwerken).

6. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

De emancipatie van mensen met een verstandelijke beperking is ruim 25 jaar een leidend thema in de Verstandelijk Gehandicaptenzorg. De actuele digitalisering en de stelselherziening in de zorg hebben gevolgen voor empowerment en de maatschappelijke participatie van mensen met een verstandelijke beperking.

Om dat te stimuleren moet niet langer het systeem van de organisatie het uitgangspunt zijn van de zorg, maar het faciliteren van empowerment. Een goede inzet van ICT vraagt van zorgaanbieders een continue flexibiliteit. Daarbij is ook breed draagvlak binnen de organisatie essentieel evenals een oriëntatie op de buitenwereld.

In het overheidsbeleid staat de cliënt steeds meer centraal via eigen regie, transparantie en vraagsturing. ICT heeft de aandacht van bestuurders maar lijkt nog onvoldoende doordacht op haar relatie met het empowermentproces en de vermaatschappelijking van cliënten.

Investeren in kennis en kunde bij cliënten, hun netwerk en hun ondersteuners gebeurt nog onvoldoende en vraagt om inhoudskennis van mensen en hun ondersteuningsbehoefte. Daarnaast is voor ICT ondersteuning van primaire zorgprocessen 'leren' en niet 'controleren en verantwoorden' belangrijk.

Het ontwikkelen van eenvoudige ICT toepassingen heeft ook voor andere groepen toegevoegde waarde. Daarover is in de VG -sector al veel kennis voorhanden.

Wij willen graag een discussie op gang brengen over manieren waarop we op microniveau nabijheid van ICT kunnen verbeteren en welke samenwerkingspartners interessant zijn voor het faciliteren van toegang tot ICT. Dat vraagt geen 'digitale inrichtingen' maar uitwisseling met collega's in andere sectoren en een actieve houding naar de buitenwereld.

Auteurs:

Drs. Gerard Nass werkt samen met ervaringsdeskundigen aan projecten rond empowerment, ICT en de WMO.

Sanne van der Hagen werkt samen met zorgorganisaties, ervaringsdeskundigen en ICT-professionals aan (diverse aspecten van) e-inclusie van mensen met een afstand tot technologie. Ze werkt als consultant voor noxqs.

Drs. Ir. Leon Chevalking werkt met zorg- en onderwijsorganisaties samen om de meerwaarde van ICT in kaart te brengen voor verschillende, kwetsbare, doelgroepen.

Literatuur

- Asbreuk, A. & Hest, M. van (2011). *Succesvolle teams. Kaders voor kleinschalige teams binnen Carintreggeland*. Rapport Carintreggeland. Enschede.
- Boumans, J. (2012a). *Naar het hart van empowerment*. Utrecht: Movisie.
https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Naar%20het%20hart%20van%20empowerment%20%5BMOV-177839-0.3%5D.pdf Geraadpleegd op 11 november 2015.
- Boumans, J. (2012b). *Tussen regie en repressie; een verkenning van het concept empowerment*. *Tijdschrift voor Rehabilitatie 1*, pag. 28-42.
- Boumans, J. (2012c). *Het subject als maatstaf? Een essay over valkuilen van het onderzoek naar ervaringskennis*. In: Jansen, J. & Dobbelaar, T. (ed.) *Zie meer, kijk anders, 10 jonge wetenschappers over Disability Studies*, pag. 71-97. Rijswijk: ZonMw.
- Buntinx W.H.E., Kersten M.C.O. (1997). *Gebundeld en geoogst. Thematische rapportages en beschouwingen naar aanleiding van het 10de IASSID congres juli 1996, Helsinki, Finland*. Utrecht: NGBZ & BBI.
- De Lichtenvoorde, (2012.)
(http://www.delichtenvoorde.nl/mme/upload/document_13-05-01_16-27-12.pdf). Geraadpleegd 11 november 2014.
- De Vries, E., Maes, R. en Bronsgeest, W. (Red.) (2014). *De Informatieprofessional 3.0*. AG reeks. Den Haag: BIM Media.
- Engelen L. van (2010). *Een heel klein boekje over zorg 2.0*. Delft; Eburon.
- Federatie van Oudervereniging (1989). *Mensen met mogelijkheden, een visie op mensen met een geestelijke handicap*. Utrecht.
- Federatie van Oudervereniging (1994). *Gewoon Doen; een inhoudelijk en strategisch vervolg op de visienota "Mensen met Mogelijkheden"*. Utrecht.
- Gennep, A. Th. G. van (1997). *Paradigma-verschuiving in de visie op zorg voor mensen met een verstandelijke handicap*. Universiteit van Maastricht (inaugurale rede).
- Gennep A.Th. G. van (1997). *De institutionalisering en integratie*. In: Buntinx, W.H.E. & Kersten M.C.O. (red.) *Gebundeld en geoogst. Thematische rapportages en beschouwingen naar aanleiding van het 10-de IASSID congres, juli 1996, Helsinki, Finland*. Utrecht NGBZ/BBI.
- Hagen, van der S. (2011). *Metten van risico's bij online communicatie van jongeren met een licht verstandelijke beperking*. In: Wiebinga, F. red. (2011). *Metten van mediawijsheid. Een studie van een raamwerk, meetmiddelen en de toepassing hiervan*.
http://typo.kennisnet.nl/fileadmin/kennisnet/Mediawijzer.net/metten_van_mediawijsheid.pdf geraadpleegd op 11 november 2014.
- Herps M.A. , Buntinx W.H.E. & Curfs L.M.G. (2011). *Ondersteuningsplannen in de Gehandicaptenzorg: beschouwingen en perspectief*. *Nederlands Tijdschrift voor Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 36 (2), juni 2011, pag. 111-136.

Invoorzorg (11 juli 2014)
(<http://www.invoorzorg.nl/ivz/interview-in-voor-zorg-leert-van-estinea-werken-met-zzps.html>).
Geraadpleegd 5 januari 2016.

Invoorzorg (2015).
<http://www.invoorzorg.nl/ivz/literatuur-handleiding-tips-en-voorbeelden-bij-reorganisaties.html>.
Geraadpleegd 5 januari 2016.

Invoorzorg (2015). *Van regels naar mensen, Deel 2, Experiment Regelarme Instellingen in de langdurige zorg*. Ministerie van VWS en Vilans, Utrecht.

Ipsse de Bruggen (2009).
<http://www.zorgvisie.nl/Home/Verdieping/2009/11/Zorgvisie-magazine-november-2009-ZVS006519W/> Geraadpleegd 5 januari 2016.

Jansen & Veldhuis (2014). *Evaluatie experimenten regelarme instellingen (ERAI) in opdracht van ActiZ*. Bureau HM, Enschede.

JP van de Bent (2011). JP van den Bent stichting: 'We doen het gewoon'
<http://www.pinkroccade-healthcare.nl/actueel/klantcases/jp-van-den-bent-stichting-we-doen-het-gewoon/>. Geraadpleegd, 5 januari 2016.

Kennisnet (2013). *Vier in balans monitor 2013; de laatste stand van zaken van ICT en onderwijs*. Zoetermeer.

Kennisnet (2014). *LVB-jeugd en sociale media. Rapport over jongeren met een licht verstandelijke beperking en de risico's van sociale media*.
http://www.kennisnet.nl/fileadmin/contentelementen/kennisnet/_temp_/LVBjeugdensocialemediaDEF.pdf Geraadpleegd op 11 november 2014.

Kok, H., Peeters L., Sjoers, S., Verkerk, A. & de Vos, S. (2013). *Passend onderwijs werkt met ICT*. Leiden; Stichting Kennisnet. In: TOKK, *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Kinderpsychologie*, 37, pag. 126- 139.

Kröber H. R. Th. (2008). *Gehandicaptenzorg, inclusie en organiseren*. Rotterdam: Pameijer.

Lieshout, van R. (2012). *E-inclusie: Benutten van kansen in de digitale samenleving*.
<http://noxqs.nl/wp-content/uploads/2013/06/inleverversie-thesis-tim-van-lieshout222.pdf>
Geraadpleegd 11 november 2015.

Maat E. (2015). *E-Health is slechts een middel*. In *Skipr ICT-special: Zorg met een hoofdletter D*. Houten: Bohn Stafleu van Loghem. pag. 8.

Mariën, I., Baelden, D., Bens, J., Schurmans, D., Van Audenhove, L., Smukste, K., Pierson, J., Lemal, & M., Goubin, E. (2013). *Van digitale naar maatschappelijke participatie: Opportuniteiten en uitdagingen*. In: Callens, M., Noppe, J. & Vanderleyden, L. (eds.) *De sociale staat van Vlaanderen 2013*.
http://ilsemarien.com/system/files/1581/original/Sociale_Staat_van_Vlaanderen-Participatie.pdf
Geraadpleegd op 11 november 2015.

Nass G., (2013). *Nieuwe wegen cliëntenmedezeggenschap? Nederlands Tijdschrift voor zorg aan mensen met een verstandelijke beperking*, 39, pag. 81-84, Assen: van Gorcum.

- Nictiz en Nivel, (2013). *eHealth, verder dan je denkt. eHealth monitor 2013*.
<http://www.nictiz.nl/module/360/976/Onderzoeksrapport%20eHealth-monitor%202013.pdf>
- Nictiz en Nivel, (2014).
https://www.nictiz.nl/SiteCollectionDocuments/Rapporten/Rapport_eHealth-monitor_2014.pdf
- Nivel (2014). <http://www.nivel.nl/panel-samen-leven>. Geraadpleegd 5 januari 2016.
- Nys D & Timmer. S (2012). Een verkenning van de mogelijkheden van e-Health als empowerende hulpverlening. In: *TOKK, Tijdschrift voor orthopedagogiek, kinderpsychiatrie en klinische kinderpsychologie*, (3-4), 37 pag. 126- 138. Leuven, België.
- Overkamp, E. (2000). *Instellingen nemen de wijk. Een analyse van het beleid inzake de deconcentratie van instellingen voor mensen met een verstandelijke handicap en zijn empirische effecten*. Assen: Van Gorcum.
- J. de Wit, E. Dozeman, J. Ruwaard en H. Riper (2014). mijnPamijerconnect, Online ondersteuning in het dagelijks functioneren van cliënten met chronisch psychiatrische problematiek of een verstandelijke beperking: een haalbaarheidsstudie in de dagelijkse praktijk. <http://noxqs.nl/wp-content/uploads/2013/06/Rapport-Pameijer-sq.pdf>. Geraadpleegd 5 januari 2016.
- Penninx K. (2004). *Empowerment van kwetsbare mensen. Welzijnswerk als partner bij zelfstandigheid*. NIZW, Utrecht.
- Pluryn (2012). *Pluryn start met beeldbellen via FaceTalk*.
<http://www.pluryn.nl/Over-Pluryn/Nieuws/Nieuws-2012/FaceTalk.aspx>. Geraadpleegd 5 januari 2016.
- Pluryn (2013). <http://www.pluryn.nl/Over-Pluryn/Nieuws/Nieuws-2013/Beeldbellen-CCR.aspx>. Geraadpleegd 5 januari 2016.
- Stichting Philadelphia(2012). *Pak je vak terug, Gerrit Leene over regelarm*.
<http://www.philadelphia.nl/regelarme-zorg1> Geraadpleegd 5 januari 2016.
- Rijksoverheid (2014a).
<https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2014/07/03/schippers-en-van-rijn-door-e-health-betere-zorg-en-meer-eigen-regie>
- Rijksoverheid (2014b).
<https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/kamerstukken/2014/07/02/kamerbrief-over-e-health-en-zorgverbetering/kamerbrief-over-e-health-en-zorgverbetering.pdf>
- Rotmans, J. (2013). <http://www.janrotmans.nl/> en *Over veranderingen in de langdurige zorg tijdens 'In voor Zorg'*. <https://www.youtube.com/watch?v=cugVL9idwf0>. 27 mei 2013.
- Schalock, R. L. (ed.), (1996). *Quality of Life, volume I and II*. American Association on Mental Retardation. Washington (USA).
- Schuurman, M.I.M. (2014). *Naar de samenleving. De transformatie van de inrichtingszorg voor mensen met verstandelijke beperkingen in Nederland, tussen 1989 en 2014*. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met een verstandelijke beperking*, 40 (1), maart 2013, pag. 10-34.

Schuurman, M.I.M. (2014). *Het VN-Verdrag inzake de rechten van mensen met een handicap: sturend kader en inspiratiebron voor kennisontwikkeling en onderzoek*. Nieuwegein: Kalliope Consult.

Smit, B. & Van Gennep, A. (2000). *Netwerken van mensen met een verstandelijke handicap*. http://www.canonsociaalwerk.eu/1985_anderlingsterk/Netwerkverstand.pdf Geraadpleegd op 11 november 2015.

Sociaal Cultureel Planbureau (2014). *Zorg beter begrepen, Verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Scp-publicatie 2014-36: Den Haag.

Strikwerda, J. (2012). *Empowerment: Hoe professionele ruimte te combineren met in-control zijn*. In: *Holland Management Review*, (145), pag. 32-40.

Talant. (2012a) Ervaringsverhaal. <http://www.talant.nl/1407/ervaringsverhaal/> Geraadpleegd op 11 november 2014.

Talant (2012b). <https://www.talant.nl/1406/nieuws-en-publicaties/files/Eerste%20Beeldhorloge%20uitgereikt.pdf>. Geraadpleegd op 11 november 2015.

Tap. R & Bruins M.L.M. (2011). *Verwantenpanel over Technologie in de zorg*. Talant, Herenveen.

Tonkens, E.H. (1999). *Het zelfontplooiingsregime; de actualiteit van Dennendal en de jaren zestig*. Uitgeverij Bert Bakker: Amsterdam.

United Nations (1971). *Declaration of the Rights of Mentally Retarded Persons. Resolution 2856 XXVI of the General Assembly of the United Nations, 2027 plenary meeting*. New York <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/RightsOfMentallyRetardedPersons.aspx>. Geraadpleegd 25 oktober 2015.

Verweij -Jonker Instituut (2000). *WMCZ in de sector verstandelijk gehandicapten*. In: *Evaluatie Wet Medezeggenschap cliënten zorgsector, achtergrond studie per sector*. (p. 59- 82). Utrecht.

Verweij -Jonker Instituut (2015). *Medezeggenschap op maat, Onderzoek naar de wijze waarop vorm en inhoud wordt gegeven aan medezeggenschap van cliënten in de zorg*. Utrecht.

VGN, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2013). *Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Visiedocument 2.0*. Utrecht: VGN.

VN, Verenigde Naties (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Nederlandse vertaling: *Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap*. New York, 13 december 2006. Traktatenblad van het Koninkrijk der Nederlanden, Jaargang 2007, nr. 169.

VN Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap, Nederlandse vertaling (2007). <http://www.vnverdragwaarmaken.nl/vnverdragwaarmaken/images/vninfo/VN-Verdragtekst.pdf>. Geraadpleegd 4 januari 2016.

Vries, M.de e.a.(2005). *Succesfactoren voor instelling brede implementatie van ICT in het Onderwijs*. Stichting SURF/ Hogeschool van Utrecht. Utrecht.

Wieringa E., (2010). *Persoonlijke Toekomst Planning, Regie in eigen hand, vitale netwerken, behulpzame professionals*.

http://www.canonsociaalwerk.eu/nl/details.php?cps=1&auteur_id=29&canon_id=279

Geraadpleegd, 5 januari 2015.

Werkgroep 'Learning Tomorrow' (2013). *Visiedocument nieuwe media en onderwijs hogeschool van Amsterdam; input voor hva-brede visie en praktijk*. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam.