

De participatiesamenleving een utopie?

Een onderzoek naar de grenzen van zelfzorg door de civil society

**Scriptie bij de master Arbeid, zorg en welzijn: Beleid en interventie
Algemene Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht**

Auteur: Shirley Hooijmans
Studentnummer: 3159795
Begeleider: Dr. M.J.M. Hoogenboom
Tweede beoordelaar: Dr. B. Da Roit
Begeleider MOVISIE: Dhr. W. Kruijswijk
Datum: 17 juli 2012

Voorwoord

Bij deze presenteer ik u mijn afstudeerscriptie voor de masteropleiding Arbeid, zorg en welzijn: beleid en interventie. Het onderzoek was een proces van brainstormen, keuzes maken, vallen, opstaan en weer doorgaan. Het overleg met mijn begeleiders, Marcel Hoogenboom en Wilco Kruijswijk (MOVISIE), heeft mij steeds een stapje verder gebracht. Hen wil ik dan ook bedanken voor alle raad en adviezen. Ook mijn studiegenoten Esther, Moniek, Joanne en Elise wil ik bedanken voor het meedenken en voor de mentale steun tijdens het onderzoek.

Ook gaat mijn dank uit naar de medewerkers van Trajekt en Kompas, die mij hebben geholpen bij het werven van respondenten in Maastricht. En ook Anita Peters van MOVISIE wil ik bedanken voor de hulp bij het leggen van deze contacten. Dank gaat ook uit naar de bewoners van Daalhof die ik heb mogen interviewen, voor het beschikbaar stellen van hun tijd om mee te werken aan mijn onderzoek.

Tenslotte wil ik mijn familie en vrienden bedanken voor alle steun en begrip tijdens het afstuderen. Speciale waardering gaat uit naar mijn moeder, die mij er doorheen trok wanneer ik het even niet meer zag zitten en naar mijn vriend, waaraan ik veel steun heb gehad het afgelopen jaar.

Mijn waardering is groot.

Shirley Hooijmans,

17 juli 2012

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
1. Inleiding	5
1.1 Doelstelling.....	7
2. Theoretische verkenning	8
2.1 Achtergrond en context.....	8
2.1.1 De civil society.....	8
2.1.2 De ontwikkeling van de verzorgingsstaat en vrijwillige inzet.....	8
2.1.3 De Nederlandse verzorgingsstaat.....	10
2.2 Theoretisch kader.....	10
2.2.1 Institutionalisme.....	11
2.2.2 Richard Scott en de drie pilaren van een institutie.....	12
2.2.3 De regulatieve pilaar.....	14
2.2.4 De normatieve pilaar.....	15
2.2.5 De cognitieve pilaar.....	16
2.3 De verzorgingsstaat als institutie.....	17
2.3.1 Regulatieve elementen.....	19
2.3.2 Normatieve elementen.....	19
2.3.3 Cognitieve elementen.....	21
2.4 Een nieuwe visie op de verzorgingsstaat.....	22
2.4.1 Regulatieve elementen.....	22
2.4.2 Normatieve elementen.....	23
2.4.3 Cognitieve elementen.....	24
3. Onderzoekopzet	27

3.1	Vraagstelling.....	27
3.2	Onderzoeksmethode.....	28
3.3	Onderzoekspopulatie.....	28
3.4	De wijk Daalhof.....	29
3.5	Operationalisering.....	30
3.6	Verantwoording.....	35
4.	Resultaten	37
4.1	De verwachtingen en veronderstellingen van de bewoners van Daalhof	37
4.2	Verzorgingsstaat of participatiesamenleving?.....	52
5	Conclusies	55
5.1	Antwoord op de vraagstelling.....	55
5.2	Terugkoppeling naar het theoretisch kader.....	56
5.3	Conclusies en aanbevelingen voor de praktijk.....	57
5.4	Reflectie en aanbevelingen voor verder onderzoek.....	59
	Literatuur.....	60
	Bijlage 1.....	62
	Bijlage 2.....	64

Samenvatting

Dit onderzoek is tot stand gekomen tijdens een onderzoeksstage van vijf maanden bij MOVISIE, kennisinstituut en adviesbureau voor sociale vraagstukken. Het is een kwalitatief onderzoek naar de grenzen van zelfzorg door de civil society. Omdat de kosten rondom de zorg moeten worden teruggedrongen, pleit de overheid voor meer betrokkenheid en zelfredzaamheid onder de burgers. Zij moeten meer voor zichzelf en voor elkaar gaan zorgen en de overheid pas inschakelen als laatste redmiddel. De Wmo staat in dit onderzoek symbool voor deze verwachtingen. De vraag is of de verwachtingen realistisch zijn en waar de grenzen liggen van de vrijwillige inzet door de civil society. Om hierop een antwoord te vinden is gebruik gemaakt van de theorie over het institutionalisme. Aan de hand van de theorie van Scott (1995) is een vertaling gemaakt van de verzorgingsstaat naar een institutie met een regulatieve, normatieve en cognitieve pilaar. De regulatieve pilaar bestaat uit de wetten en regels. De normatieve pilaar bestaat uit de normatieve verwachtingen die in de institutie zijn ingebed en de cognitieve pilaar bestaat uit de dieper liggende cognitieve veronderstellingen, die vaak onbewust aanwezig zijn. De vraag die in dit onderzoek wordt gesteld is of de verwachtingen en veronderstellingen van de mensen overeenkomen met de nieuwe ideeën over een zelfredzame civil society, of dat men nog steeds uitgaat van een verzorgingsstaat zoals die oorspronkelijk was. De centrale vraagstelling luidt: *In hoeverre komen de normatieve verwachtingen en cognitieve veronderstellingen van kwetsbare mensen en hun buurtgenoten wat betreft ondersteuning overeen met de nieuwe institutionele pilaren van de verzorgingsstaat?*

Aan de hand van negentien interviews met buurtbewoners van Daalhof (Maastricht) met en zonder beperkingen, is een kwalitatieve analyse uitgevoerd. Hieruit wordt geconcludeerd dat er nog steeds oude verwachtingen en veronderstellingen aanwezig zijn in de ideeën van de respondenten over de ondersteuning van kwetsbare mensen. Dat betekent dat de normatieve en cognitieve pilaar van de verzorgingsstaat overeind blijven, terwijl de regulatieve pilaar is veranderd. Ook betekent het dat de civil society niet kan worden gezien als stabiele factor in de zorg- en welzijnsvoorziening, omdat de verwachtingen en veronderstellingen onder andere gericht zijn op de verantwoordelijkheid van de overheid en de afhankelijkheid van de burger.

1. Inleiding

Zowel nationaal als internationaal wordt er gesproken over het terugtrekken van de overheid. De kosten van de verzorgingsstaat dreigen de pan uit te rijzen. In tijden van crisis worden die zorgen nog eens vergroot. Bovendien vinden overheden dat de burger veel te afhankelijk is geworden van alle staatssteun. Vanuit verschillende hoeken klinkt de roep om een meer verantwoordelijke burger, die eerst in eigen kringen zijn problemen probeert op te lossen alvorens hij de hulp van de overheid inroept. Er wordt steeds meer verwacht van de civil society om voor zichzelf te zorgen. Over wat de civil society precies inhoudt zijn de meningen verdeeld, maar een veelgebruikte definitie is de “overkoepelende term voor de sfeer van vrijwillige associaties naast de markt en de staat” (Buijs, Dekker & Hooghe., 2009, p. 10). Hoe de civil society ook gedefinieerd wordt, er zitten vaak bepaalde veronderstellingen in het begrip besloten over de rol die de burger zou moeten spelen in de maatschappij. Een recent en spraakmakend idee over de civil society is die van de *Big Society*, een begrip afkomstig uit Groot Brittannië. Met zijn idee over de *Big Society* pleit de Britse Premier David Cameron voor een andere verhouding tussen de burger en de overheid. In de *Big Society* kijken de burgers naar elkaar om, voelen zich verantwoordelijk en stellen zich actief op. Als er iets op lokaal niveau geregeld moet worden ondernemen ze zelf actie, in plaats van te wachten tot de overheid inspringt (Johnston & Patty, 2011). Dit ideaal zou bereikt kunnen worden door de regulering en bureaucratie terug te dringen en door de burgers in staat te stellen om de leiding te nemen over de eigen gemeenschap en faciliteiten. Het idee van de *Big Society* schept dus grote verwachtingen voor de ‘gewone burger’. In het artikel *How big is the Big Society* (Johnston & Patty, 2011) wordt in twijfel getrokken of de Britse samenleving wel klaar is voor een dergelijke omwenteling en of de wil om te participeren in de initiatieven van de *Big Society* wel aanwezig is.

Wanneer er in Nederland over de rol van de burger in relatie tot de overheid wordt gesproken, gaat het meestal over ‘verantwoordelijk burgerschap’ (Roos & Verhue, 2009), ‘actief burgerschap’ of ‘burgerparticipatie’ (Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties [BZK], 2009). Sinds 2008 is er een geheel nieuwe afdeling in het ministerie van Binnenlandse zaken en Koninkrijksrelaties, die zich bezig houdt met democratie en burgerschap. Het ministerie geeft aan actief burgerschap en burgerparticipatie te willen bevorderen (BZK, 2009). Ze streven daarbij naar meer betrokkenheid van de burger bij de samenleving en een meer democratische

houding van de burger. De gedachten van de Nederlandse overheid over burgerschap doen enigszins denken aan het idee van de *Big Society*, zoals Verhoeven opmerkt in zijn artikel *Big society op zijn Nederlands* (2011). De burger zou een actieve houding moeten aannemen, zich verantwoordelijk voelen voor de samenleving en niet passief wachten op de steun van de overheid. Donner noemt het (goede) voorbeeld van de *Big Society* in zijn integratienota (BZK, 2011). Hierin bespreekt hij onder andere het probleem dat de overheid in het kader van de verzorgingsstaat te veel taken van de burgers heeft overgenomen. De burgers zijn zich daardoor steeds meer gaan gedragen als consument en cliënt van publieke diensten en zorg, en steeds minder als betrokken en verantwoordelijk burger (BZK, 2011). Daarom richt het kabinet zich de komende jaren op “het versterken en verruimen van betrokken burgerschap” (BZK, 2011, p. 14). Op verschillende gebieden van de zorg- en dienstverlening geeft de overheid de touwtjes uit handen. Decentralisatie in Nederland zorgt ervoor dat het lokale bestuur meer verantwoordelijkheden krijgt en dat taken zoals ondersteuning dichterbij de burger georganiseerd worden. Met de vermaatschappelijking van de zorg wordt een groter beroep gedaan op het zorgend en ondersteunend vermogen van de samenleving. Sinds vijf jaar is er de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) bijgekomen, om dat vermogen nog een extra impuls te geven. Maar kan de overheid wel zoveel verwachten van de burgers? Is deze zelfzorg van de civil society wel realistisch?

Zoals voormalig minister Donner aangaf is de burger zich steeds meer gaan gedragen als consument en cliënt van zorg en andere publieke diensten. Hierin zit een bepaalde afhankelijkheid besloten, die zijn wortels heeft in de ver ontwikkelde verzorgingsstaat. Sinds het ontstaan en de uitbreiding van allerlei sociale voorzieningen is men een bepaalde standaard van zorg en dienstverlening gewend dat door de overheid wordt geregeld. Nu de verzorgingsstaat door de hoge kosten op deze manier niet houdbaar blijkt, wordt van de burger verwacht dat zij zich meer onafhankelijk gaan opstellen en zich meer verantwoordelijk gaan voelen voor de zorg voor zichzelf en voor elkaar. Er lijkt een culturele omschakeling nodig te zijn en de vraag is of die gemaakt wordt. Het is daarom van belang om te onderzoeken welke normen, waarden en veronderstellingen er onder de burgers leven rondom dit onderwerp. Hoe denken de burgers over de verantwoordelijkheid voor zorg? Zijn zij bereid om zich vrijwillig in te zetten voor een ander en voor de samenleving? Hoe zien zij de rol van professionaliteit in de hulpverlening? Door

antwoorden te zoeken op deze vragen kan het inzicht worden vergroot in de grenzen van vrijwillige inzet door de civil society.

1.1 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is het verkennen van de grenzen van vrijwillige inzet door de civil society. Ook wordt beoogd de mechanismen die hierbij een rol spelen bloot te leggen. Om dit doel te bereiken wordt gebruik gemaakt van de institutionele theorie, waarmee de verzorgingsstaat als institutie beter te begrijpen is. Het onderzoek moet een bijdrage leveren aan de maatschappelijke en wetenschappelijke discussie over de rol van de burger in de zorg- en welzijnsvoorziening. Ook is er een meer specifieke doelstelling die gericht is op een groter onderzoek van MOVISIE naar de mogelijkheden van buurthulp. Met dit onderzoek wordt beoogd het inzicht in de grenzen van buurthulp te vergroten.

2. Theoretische verkenning

2.1 Achtergrond en context

2.1.1 De civil society

Eerst is het van belang om aandacht te schenken aan de term civil society. De civil society is een term die al eeuwen lang wordt gebruikt in het debat over de rol van de burger in relatie tot de regering. Omdat het een erg breed begrip is laat het veel ruimte open voor discussie over de invulling ervan. Dekker (2004) geeft in zijn artikel een brede en een smalle definitie van de civil society. In de brede zin kan de term begrepen worden als een beschaafde samenleving, die onder andere gekenmerkt wordt door beschaafde omgangsvormen en collectieve betrokkenheid van de burgers (Dekker, 2004, p. 2). In de smalle zin bestaat de civil society uit de vrijwillige verbanden die burgers buiten de privésfeer aangaan en waarmee zij zich bekommeren om gemeenschappelijke belangen (Dekker, 2004, p. 3). Metz (2008) benadrukt dat het begrip civil society afkomstig is van het idee dat de maatschappij niet alleen door de politiek is georganiseerd, maar dat er ook een maatschappelijke samenhang is. Vanaf de jaren '80 wordt de civil society vaak gebruikt als “overkoepelende term voor de sfeer van vrijwillige associaties naast de markt en de staat” (Buijs et al., 2009, p. 10). Sommige auteurs rekenen hierbij de privésfeer mee, voor anderen zoals Metz (2008) is de civil society juist een domein dat zich buiten de privésfeer begeeft. In dit onderzoek wordt de definitie aangehouden van de civil society als de sfeer van vrijwillige associaties naast de markt en de staat. Het gaat hier voornamelijk om de vrijwillige inzet tussen burgers onderling, zonder georganiseerd verband. Hiermee wordt aangesloten bij het concept van buurthulp, waarbij een beroep wordt gedaan op het eigen initiatief van de buurtbewoners om elkaar te ondersteunen.

2.1.2 De ontwikkeling van de verzorgingsstaat en vrijwillige inzet

Om het debat over de vrijwillige inzet te begrijpen is het van belang om een beschrijving te geven van het ontstaan en de ontwikkeling ervan. Vrijwillige inzet heeft in principe altijd al bestaan, maar wat voor dit onderzoek vooral van belang is zijn de ontwikkelingen sinds de opkomst van de verzorgingsstaat. Het publieke domein tussen staat en privésfeer, nu het maatschappelijk midden genoemd, was aanvankelijk vooral gevuld met religieuze initiatieven. Ook de zorg voor

naasten was gegrond op religieuze overtuigingen, een fenomeen dat al eeuwen terug te zien was in de maatschappij. De zorg voor armen, zieken, weduwen en wezen was een gunst die werd gegeven vanuit christelijke *charitas*, of naastenliefde (Adriaans & Zijderveld, 1981).

Met de opkomst van de verzorgingsstaat kwam er meer staatsinterventie op dit gebied. De zorg voor het welzijn van de burgers werd meer geïnstitutionaliseerd en er ontstond een uitgebreid netwerk van sociale voorzieningen. In plaats van een gunst die verleend moest worden door het particulier initiatief van de burger, werd het ontvangen van zorg nu een recht waar iedere burger aanspraak op kon doen. Adriaans en Zijderveld (1981) illustreren deze verschuiving van gunst naar recht aan de hand van de opkomst van de verzorgingsstaat. De religieuze dimensie verdwijnt naar de achtergrond en de verzorging (en het welzijn) wordt steeds meer een taak van de professional. De standaard voor zorg en welzijn wordt steeds hoger en er wordt gestreefd naar een midden-klasse niveau van welzijn voor alle burgers (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid [WRR], 2006).

Professionalisering heeft een grote invloed gehad op de positie van het vrijwilligerswerk. Het werd steeds belangrijker om in het bezit te zijn van passende diploma's voor het uitvoeren van hulpverlening. Het vrijwilligerswerk in de hulpverlening belandt hierdoor in de marge en vrijwilligers worden nu vooral gezien als aanvullende kracht (Bouverne-De Bie, Vanthuyne & Verschelden, 2007). De opkomst van de verzorgingsstaat heeft geresulteerd in een hogere standaard van zorg- en dienstverlening, waarbij professionals de geschikte uitvoerders zijn.

De vrijwillige inzet in de vorm van verenigingen en organisaties bleef wel in stand. In sportverenigingen en vakbonden, maar nu ook in vrijwilligersorganisaties in de zorg zoals het Nederlandse Rode Kruis, zijn veel vrijwilligers actief (Van Daal, Plemper & Winsemius, 2005). Sinds de secularisatie die zijn intrede doet rond de jaren zestig van de vorige eeuw is het lidmaatschap van religieuze organisaties en vakbonden wel afgenomen, maar daar tegenover zijn veel nieuwe organisaties ontstaan zonder religieuze achtergrond (Bekkers, 2004). Er kwam nieuwe belangstelling voor vrijwilligerswerk in de jaren zestig en zeventig, onder andere door de kritiek op de bureaucratische verzorgingsstaat (Bouverne-De Bie et al., 2007). In de jaren tachtig neemt die belangstelling toe, maar in dit geval door het groeiende aantal werklozen en noodzakelijke bezuinigingen door de overheid in het kader van de recessie (Bouverne-De Bie et al., 2007). Nu ook de band van de overheid met de burger lossen werd in het kader van de ontzuiling, ging het politieke debat zich steeds meer richten op het belang van burgerschap

(Hoogenboom, 2011). Een gemeenschappelijk uitgangspunt in dit debat was dat de burger zichzelf moest leiden en niet door de overheid gestuurd moest worden (De Haan, zoals geciteerd in Hoogenboom, 2011). Dit punt is nog steeds onder de aandacht in het debat over de rol van de burger ten opzichte van de overheid.

2.1.3 De Nederlandse verzorgingsstaat

De ontwikkeling van de verzorgingsstaat is niet overal hetzelfde verlopen. In verschillende (westerse) landen zijn verschillende typen verzorgingsstaten ontstaan. Een veelgebruikte typering is die van Esping-Andersen (1999) die drie soorten *welfare regimes* onderscheidt. In het liberale regime worden er weinig sociale voorzieningen door de staat verzorgd en ligt de taak voor het voorzien in zorg en welzijn vooral bij de markt. In het sociaal-democratische regime staat juist de staat centraal in het bieden van sociale voorzieningen. In deze landen (vooral Scandinavische landen) is de verzorgingsstaat ver ontwikkeld en is de rol van de markt en de familie op dit gebied klein. Sociale voorzieningen zijn universeel. Tenslotte is er het conservatieve regime, waarbij de rol van de familie in de sociale voorziening centraal staat en de rol van de staat vooral ligt bij het geven van subsidies (Esping-Andersen, 1999). Nederland kan in sommige gevallen onder het corporatistische regime vallen, maar wordt door Esping-Andersen (1999, p. 86) als verzorgingsstaat getypeerd als universalistisch. Nederland zit dus tussen het corporatistische en sociaal-democratische regime in. Er is een uitgebreid stelsel van sociale voorzieningen die vanuit de staat geboden worden. Ook door het geven van subsidies staat de staat centraal.

2.2 Theoretisch kader

De verzorgingsstaat is een institutie die is opgebouwd na de tweede wereldoorlog. De laatste decennia wordt er gezocht naar manieren om deze institutie te veranderen. Regels en wetten worden aangepast en denkbepelden veranderen. Om een beter begrip te krijgen van hoe een institutie in elkaar zit en wat er meespeelt in de verandering van een institutie, wordt hier gebruik gemaakt van de institutionele theorie. Eerst wordt er kort ingegaan op de institutionele theorie, zoals die zich in vele vormen heeft ontwikkeld de laatste jaren. Vervolgens gaat de beschrijving door op de theorie van Richard Scott (1995), omdat hij alle theorieën naast elkaar legt en daarmee een compleet beeld schetst van een institutie.

2.2.1 Institutionalisme

Vanuit verschillende disciplines wordt er nagedacht over de manier waarop instituties invloed hebben op het gedrag van individuen en organisaties. Dit gebeurt zowel vanuit de economie als de politicologie en de sociologie. De manier waarop instituties worden gedefinieerd hangt af van de discipline van waaruit er wordt geanalyseerd en ook binnen de disciplines zijn er verschillende opvattingen te vinden. Een institutie kan bijvoorbeeld geassocieerd worden met organisaties en de regels en conventies die daarbij horen. (Hall & Taylor, 1996, p. 938). Hall en Taylor beschrijven hoe een institutie vanuit het historisch institutionalisme wordt gezien, “as the formal or informal procedures, routines, norms and conventions embedded in the organizational structure of the polity or political economy” (Hall & Taylor, 1996, p. 938). Christopher Pierson (2006) geeft deze opvatting vanuit het historisch institutionalisme duidelijk weer in zijn boek *Beyond the welfare state?*. Hierin wordt de visie van Paul Pierson beschreven, die het institutionalisme koppelt aan de ontwikkeling van de verzorgingsstaat. Zijn visie is gebaseerd op het idee dat beleid moeilijk te veranderen is, omdat de instituties die gevormd zijn door het oude beleid diep zijn ingebed in de samenleving (Pierson, 2006). Het pakket van voorzieningen en diensten die door de overheid worden geleverd sinds de opkomst van de verzorgingsstaat, is diep verweven met het sociale en economische leven van de burgers. Ook de grote instituties van de verzorgingsstaat (zoals het pensioensysteem, de gezondheidszorg en het onderwijs) zijn gevormd naar het beleid dat in het verleden is gevoerd. De robuustheid van deze instituties zorgt ervoor dat radicale veranderingen moeilijk zijn door te voeren (Pierson, 2006). Dat komt doordat een institutie bestaat uit vele wetten, regelingen en procedures die in vergaande mate zijn ingebed in de organisatiestructuren. Het is niet makkelijk om een van die wetten, regelingen en procedures te veranderen, omdat daarvoor ook verandering nodig is van andere omliggende regels. Om deze reden wordt ook de pad-afhankelijkheid van sociaal beleid benadrukt; in het verleden gevormde beleidsprogramma's en instituties bepalen de verscheidenheid aan opties die open staan voor de huidige beleidsmakers (Pierson, 2006, p. 177).

Vanuit de sociologie worden instituties breder opgevat. Vanuit deze discipline worden instituties gezien als meer omvattend dan alleen de formele regels, procedures en normen. Een institutie bestaat ook uit “the symbol systems, cognitive scripts, and moral templates that provide the ‘frames of meaning’ guiding human action” (Hall & Taylor, 1996, p. 947). Deze definitie gaat dus niet alleen in op de formele regels en procedures van instituties, maar heeft een dieper begrip

van institutionele systemen waarin mensen zijn ingebed, zoals cultuur. Instituties en cultuur vallen in deze opvatting deels samen (Hall & Taylor, 1996). Er zijn nog meer opvattingen over het institutionalisme dan hierboven zijn beschreven. Allemaal benadrukken ze een ander aspect van instituties en analyse vindt plaats op verschillende niveaus: individueel niveau (micro), organisationeel niveau (meso) of landelijk niveau (macro).

2.2.2. Richard Scott en de drie pilaren van een institutie

Richard Scott (1995) geeft in zijn boek *Institutions and organizations* een duidelijk overzicht van de belangrijkste aannames die onder al deze theorieën liggen. Hiermee raapt hij de institutionele literatuur bijeen en komt hij tot de essentie van wat een institutie inhoudt. Eerst geeft Scott een brede definitie van instituties die zo goed mogelijk aansluit bij alle benaderingen: “Institutions consist of cognitive, normative, and regulative structures and activities that provide stability and meaning to social behavior. Institutions are transported by various carriers -cultures, structures, and routines- and they operate at multiple levels of jurisdiction” (Scott, 1995, p. 33). Een institutie bestaat dus altijd uit een cognitieve, een normatieve en een regulatieve structuur, door Scott pilaren genoemd. Deze drie pilaren zullen hieronder verder worden uitgewerkt. Kort samengevat bestaat een institutie uit regels en wetten (de regulatieve pilaar), gedeelde waarden en normatieve verwachtingen (de normatieve pilaar) en categorieën en typeringen (de cognitieve pilaar). Wat de drie elementen van instituties gemeen hebben is dat ze bijdragen aan sociale stabiliteit. Die stabiliteit kan gevormd worden door regels, normen of dieper liggende geloofssystemen. In bovenstaande definitie worden ook de verschillende ‘carriers’, ofwel dragers, van instituties genoemd. Hiermee worden de verschillende structuren bedoeld waarin een institutie is ingebed. Volgens Scott (1995, p. 52) zijn dat culturen, sociale structuren en routines. Op het niveau van een individuele organisatie is er bijvoorbeeld een organisatiecultuur, die bestaat uit regels en wetten, waarden en verwachtingen en kaders voor betekenisgeving. Deze culturele overtuigingen bestaan in het hoofd van de individuen van de organisatie. Ze worden geïnternaliseerd als culturele regels, waardoor individuen structuur kunnen geven aan hun gedrag in een bepaalde situatie (Scott, 1995, p. 53). Naast de cultuur wordt een institutie ook gedragen door sociale structuren. Dat zijn de gestructureerde verwachtingen die verbonden zijn aan sociale posities, door Scott “role systems” genoemd (1995, p. 53). Hierbij kan gedacht worden aan machtsystemen en autoriteitsystemen, of op een meer cognitief niveau de identiteiten waarmee

verschillende actoren worden getypeerd. Ten slotte wordt een institutie gedragen door routines: diepgewortelde gewoontes en procedures die leiden tot gestructureerde acties. Regulatieve routines bestaan uit protocollen en standaard procedures. Normatieve routines bestaan uit het conformeren aan de norm en het uitvoeren van wat als plicht wordt gezien. De meer cognitieve routines bestaan uit wat door Scott (en anderen voor hem) scripts worden genoemd: gedragspatronen die worden opgeroepen bij specifieke rollen of in bepaalde situaties (Scott, 1995, p. 23). Routines worden vaak gezien als het ingrediënt dat organisaties betrouwbaar en stabiel maakt (Scott, 1995). Het laatste element van Scotts definitie van instituties betreft de verschillende niveaus van jurisdictie (rechtsbevoegdheid), waarop een institutie actief is. Wanneer men spreekt over een institutie kan het gaan over een fenomeen op wereldniveau, zoals de ontwikkeling van verschillende verzorgingsstaat regimes in verschillende landen (Esping-Andersen, 1999), of over een fenomeen op een meer micro-niveau, zoals het gedrag van personeel in een specifieke organisatie. Tussen deze macro en micro niveaus zitten nog een aantal meso niveaus, zoals dat van de maatschappij en dat van een “organizational field” (Scott, 1995, p. 56), ofwel een sector van organisaties die op hetzelfde gebied werkzaam zijn.

De Nederlandse verzorgingsstaat kan gezien worden als een institutie op maatschappelijk niveau. Wel zitten er onder de verzorgingsstaat als geheel allerlei organisaties, sectoren en branches die de verzorgingsstaat vormen en erdoor worden gevormd. Denk bijvoorbeeld aan de zorg-sector met daaronder ziekenhuizen en verpleeghuizen, of aan de belastingdienst, of verzekeringsmaatschappijen. Op de verzorgingsstaat als institutie wordt later in dit hoofdstuk ingegaan. Eerst wordt in de volgende paragrafen een uitleg gegeven van de drie pilaren van instituties, zoals beschreven door Scott (1995). Zoals al uit zijn definitie blijkt, benadrukt hij de aanwezigheid van alle drie de pilaren in een institutie. Hoewel hij er zelf voor kiest om de verschillen tussen de pilaren te benadrukken, acht hij het mogelijk om de pilaren te beschouwen als drie elementen die samen een sociaal kader vormen: “One possible approach would be to view each of these facets as contributing, in interdependent and mutually reinforcing ways, to a powerful social framework-one that encapsulates the celebrated strength and resilience of these structures” (Scott, 1995, p. 34).

2.2.3 De regulatieve pilaar

Het regulatieve element van instituties zegt iets over de regels, wetten en sancties waaruit een institutie bestaat. Het wijst op de institutie als “stable system of rules backed by surveillance and sanctioning power” (Scott, 1995, p. 37). Het vormen van regels, wetten en sancties kan op informeel niveau plaatsvinden, zoals ongeschreven regels binnen een cultuur, of op formeel niveau zoals in de wetgeving. Om ervoor te zorgen dat mensen zich aan de regels houden worden er controles uitgevoerd en sancties opgelegd. Het mechanisme dat achter de controle zit is dwang, opgelegd door de actoren die zijn aangewezen om sancties op te kunnen leggen. In Nederland zijn het bijvoorbeeld de politici die de wetten maken en de aangewezen actoren die de macht hebben om sancties op te leggen zijn het gerechtshof en de politie. De rol van de staat in het vormen en in stand houden van de regels is groot. Scott (1995, p. 37) beschrijft de staat als: “rule maker, referee, and enforcer”.

Het bestaan van een institutie wordt, wanneer bekeken vanuit de regulatieve pilaar, gelegitimeerd wanneer het in overeenstemming is met relevante wetten en regelingen (Scott, 1995). In de context van de Nederlandse verzorgingsstaat zou je kunnen zeggen dat een wet zoals de Wmo legitiem is omdat het in overeenstemming is met alle andere wetten en regelingen waarmee het raakvlakken heeft, zoals artikelen uit de grondwet.

De regulatieve pilaar van instituties gaat ervan uit dat mensen op een rationele manier hun belangen nastreven. Dit sluit aan bij de ‘rational choice theorie’ van het handelen. Keuzes worden gemaakt door de kosten en baten af te wegen en regels worden gevolgd omdat het in het eigenbelang is van de actoren. (Scott, 1995). Achter dit element van instituties zit een instrumentele logica, die het instrumentele handelen van de mens benadrukt.

Naast de logica en de benadrukte elementen van instituties, worden ook de structuren die de instituties ‘dragen’ verschillend benaderd in de regulatieve, normatieve en cognitieve pilaar. Over deze ‘carriers’ van een instituties is hierboven al het een en ander uitgelegd. Voor de regulatieve pilaar zijn de culturele dragers de regels en wetten. De culturele dragers staan namelijk voor de “codified patterns of meaning and rule systems” (Scott, 1995, p. 53). Deze patronen van betekenis en regelsystemen bestaan in de regulatieve pilaar uit de regels, wetten en conventies. De sociale structuren, waarin de institutie is ingebed, bestaan uit bestuurs- en machtssystemen. Zoals hierboven uitgelegd worden wetten gemaakt en naleving van de regels gecontroleerd door de personen waaraan de macht is toegewezen om die handelingen uit te voeren. Dit gebeurt aan

de hand van bestuurssystemen en machtssystemen die in samenleving (of in de wereld, of in organisaties) zijn ingebed. Op landelijk niveau is dat in eerste instantie de regering en de bijbehorende uitvoerende macht. In de verzorgingsstaat literatuur wordt ook vaak de macht van vakbonden genoemd als belangrijke factor in het vormen van sociaal beleid (zie Skocpol, 1992). De routines tenslotte, bestaan in de regulatieve pilaar uit protocollen en standaard procedures. Deze routines houden een institutie in stand en zorgen voor herhaling van handelingspatronen.

2.2.4 De normatieve pilaar

Behalve uit regulatieve processen bestaat een institutie ook uit normatieve systemen waarin waarden en normen worden gevormd. Een zorgstelsel bestaat bijvoorbeeld niet alleen uit wetten, regels en protocollen, maar ook uit een bepaalde visie die daarachter ligt (iedereen heeft recht op zorg). Vanuit deze waarden en normen ontstaan rollen: “conceptions of appropriate action for particular individuals or specified social positions” (Scott, 1995, p. 38). Deze rollen brengen bepaalde verwachtingen met zich mee over wat iemand in een bepaalde positie zou moeten doen. Ze kunnen formeel worden vastgelegd of op een informele manier tot stand komen. Waar formeel vastgelegde rollen duidelijk naar voren komen is in een aantal beroepen die de uitvoerder machtigen om zeer beslissende taken uit te voeren, zoals het uitspreken van een vonnis door een rechter (Scott, 1995). In de zorg bestaan deze formele rollen ook. Sommige zorgtaken worden uitsluitend toegewezen aan een professional, die de rol van gespecialiseerde zorgverlener heeft aangenomen. Het is een privilege en een verantwoordelijkheid van de professional om belangrijke zorgtaken uit te voeren. Op informeel niveau kan er gedacht worden aan de zorgende rol die vaak aan vrouwen wordt toegeschreven. Vrouwen worden over het algemeen vaker gezien als geschikte uitvoerder van zorgtaken dan mannen. Dat is een normatieve rolverdeling die in allerlei instituties is ingebed.

De heersende opvattingen over wat wenselijk is en hoe dingen gedaan zouden moeten worden, worden “normative rules” genoemd (Scott, 1995, p. 37). Deze normatieve regels wijzen zowel rechten als verantwoordelijkheden toe aan actoren. Met de nadruk op de normatieve kant van instituties wordt ook iets gezegd over de manier waarop mensen keuzes maken. In de normatieve visie is dat niet door rationeel gedrag, maar door de invloed van normatieve kaders (Scott, 1995).

Evenals een regulatieve basis voor legitimiteit, kan een institutie ook een normatieve basis voor legitimiteit hebben. Die legitimiteit is gebaseerd op wat het heersende moraal is. Een institutie wordt in dit geval niet gezien als legitiem, wanneer het in overeenstemming is met de omringende wetten en regels, maar wanneer het in overeenstemming is met de omringende normen, waarden en verwachtingen. In plaats van een instrumentele logica is hier sprake van wat een “logic of appropriateness” wordt genoemd (Scott, 1995, p. 39), een logica van wat gepast is in een bepaalde situatie.

Ook de normatieve ‘dragers’ van een institutie verschillen van de regulatieve dragers. De culturele dragers in de normatieve pilaar bestaan uit waarden en verwachtingen. Daarin is de institutie aanwezig en wordt het gedeeld. De sociale structuren bestaan uit autoriteitsystemen. Dit zijn net als in de regulatieve pilaar bestuurssystemen waarin sociale posities worden gestructureerd, maar in dit geval ligt de nadruk op autoriteit die gevormd wordt door normen, in plaats van op macht die gevormd wordt door dwang. De routines van de normatieve pilaar worden gevormd door het conformeren aan de norm en het uitvoeren van de plicht.

2.2.5 De cognitieve pilaar

De derde pilaar van een institutie is van cognitieve aard en benadrukt de culturele kant van instituties. Scott definieert het cognitieve element van instituties als “the rules that constitute the nature of reality and the frames through which meaning is made” (Scott, 1995, p. 40). Deze benadering is van een meer fundamentele aard dan de normatieve benadering. Het wijst op de rol van “symbolic systems” (symbolsystemen) en “shared meanings” (gedeelde betekenissen) in de vorming en de instandhouding van instituties (Scott, 1995, p. 40). Mensen creëren categorieën en typeringen waarmee ze ervaringen onderverdelen, ordenen en betekenis geven (Scott, 1995, p. 41). Deze betekenisssystemen kunnen enerzijds gezien worden als subjectief, als geïnternaliseerd door het individu. Anderzijds kunnen de systemen gezien worden als culturele regels die objectief en extern van het individu bestaan (Scott, 1995). In beide gevallen fungeren de betekenisssystemen als “scripts: guidelines for sensemaking and choosing meaningful actions” (Scott, 1995, p. 44). De manier waarop wij betekenis geven aan de wereld om ons heen bepaalt de richting van ons handelen. Scott (1995, p. 40) legt de cognitieve dimensie van het menselijk bestaan uit als de geïnternaliseerde symbolische representaties van de omgeving. Tussen de externe indrukken en stimuli van de omgeving en de reactie daarop van het individu, bevindt zich

een cognitieve dimensie van de symbolen en kaders waarmee de individu betekenis geeft aan de omgeving. Op basis van die betekenisgeving zal het individu vervolgens handelen op een manier die voor hem of haar logisch is. Betekenissen ontstaan door menselijke interactie en ze worden in stand gehouden en aangepast door menselijk gedrag (Scott, 1995, p. 41). De categorieën en typering die men aan de omgeving toeschrijft zijn zulke basisprincipes en zo fundamenteel in het maatschappelijk leven, dat men er niet bij stilstaat. Vaak bestaan die kaders onbewust. De manier waarop sociale structuren zijn opgebouwd wordt heel natuurlijk gevonden, maar is toch altijd een sociale constructie. Zo zijn ook actoren (variërend van een individuele actor als een bankmedewerker tot een collectieve actor als de staat) met bijbehorende belangen een sociale constructie. Enkele voorbeelden geconstrueerde instituties die Scott noemt zijn bedrijven, waar men doelt op winst maken; politieke partijen, waar men stemmen probeert te verzamelen; en universiteiten, waar men publicaties nastreeft (1995, p. 43). Dit soort karakteristieken zijn overal ter wereld verschillend. Zo wordt er in het westen bijvoorbeeld meer individuele autonomie toegeschreven aan actoren (zowel aan personen als aan bedrijven) dan in oosterse maatschappijen (Scott, 1995, p. 43). In beide delen van de wereld wordt die situatie als ‘natuurlijk’ gezien. Het voor lief nemen van de situatie zorgt ervoor dat actoren voorgaande routes volgen. Vaak lijkt een keuze voor het handelen zo natuurlijk, dat er geen ander type gedrag in ons opkomt.

De cognitieve pilaar van instituties benadrukt de cognitieve dragers waarin een institutie is ingebed. Culturele dragers van deze pilaar zijn zoals hierboven beschreven de categorieën en typering die in een bepaalde setting worden gevormd. De sociale structuren waardoor een institutie wordt gedragen bestaan uit identiteiten en structureel isomorfisme. Dat wil zeggen dat door de typering en categorieën die aan een organisationele structuur worden gehecht, er soortgelijke vormen in verschillende organisaties ontstaan. Een voorbeeld hiervan zijn de verschillende academische disciplines die in meerdere universiteiten te vinden zijn (Scott, 1995). De routines die de cognitieve pilaar van instituties dragen zijn voornamelijk de scripts, zoals hierboven beschreven. Het (vaak onbewust) handelen in overeenstemming met deze betekenis-kaders houdt de routines in stand.

2.3 De verzorgingsstaat als institutie

In dit gedeelte wordt aan de hand van deze theorie beschreven hoe de verzorgingsstaat als institutie eruit ziet. De verzorgingsstaat als institutie heeft net als elke institutie een regulatieve,

normatieve en cognitieve pilaar. Ik zal in dit gedeelte deze drie elementen van de Nederlandse verzorgingsstaat concreet weergeven. De verzorgingsstaat in zijn geheel is ontwikkeld tot een zeer uitgebreid stelsel van voorzieningen en regelingen die lopen van de gezondheidszorg tot aan het arbeidsmarktbeleid. Doorgaand op het onderwerp van dit onderzoek zal ik mij in het bijzonder richten op de zorg- en dienstverlening. Zoals in de context al kort naar voren kwam is de verzorgingsstaat na de tweede wereldoorlog in opkomst. De jaren van 1945 tot 1970 worden ook wel de “Golden Age of the welfare state” genoemd (Pierson, 2006). In de literatuur wordt vaak beschreven hoe er na de oorlogsjaren een wereldwijde consensus ontstond over de sociale voorzieningen die vanuit de staat geregeld moesten worden (Pierson, 2006). Er zou een hoge mate van solidariteit onder de burgers zijn ontstaan en een gemeenschappelijke wil om dingen radicaal te veranderen (Pierson, 2006). Hoewel er ook andere theorieën zijn over het ontstaan van de verzorgingsstaat, is er een duidelijke gelijkgestemde visie te zien in de verklaringen van de Verenigde Naties, die vlak na de tweede wereldoorlog werd opgericht. In de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens wordt het volgende vastgelegd:

Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and his family, including food, clothing, housing and medical care and the necessary social services, and the right to security in the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control. (United Nations, 1948, zoals geciteerd in Pierson, 2006, p. 130).

Deze verklaring laat een visie zien van bescherming door de staat. Ook was er consensus over het belang van een gemengde (Keynesiaanse) economie, waarin de staat ingrijpt in de markt economie om zaken zoals economische groei, werkgelegenheid en sociale zekerheid zeker te stellen. Zowel linkse als rechtse partijen in de politiek zagen het voordeel van het samenspel tussen deze twee sociale instituties, de markteconomie en de verzorgingsstaat (Pierson, 2006). De manier waarop de verzorgingsstaat zich vervolgens heeft ontwikkeld verschilt per land. In de context is een beschrijving gegeven van de drie typen verzorgingsstaat regimes die door Esping-Andersen (1999) worden onderscheiden. Nederland heeft een uitgebreide verzorgingsstaat met veel sociale voorzieningen en subsidies vanuit de overheid. In de volgende paragrafen wordt op schematische wijze de regulatieve, normatieve en cognitieve pilaar van de Nederlandse

verzorgingsstaat beschreven, zoals deze oorspronkelijk bestond. De volgende stap is om te kijken naar de veranderingen in deze pilaren en naar het denkbeeld dat achter die veranderingen zit. De beschrijvingen zijn toegepast op het onderwerp van dit onderzoek, namelijk de ondersteuning van kwetsbare mensen.

2.3.1 Regulatieve elementen

De ontwikkeling van de verzorgingsstaat uit zich in een veelheid aan wetten en regelingen, uiteenlopend van de AOW tot de Bijstandswet. Ook de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten), ingevoerd in 1967, hoort hierbij. Dit regulatieve element van de verzorgingsstaat wordt hier uitgelicht omdat de wet betrekking heeft op het onderwerp van dit onderzoek: de ondersteuning van kwetsbare mensen, in het bijzonder mensen met een lichamelijke beperking.

De AWBZ is een volksverzekering waar iedere burger recht op heeft. Er zijn verschillende gebieden waar men oorspronkelijk aanspraak op kon maken, te weten persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling en verblijf. Deze vormen van zorg zijn bedoeld voor mensen met een beperking, die globaal zijn in te delen in vier groepen: chronisch zieken en ouderen, verstandelijk gehandicapten, lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten en chronisch psychiatrische patiënten. Om vast te stellen wie er aanspraak mag maken op AWBZ-zorg en in welke mate, bestaat het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). De AWBZ wordt bekostigd door premies die via de belastingdienst in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten terecht komen. De zorgbieders krijgen de bedragen voor de verleende zorg weer terug via het Centraal Administratie Kantoor (Penninx & Sprinkhuizen, 2011).

De veelheid aan regelingen, indicaties en organisaties die bij de wet zijn betrokken geven een goed beeld van de complexiteit van de institutie. Behalve uit de complexe regulatieve elementen bestaat een institutie ook uit normatieve en cognitieve elementen.

2.3.2 Normatieve elementen

Achter de wetten en regelingen van de verzorgingsstaat, waaronder de AWBZ, liggen bepaalde normen en waarden. Zoals in de verklaring van de Verenigde Naties te zien is, was na de tweede wereldoorlog een wereldwijde norm dat iedereen recht heeft op een bepaalde standaard van leven. Iedereen heeft recht op huisvesting, zorg en zekerheid. Dit idee van zorg als recht komt ook terug in de AWBZ, waarin een wettelijk verankerd recht op zorg zit. Men kan op grond van

de wet aanspraak maken op de voorzieningen van de AWBZ. Naarmate de sociale voorzieningen zich in Nederland uitbreidden, werd het welzijn van de burgers een wezenlijk doel van de overheid (WRR, 2006). De standaard voor welzijn die werd nagestreefd was niet meer net boven de armoedegrens, maar die van een middenklasse-niveau (WRR, 2006, p. 33).

De verzorgingsstaat heeft zich ontwikkeld tot een stelsel met vier hoofdfuncties: verzorgen, verzekeren, verheffen en verbinden (WRR, 2006). Verzorging wordt geboden aan mensen die (tijdelijk) niet voor zichzelf kunnen zorgen. Dit is volgens de WRR (2006, p. 36) “de prototypische taak van de verzorgingsstaat en heeft diepe wortels”. De verzorging door de staat is een diepgewortelde norm geworden in de samenleving. De functie van verzekeren biedt sociale zekerheid aan de burgers, bijvoorbeeld bij verlies van inkomsten. Ook verheffen wordt als taak van de overheid gezien, hoewel soms minder expliciet dan verzorgen en verzekeren. Verheffing is “het streven om mensen de mogelijkheden te bieden om op een zinvolle en verantwoorde wijze invulling aan hun leven te geven en hun talenten te kunnen ontplooien (WRR, 2006, p. 43). Over genoeg (financiële) middelen en sociale zekerheid beschikken wordt soms gezien als voorwaarde voor verheffing. Een andere weg naar verheffing is via de overdracht van kennis en inspiratie (WRR, 2006, p. 43). Tenslotte probeert de verzorgingsstaat van oorsprong ook te verbinden. De sociale samenhang moet vergroot worden, de jeugd in toom gehouden en voor mensen die niet kunnen meedraaien in de maatschappij wordt het welzijnswerk ingeschakeld.

Uit deze taken die aan de verzorgingsstaat worden gekoppeld blijkt de grote rol die de overheid is gaan spelen in het welzijn van de burgers. Samen met de vergrootte rol van de overheid zijn ook de eisen aan de hulpverlening toegenomen. Zoals in de context is beschreven werd de zorg- en dienstverlening rond de tweede helft van de twintigste eeuw steeds meer gezien als taak die een bepaalde kunde vereist. Zorg werd steeds meer gezien als een recht dat op professionele wijze moet worden uitgevoerd. De norm voor het verlenen van zorg is professionele kunde geworden en dat vereist “beroepsontwikkeling, inhoudelijke kennis, professionele intervisie en consultatie” (WRR, 2006, p. 124).

Zo is te zien dat de wetten en regelingen van de verzorgingsstaat ook diepgewortelde normen en rolverdelingen met zich meebrengen. De normatieve pilaar van de institutie wordt in de cultuur gedragen (zoals in paragraaf 2.2 uitgelegd) door de waarden en verwachtingen die zijn gevormd. Aan de hand van de literatuur kan geconstateerd worden dat de waarden en

verwachtingen rondom de (oorspronkelijke) verzorgingsstaat zich voornamelijk rond de volgende normen centreerden:

- Zorg van de overheid is een recht waar men altijd aanspraak op moet kunnen maken
- De staat hoort het welzijn van de burgers te garanderen, op middenklasse-niveau.
- Verzorging hoort te worden geboden door professionals

2.3.3 Cognitieve elementen

De cognitieve dimensie van een institutie bestaat uit de symbolen en kaders waarmee het individu betekenis geeft aan de omgeving. Vaak bestaan die kaders onbewust, omdat ze zo fundamenteel zijn in het sociale leven, dat men de manier van doen als vanzelfsprekend ziet. De cognitieve dimensie gaat over identiteiten die mensen elkaar en zichzelf toeschrijven, ofwel ons beeld van wie we zijn en welk type handelingen voor ons logisch zijn in een bepaalde situatie (Scott, 1995, p.44). De verzorgingsstaat als institutie draagt dit soort cognitieve elementen met zich mee. Wat veel in de huidige literatuur over de verzorgingsstaat wordt benadrukt is de afhankelijkheid van de burger. Die afhankelijkheid is deel geworden van de identiteit van de burger en het is een vanzelfsprekendheid (een logische handeling) geworden om bij de overheid aan te kloppen voor zaken zoals zorg en sociale zekerheid. De afhankelijkheid van de burger ten opzichte van de overheid vormt het kader waarmee men betekenis geeft en van waaruit men zal handelen. De (enige) logische handeling vanuit dit kader is om de overheid om hulp te vragen.

Een ander cognitief element, dat in de oorspronkelijke maatregelen van verzorgingsstaat is terug te vinden, is het idee dat zorg wordt verleend door een professional. Dit kan enerzijds gezien worden als een normatief element, waar een bepaalde waarde aan gekoppeld is. Anderzijds is het een vanzelfsprekendheid geworden, een feit dat niet in twijfel wordt getrokken maar waar men vanuit gaat. Waar vroeger de zorg werd beschouwd als vanzelfsprekende kundigheid van vrouwen waar weinig specifieke kwaliteiten voor nodig waren, wordt de zorg nu gezien als een taak waar professionele kennis en vaardigheden voor nodig zijn (WRR, 2006). De cognitieve elementen van de verzorgingsstaat, zoals die oorspronkelijk was, kunnen kort worden samengevat door onderstaande denkbeelden:

- De burger is afhankelijk van overheid voor zorg en sociale zekerheid
- Zorg wordt geleverd door professionals met de benodigde kennis en vaardigheden

2.4 Een nieuwe visie op de verzorgingsstaat

De overheid trekt zich terug en de ideeën van de regering over zorg en verantwoordelijkheid zijn veranderd. Dit is in de probleemschets in de inleiding al uitgebreid aan bod gekomen. De nieuwe ideeën over de verzorgingsstaat zijn gecentreerd rondom verantwoordelijk burgerschap, minder afhankelijkheid van de overheid en meer belangstelling voor de medemens. De regulatieve pilaar van de verzorgingsstaat ondergaat veranderingen. De belangrijkste verandering voor kwetsbare mensen is de (gedeeltelijke) vervanging van de AWBZ door de Wmo. Met de invoering van de Wmo wordt ook het wensbeeld van de overheid wat betreft de rol en houding van de burger duidelijk.

2.4.1 Regulatieve elementen

De invoering van de Wmo is een belangrijke regulatieve verandering wat betreft de ondersteuning van kwetsbare mensen. Het geeft ten eerste de gemeenten de opdracht om voorzieningen te treffen die gericht zijn op maatschappelijke ondersteuning (Penninx & Sprinkhuizen, 2011). De functie ‘begeleiding’ wordt vanuit de AWBZ overgeheveld naar de Wmo. Dat heeft consequenties voor de kwetsbare mensen die gebruik maken van deze begeleiding. Een belangrijk verschil tussen deze twee wetten is dat in de AWBZ een wettelijk verankerd recht op zorg zit, waarbij men op grond van de wet aanspraak kan doen op bepaalde voorzieningen. Daarentegen heeft de Wmo een vrijblijvender karakter, met alleen een wettelijke opdracht voor gemeenten om de nodige voorzieningen te treffen voor burgers met beperkingen (Penninx & Sprinkhuizen, 2011). Uit een rapport van Van Klaveren en Van Vree (2010) blijkt dat landelijk eenderde van de cliënten die gebruik maakten van de functie begeleiding sinds de veranderingen minder (professionele) begeleiding krijgt. De inzet van de Wmo is dat mensen eerst in eigen kringen hulp zoeken en een beroep doen op de onderlinge betrokkenheid. Pas als dat niet voldoende ondersteuning biedt, kan de gemeente worden ingeschakeld (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], n.d.). Hierin is te zien dat de overheid in eerste instantie op de achtergrond wil blijven en de primaire verantwoordelijkheid bij de burger legt. Ook kan geconstateerd worden dat van bepaalde taken die voorheen door professionals

uitgevoerd werden, nu wordt verwacht dat vrijwilligers die taken op zich nemen. Hierover meer in de volgende paragraaf.

2.4.2 Normatieve elementen

De meest duidelijke normatieve verwachting die achter de Wmo schuilgaat is de verwachting dat de burgers meer elkaar gaan ondersteunen en minder leunen op de overheid. De norm voor kwetsbare mensen is dat zij zodanig ondersteund worden dat zij zelfstandig kunnen functioneren en deelnemen aan de maatschappij (Metz, 2008). Dit idee sluit ook aan bij de vermaatschappelijking van de zorg, waarbij beoogd wordt om kwetsbare mensen zo goed mogelijk te laten meedraaien in de samenleving. Zoals bij de regulatieve elementen beschreven begint in de jaren tachtig het proces van extramuralisering, waarbij mensen met een beperking in de maatschappij kwamen te leven in plaats van binnen een instelling. Volgens Koops en Kwekkeboom (2005) was dit enerzijds het gevolg van de veranderende opvattingen over de beste zorg voor deze kwetsbare mensen, en anderzijds van de noodzaak van de overheid om de kosten van de gezondheidszorg in de hand te houden (Koops & Kwekkeboom, 2005). De bedoeling van deze vermaatschappelijking was dat ook kwetsbare mensen op alle gebieden van de samenleving zo goed mogelijk konden meedraaien. De sociale omgeving wordt aangesproken om de participatie van deze groep mensen te versterken door het bieden van hulp en begeleiding (Koops & Kwekkeboom, 2005).

Over het algemeen is een verschuiving zichtbaar in het streven van de overheid, van een verzorgingsstaat naar een participatiesamenleving (Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling [RMO], 2008). Visser (2010, p. 17) geeft de vier voornaamste doelen van de Wmo weer, namelijk de redzaamheid bevorderen, participatie vergroten, actief burgerschap bevorderen en de sociale samenhang verbeteren. Met participatie worden twee dingen bedoeld. Enerzijds is de verwachting dat kwetsbare burgers zo veel mogelijk meedoen aan het maatschappelijk verkeer. Anderzijds wordt verwacht dat zowel weerbare als kwetsbare burgers zich inzetten ten behoeve van een ander of de samenleving (Visser, 2010). De verwachting die hierachter zit is dat burgers bereid zijn zich actief op te stellen en voor elkaar te zorgen als dat nodig is. De verantwoordelijkheid voor zorg en ondersteuning wordt bij de burger neergelegd, in plaats van bij de overheid. Pas als de ondersteuning niet uit de eigen omgeving kan worden gehaald, kan de gemeente worden ingeschakeld (VWS, n.d.).

Achter het vergrootte beroep op de civil society en meer specifiek de overheveling van ondersteuning van kwetsbare mensen naar hun sociale netwerk, zit nog een aanname. De aanname dat professionele ondersteuning, of in ieder geval een deel daarvan, kan worden overgenomen door vrijwillige inzet. Dit principe staat tegenover de norm zoals die zich in de ‘gouden jaren van de verzorgingsstaat’ heeft ontwikkeld: de norm dat verzorging een dienst is die door professionals uitgevoerd hoort te worden. De volgende normatieve verwachtingen zijn te onderscheiden in het nieuwe (wens)beeld over de participatiesamenleving:

- Burgers horen voor zichzelf en elkaar te zorgen, niet de overheid.
- Zorg van de overheid moet alleen ingezet worden als ‘laatste redmiddel’
- Alle burgers (ook kwetsbare burgers) horen zo veel mogelijk te participeren in de maatschappij
- Vrijwillige inzet kan professionele inzet (deels) vervangen

2.4.3 Cognitieve elementen

Tegenover het beeld van de afhankelijke burger, wordt met de nieuwe ideeën over de verzorgingsstaat de zelfredzame burger gezet. De identiteit van de burger verandert hiermee. In plaats van een individu die afhankelijk is van de staat, wordt de burger nu gezien als onafhankelijk individu die zichzelf ook zonder de staat kan redden. Dit zou mogelijk worden gemaakt doordat mensen in plaats van aan de staat eerst in eigen sociale kringen om hulp vragen.

Er zit ook een bepaalde aanname in de nieuwe ideeën over de participatiesamenleving van de burgers als gemeenschap. Wanneer de civil society wordt opgevat als het domein naast de overheid, de markt en de privésfeer, zoals Metz (2008) doet, wordt er nadrukkelijk verwacht dat mensen zich ook betrokken voelen bij de samenleving buiten de eigen privésfeer. Dat veronderstelt een maatschappelijke samenhang, wat een vanzelfsprekendheid zou moeten zijn. Een logische houding voor de individu als burger daarbij is om zich betrokken te voelen bij de maatschappij. Die vanzelfsprekendheid en de overtuiging van wat een logische handeling is voor een individu in een bepaalde situatie maken dit een cognitief element van de institutie.

Een derde cognitieve veronderstelling betreft de participerende burger. Behalve het betrokken voelen bij de maatschappij, wordt tegenwoordig ook verwacht dat mensen participeren op allerlei verschillende vlakken, zoals arbeid, onderwijs, verenigingen en vrijwilligerswerk

(RMO, 2008). In het geval van het onderwerp van dit onderzoek, de ondersteuning van kwetsbare mensen, zal participatie vooral draaien om het bieden van vrijwillige inzet. Het (nieuwe) beeld van de overheid is gebaseerd op de aanname dat burgers vrijwillige hulp zullen bieden aan andere burgers. Een tweede aanname over participatie is dat de kwetsbare mensen zelf ook participeren op zo veel mogelijk terreinen. Dit komt terug in prestatieveld vijf van de Wmo: “het bevorderen van deelname aan het maatschappelijk verkeer en over het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch of psychosociaal probleem” (VWS, n.d.). De volgende cognitieve elementen kunnen worden onderscheiden in de nieuwe visie op de verzorgingsstaat:

- De burger is zelfredzaam (niet afhankelijk van de overheid)
- Er is maatschappelijke samenhang, burgers voelen zich betrokken bij de maatschappij (niet alleen betrokken bij de privésfeer)
- De burger participeert: biedt vrijwillige hulp aan andere burgers als dat nodig is
- De kwetsbare burger participeert: doet mee aan het maatschappelijk verkeer

	Oorspronkelijk: Verzorgingsstaat	Nieuw (wens)beeld: Participatiesamenleving
Regulatief	AWBZ (rechtsaansprakelijk)	Wmo (niet direct rechtsaansprakelijk)
Normatief	<ul style="list-style-type: none"> - Zorg van de overheid is een recht waar men altijd aanspraak op moet kunnen maken - De staat hoort het welzijn van de burgers te garanderen, op middenklasse-niveau - Verzorging hoort te worden geboden door professionals 	<ul style="list-style-type: none"> - De overheid hoort slechts in te springen als ‘laatste redmiddel’ - Burgers horen voor zichzelf en elkaar te zorgen, niet de overheid - Vrijwillige inzet kan professionele inzet (deels) vervangen - Alle burgers (ook kwetsbare burgers) horen zo veel mogelijk te participeren in de maatschappij
Cognitief	<ul style="list-style-type: none"> - De burger is afhankelijk van overheid voor zorg en sociale zekerheid - Zorg wordt geleverd door professionals met de benodigde kennis en vaardigheden 	<ul style="list-style-type: none"> - De burger is zelfredzaam (niet afhankelijk van de overheid) -Zorg wordt geleverd door zowel professionals als vrijwilligers - Er is maatschappelijke samenhang, burgers voelen zich betrokken bij de maatschappij (niet alleen betrokken bij de privésfeer) - De burger participeert: biedt vrijwillige hulp aan andere burgers als dat nodig is - De kwetsbare burger participeert: doet mee aan het maatschappelijk verkeer

Tabel 1. De regulatieve, normatieve en cognitieve elementen van de oorspronkelijke verzorgingsstaat en het nieuwe (wens)beeld van de participatiesamenleving.

3. Onderzoeksopzet

3.1 Vraagstelling

De wetten en regelingen, ofwel de regulatieve pilaar van de verzorgingsstaat, veranderen. Achter die verandering zitten bepaalde normatieve verwachtingen en ook meer cognitieve veronderstellingen over de burger en de maatschappij. De vraag is of dit (wens)beeld van de overheid past bij wat zich in de huidige maatschappij afspeelt. De theorie van Scott (1995) laat zien dat een institutie uit een regulatieve, normatieve en cognitieve pilaar bestaat en dat deze structuren veel stabiliteit vertonen. Als de regulatieve pilaar verandert, verandert dan de hele institutie, inclusief de normatieve verwachtingen en de cognitieve veronderstellingen? Of overheersen nog steeds de oude normatieve en cognitieve patronen van de oorspronkelijke verzorgingsstaat? Dat is de elementaire vraag waar dit onderzoek zich op zal richten. Het wordt concreet gemaakt in de volgende vraagstelling.

Hoofdvraag: In hoeverre komen de normatieve verwachtingen en cognitieve veronderstellingen van kwetsbare mensen en hun buurtgenoten wat betreft ondersteuning overeen met de nieuwe institutionele pilaren van de verzorgingsstaat?

Deelvragen:

- (1) Wat zijn de normatieve verwachtingen en cognitieve veronderstellingen rondom de ondersteuning van kwetsbare mensen, vanuit de visie van de kwetsbare mensen zelf?
- (2) Wat zijn de normatieve verwachtingen en cognitieve veronderstellingen rondom de ondersteuning van kwetsbare mensen, vanuit de visie van de buurtbewoners?
- (3) In hoeverre weerspiegelen deze normatieve verwachtingen en cognitieve veronderstellingen de nieuwe institutionele pilaren (het wensbeeld), dan wel de oude institutionele pilaren van de verzorgingsstaat?

3.2 Onderzoeksmethode

Om antwoord te geven op de vraagstelling is gekozen voor een kwalitatieve benadering van het onderzoek. Er is nog niet veel onderzoek gedaan naar dit specifieke onderwerp, waardoor een kwantitatieve benadering niet de beste optie is. Dit is een explorerend onderzoek naar de verwachtingen en veronderstellingen die men heeft over de ondersteuning van kwetsbare mensen. Het doel is om het verhaal van de mensen naar voren te brengen en de mechanismen te ontdekken die daarin een rol spelen. Door kwalitatief onderzoek kan dat worden bereikt.

Voor de dataverzameling is gebruik gemaakt van gestructureerde vragenlijsten, met open vragen. De structuur in de vragenlijsten is nodig om alle verwachtingen en veronderstellingen die van belang zijn aan bod te laten komen. De open ruimte in de antwoorden is belangrijk om het verhaal van de respondenten te achterhalen en de mechanismen die daarin terugkomen. Er is voor gekozen om face-to-face interviews te houden. Het voordeel daarvan is dat de onderzoeker kan doorvragen om meer verdieping in de antwoorden te krijgen en dat de respondent om uitleg kan vragen als hij de vraag onduidelijk vindt.

De data analyse is uitgevoerd met het kwalitatieve analyseprogramma NVivo. De interviews zijn getranscribeerd en voorzien van codes die de belangrijkste thema's aangeven. Het resultaat is een codeboom met de belangrijkste normatieve verwachtingen en cognitieve veronderstellingen van de respondenten en een codeboom met overige terugkomende thema's. De codebomen zijn te vinden in Bijlage 1.

3.3 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit twee groepen: mensen met een lichamelijke beperking en mensen zonder lichamelijke beperking. Het criterium dat is aangehouden voor mensen met een lichamelijke beperking, is dat zij hulp en ondersteuning nodig hebben bij dagelijkse handelingen, zoals douchen, aankleden en huishoudelijke taken. Het uitgangspunt is dat zowel de kant van de hulpvraag, als de kant van het aanbod wordt ondervraagd over hun visie op de ondersteuning van kwetsbare mensen. Omdat zowel kwetsbare als niet-kwetsbare mensen een belangrijke rol spelen in de discussie over de taak van de burgers in de zorg- en welzijnsvoorziening, zijn beide groepen geïnterviewd. Om de groep kwetsbare mensen af te bakenen is gekozen voor mensen met een lichamelijke beperking. Er zijn uiteindelijk negen mensen met een lichamelijke beperking geïnterviewd en tien mensen zonder lichamelijke beperking, een totaal van negentien

respondenten. Onder de mensen met een lichamelijke beperking zijn drie mannen en zes vrouwen. Onder de overige buurtbewoners zijn vijf mannen en vijf vrouwen. Er is naar gestreefd om voor beide groepen het aantal mannen en vrouwen gelijk te houden, maar door praktische problemen is dat voor de eerste groep niet gelukt. Twee interviews met respondenten met een lichamelijke beperking waren niet bruikbaar. Een door een slechte verstaanbaarheid en geestelijke conditie van de respondent en een doordat de lichamelijke situatie van de respondent zo is dat zij geen hulp of ondersteuning nodig heeft. Ook is geprobeerd om de respondenten in leeftijd gelijk te verdelen in een groep onder de 55 jaar en een groep boven de 55 jaar. De reden hiervoor is dat de mensen boven de 55 jaar de ‘gouden jaren’ van de verzorgingsstaat (bewust) hebben meegemaakt en de mensen onder de 55 jaar niet (zie paragraaf 2.1.2). Dit kan verschillende denkbeelden met zich meebrengen over de zorg- en welzijnsvoorziening. Door enkele obstakels in het werven van respondenten met een lichamelijke beperking zijn er in die groep meer respondenten boven de 55. In totaal zijn er acht respondenten onder de 55 en elf respondenten boven de 55 geïnterviewd.

3.4 De wijk Daalhof

Het onderzoek is uitgevoerd in de wijk Daalhof in Maastricht. Om verschillende redenen is er voor gekozen om het onderzoek in één buurt uit te voeren. Ten eerste is het een middel om externe factoren die de onderzoeksresultaten kunnen beïnvloeden zo veel mogelijk constant te houden. Onderzoeksresultaten kunnen voor de ene context anders zijn dan voor de andere. Daarom is het van belang om respondenten uit dezelfde buurt te werven, zodat dat element van de context gelijk is. Ten tweede is het voor de praktijk interessant om te zien hoe de buurtbewoners van Daalhof denken over zorg en ondersteuning, omdat het inzicht geeft in de mogelijkheden tot ondersteuning van mensen met een beperking door mensen uit die buurt. Dit is tevens interessant voor het onderzoek van MOVISIE dat zich richt op de mogelijkheden van buurthulp. Daalhof is een van de pilotlocaties van het onderzoek, waarbij een bijdrage aan de kennis over de wijk waardevol kan zijn. Vanuit MOVISIE, in samenwerking met Trajekt is er een buurtscan gemaakt van deze wijk, waarvan hier de belangrijkste gegevens worden genoemd. Enkele gegevens zijn aangepast aan recente cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Daalhof ligt ver van het stadscentrum en aan de Belgische grens. Het heeft 6.590 inwoners waarvan 24 procent onder de 25 jaar, 57 procent tussen de 25 en de 65 en 18 procent

boven 65 jaar. (CBS, 2012). Van de bewoners in Daalhof is 39 procent laag opgeleid, 32 procent heeft een middelbare opleiding en 28 procent heeft een hoge opleiding (MOVISIE, 2012). In de wijk staan drie grote flatgebouwen. Ook bestaat een deel van de wijk uit rustige woonstraten en hofjes met eengezinswoningen. Hier zijn voornamelijk jonge gezinnen komen wonen. In het centrum van de wijk is een winkelgebied waar de mensen voornamelijk boodschappen komen doen. Ook is er een kinderboerderij waar veel activiteiten worden georganiseerd. In een krantenartikel is geconstateerd dat de bewoners van Daalhof over het algemeen tevreden zijn over de wijk, maar dat zij meer sfeer en gemeenschapszin zouden willen zien. De laatste jaren is er door bewoners en ondernemers werk van gemaakt om Daalhof levendiger te maken en de sociale verbintenis in de wijk te vergroten (MOVISIE, 2012).

3.5 Operationalisering

In deze paragraaf worden de begrippen uit de vraagstelling nader toegelicht en onderzoekbaar gemaakt.

Kwetsbare mensen

De zorg voor en de participatie van kwetsbare mensen staan in de Wmo centraal. In Wmo wordt gewezen op verschillende typen kwetsbare mensen, zoals mensen met beperkingen door ouderdom of handicap, een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem (VWS, n.d.). Zoals hierboven beschreven is er in dit onderzoek voor gekozen om een van deze groepen te interviewen, namelijk mensen met een lichamelijke beperking. De ondersteuning van deze mensen bestaat bijvoorbeeld uit hulp bij het douchen en aankleden, huishoudelijke taken en het zich buitenshuis verplaatsen.

Buurtbewoners

Buurtbewoners zijn in dit geval de bewoners van de wijk Daalhof. In de vraagstelling wordt met buurtbewoners bedoeld: bewoners van Daalhof zonder lichamelijke beperking waar zij hulp of ondersteuning bij nodig hebben.

Oude en nieuwe institutionele pilaren van de verzorgingsstaat

Met de oude institutionele pilaren van de verzorgingsstaat wordt geduid op de regulatieve, normatieve en cognitieve pilaren van de verzorgingsstaat, zoals die na de tweede wereldoorlog is ontstaan. Vanaf de jaren tachtig trekt de overheid zicht terug en wordt de rol van de burger op het gebied van zorg en welzijn steeds meer benadrukt. Dit heeft uiteindelijk geleid tot de opstelling van de Wmo in 2007. Met de nieuwe institutionele pilaren van de verzorgingsstaat worden de regulatieve, normatieve en cognitieve pilaren bedoeld, die aansluiten bij de gedachten over de verzorgingsstaat die in de Wmo zijn beschreven. De drie pilaren (regulatief, cognitief en normatief) zijn afgeleid van de theorie van Scott (1995), zoals besproken in het theoretisch kader. De inhoudelijke uitwerking van de pilaren, toegepast op de Nederlandse verzorgingsstaat, is in het vorige hoofdstuk beschreven en overzichtelijk gemaakt in Tabel 1.

Normatieve verwachtingen

Met de normatieve verwachtingen wordt in de vraagstelling expliciet gewezen op de normen die in Tabel 1 zijn weergegeven. Hieronder is dit gedeelte uit de tabel nogmaals te zien.

	Oorspronkelijk: Verzorgingsstaat	Nieuw (wens)beeld: Participatiesamenleving
Normatief	<ul style="list-style-type: none">- Zorg van de overheid is een recht waar men altijd aanspraak op moet kunnen maken- De staat hoort het welzijn van de burgers te garanderen, op middenklasse-niveau- Verzorging hoort te worden geboden door professionals	<ul style="list-style-type: none">- De overheid hoort slechts in te springen als 'laatste redmiddel'- Burgers horen voor zichzelf en elkaar te zorgen, niet de overheid- Vrijwillige inzet kan professionele inzet (deels) vervangen- Alle burgers (ook kwetsbare burgers) horen zo veel mogelijk te participeren in de maatschappij

Om te achterhalen hoe de respondenten denken over deze normen moeten de juiste vragen worden gesteld. Deze vragen zijn voor de twee groepen respondenten (mensen met een lichamelijke beperking en overige buurtbewoners) soms verschillend. Daarvoor is gekozen, omdat de eerste groep de visie vanuit de hulpvraag het beste kan weergeven en de tweede groep de visie vanuit het hulpaanbod. Wat betreft het eerste punt uit beide kolommen zal de respondent

gevraagd worden hoe hij of zij zorg van de overheid opvat: als een recht waar men altijd aanspraak op moet kunnen maken, of als laatste redmiddel (zie onderwerp 1 in topiclijst, Bijlage 2).

Wat betreft het tweede punt uit beide kolommen, de taak van de staat en de taak van de burger, wordt eerst een algemene vraag gesteld. De vraag wordt eerst zo open mogelijk gesteld, zodat de visie van de respondent zo ‘echt’ mogelijk naar voren komt. Vervolgens wordt er doorgevraagd over het onderwerp en worden er meer specifieke vragen gesteld die expliciet over de twee normen gaan. Er zijn twee termen die nadere uitleg behoeven, namelijk ‘zorg’ en ‘welzijn’. Omdat dit onderzoek is gericht op de zorg en ondersteuning van kwetsbare mensen zullen de termen worden toegespitst op dit thema (onderwijs wordt bijvoorbeeld niet meegerekend). Zorg wordt geoperationaliseerd als de zorg voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid. Welzijn wordt ten eerste opgevat als het ten volle kunnen participeren (meedoen) in de maatschappij. Ten tweede wordt welzijn gezien als het redzaam zijn in de dagelijkse handelingen, afgeleid uit de functie begeleiding van de AWBZ. (zie onderwerp 2 in topiclijst).

Wat betreft de professionele inzet tegenover vrijwillige inzet zijn er verschillende vragen voor de twee groepen opgesteld. Aan de mensen met lichamelijke handicap kan gevraagd worden hoe zij denken over professionele en vrijwillige inzet in hun eigen ondersteuning. Aan de overige buurtbewoners wordt die vraag eerst meer algemeen gesteld en vervolgens meer toegespitst op de situatie van lichamelijk beperkten in Daalhof. De vrijwilliger wordt gedefinieerd als iemand die niet betaald krijgt voor het werk. In eerste instantie is ervoor gekozen om de definitie uit te breiden met “iemand die, tenminste bij de start van de hulp, geen persoonlijke band heeft met de hulpvrager”. Hiermee zou bijvoorbeeld de mantelzorg door familieleden worden uitgesloten. Maar omdat de respondenten toch vaak over hun familie en vrienden begonnen, bleek het een belangrijk onderwerp te zijn om mee nemen in de analyse. Daarom is de privésfeer uiteindelijk toch meegenomen in de definitie van de civil society. De professional wordt gedefinieerd als iemand die wel betaald krijgt voor het werk en die gespecialiseerde kennis heeft van het vak. Het element van gespecialiseerde kennis is hier van belang omdat dat met de opkomst van de verzorgingsstaat belangrijk is geworden in de zorg en dienstverlening. Het geeft de oude situatie van de verzorgingsstaat weer, die kan worden afgezet tegen de nieuwe situatie waarbij ook niet-gespecialiseerde vrijwilligers worden gevraagd om hulp te bieden. Er zijn echter vrijwilligers die wel zijn opgeleid voor het vak. Daarom is er een vraag toegevoegd die achterhaalt of het al dan

niet hebben van een opleiding van de vrijwilliger een verschil maakt. (zie onderwerp 3 in de topiclijst).

De participatie bestaat zoals in het vorige hoofdstuk beschreven uit twee verschillende verwachtingen. Ten eerste horen kwetsbare burgers zo veel mogelijk mee te doen aan het maatschappelijk verkeer. Hiermee wordt bijvoorbeeld geduid op het uitoefenen van een beroep, het doen van vrijwilligerswerk en het lid zijn van verenigingen. Ten tweede horen zowel weerbare als kwetsbare burgers zich in te zetten ten behoeve van een ander of de samenleving, door middel van vrijwillige inzet. Om erachter te komen of dit ook de normen van de burgers zijn, wordt aan de respondenten gevraagd hoe belangrijk zij het zelf vinden om te participeren en of zij op een bepaalde manier aan vrijwillige inzet doen. Omdat de norm vanuit de Wmo is dat kwetsbare burgers zoveel mogelijk participeren, wordt ook aan beide groepen respondenten gevraagd hoe zij erover denken dat mensen met een (lichamelijke) beperking net als iedereen zoveel mogelijk moeten meedoen in de maatschappij. (zie onderwerp 4 in topiclijst).

Cognitieve veronderstellingen

Met de cognitieve veronderstellingen rondom de ondersteuning van kwetsbare mensen wordt expliciet verwezen naar het tweede deel van Tabel 1, hieronder nogmaals weergegeven.

Cognitief	<ul style="list-style-type: none"> - De burger is afhankelijk van overheid voor zorg en sociale zekerheid - Zorg wordt geleverd door professionals met de benodigde kennis en vaardigheden 	<ul style="list-style-type: none"> - De burger is zelfredzaam (niet afhankelijk van de overheid) -Zorg wordt geleverd door zowel professionals als vrijwilligers - Er is maatschappelijke samenhang, burgers voelen zich betrokken bij de maatschappij (niet alleen betrokken bij de privésfeer) - De burger participeert: biedt vrijwillige hulp aan andere burgers als dat nodig is - De kwetsbare burger participeert: doet mee aan het maatschappelijk verkeer
-----------	--	---

Ten eerste is er de (on)afhankelijkheid van de burger ten opzichte van de overheid. Met afhankelijk wordt bedoeld dat wanneer men zorg of ondersteuning nodig heeft, de overheid wordt gezien als primaire bron van hulpverlening. Met onafhankelijk of zelfredzaam wordt bedoeld dat

men zich ook kan redden zonder de overheid door eerst de eigen sociale omgeving aan te spreken als bron van hulpverlening (zie figuur 1). Aan de mensen met een lichamelijke beperking wordt eerst gevraagd of zij het idee hebben dat ze zelfredzaam zijn. De definitie daarvan is afgeleid van wat Visser (2010) beschrijft als sociale redzaamheid en gaat voornamelijk om de dagelijkse handelingen en het kunnen verplaatsen buiten de woning. Vervolgens wordt er gevraagd in hoeverre zij daarin afhankelijk zijn van de overheid en in hoeverre zij zich kunnen redden zonder de steun van de overheid. Aan de overige buurtbewoners wordt een scenario voorgelegd waarin zij ondersteuning nodig hebben, waarna gevraagd wordt of zij die steun in eigen omgeving zouden zoeken of bij de overheid. (zie onderwerp 5 in topiclijst)

Of de respondent zich betrokken voelt bij de maatschappij wordt achterhaald door eerst in het algemeen te vragen of zij zich betrokken voelen bij de buurt. Aan de mensen met een lichamelijke beperking wordt gevraagd of zij buurtbewoners (buiten de eigen privésfeer) zien als mogelijke bron van hulp. Aan de overige buurtbewoners wordt gevraagd of zij een ander in de buurt zouden helpen. Hierbij wordt gevraagd naar de grenzen van de hulp die men zou willen bieden, om te bepalen om welke hoeveelheid en vorm van hulp het gaat. Ook wordt er gepeild of voor het bieden en ontvangen van hulp een andere standaard geldt binnen dan wel buiten de privésfeer. Het bieden en ontvangen van hulp in de buurt is een belangrijk element van maatschappelijke samenhang, omdat dat laat zien of mensen betrokken zijn bij elkaar. (zie onderwerp 6 in topiclijst)

Het cognitieve element van participatie beschrijft of het meedoen in de maatschappij een vanzelfsprekendheid is, of het een natuurlijke houding is van de burger. Het betreft dus niet de vraag of men vindt dat men zou moeten participeren, zoals bij de normatieve pilaar van de institutie. Er worden verschillende vragen gesteld aan de twee groepen respondenten, omdat er van kwetsbare burgers wat betreft participatie iets anders wordt verwacht dan van weerbare burgers. Aan de kwetsbare mensen wordt gevraagd in hoeverre zij kunnen meedoen aan het maatschappelijk verkeer. Deze vraag komt in soortgelijke vorm al eerder voor (zie onderwerp 4). Om het interview soepel te laten verlopen wordt de vraag ingepast bij dat onderdeel. Het betreft de vierde vraag van onderwerp 4: “Doet u zelf aan dit soort activiteiten?”. Aan de overige buurtbewoners wordt gevraagd of zij hulp zouden bieden aan buurtgenoten als dat nodig is. Ook deze vraag komt al in soortgelijke vorm terug bij de maatschappelijke samenhang. Daar kan dit cognitieve element dus al naar voren komen. Voor extra duidelijkheid over het bieden van hulp

(door weerbare buurtbewoners) wordt het specifieke geval van de hulpvraag van de mensen met een lichamelijke handicap voorgelegd en gevraagd of de respondent die hulp zou bieden. (zie onderwerp 7 in topiclijst)

Wat betreft de cognitieve veronderstellingen over professionals en vrijwilligers is ook besloten om een extra vraag te voegen bij de al bestaande vraag over de normatieve verwachtingen (zie onderwerp 3). Omdat het bij cognitieve veronderstellingen om een gewoonte gaat, wordt er gevraagd naar de vanzelfsprekendheid van de hulp van een professional en een vrijwilliger. Bij de buurtbewoners is ervoor gekozen om geen extra vraag te stellen over deze vanzelfsprekendheid, omdat zij (over het algemeen) minder ervaring hebben met zorg en ondersteuning.

Achtergrondvariabelen

Achtergrondvariabelen die zijn meegenomen in dit onderzoek zijn geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, woonsituatie, huwelijkse staat en gezinssamenstelling. De laatste drie variabelen zijn van belang om inzicht te krijgen in de leefsituatie van de respondent. Hierdoor kunnen zijn of haar ideeën over de ondersteuning van kwetsbare mensen in de context worden geplaatst. Het geslacht en opleidingsniveau zijn interessant omdat er verschillen zouden kunnen zijn in de visie van mannen of vrouwen, of in de visie van respondenten met een hoog of een laag opleidingsniveau. In dit onderzoek zijn vooral mensen met een laag opleidingsniveau geïnterviewd. Het zou voor een volgend onderzoek interessant zijn om te onderzoeken of mensen met een hoog opleidingsniveau andere ideeën hebben over dit onderwerp. Leeftijd tenslotte was een belangrijk selectie criterium voor de respondenten, zoals wordt toegelicht in paragraaf 3.3.

3.6 Verantwoording

Wetenschappelijke relevantie

Dit onderzoek is interessant voor de wetenschap omdat het bijdraagt aan de kennis over de civil society. Door op zoek te gaan naar de normen en veronderstellingen die er leven over zorg en ondersteuning wordt geëxploreerd waar de grenzen liggen van vrijwillige inzet door de civil society. Anderzijds levert dit onderzoek een bijdrage aan de kennis over instituties. Er wordt een vertaling gemaakt van de verzorgingsstaat naar een institutie met een regulatieve, normatieve en

cognitieve pilaar. Hierdoor worden de regels, wetten, normen en veronderstellingen achter de verzorgingsstaat overzichtelijk gemaakt. Het onderzoek laat zien dat het veranderen van de regels en wetten van een institutie niet per se een verandering van verwachtingen en veronderstellingen met zich meebrengt en dat een institutie ondanks de verandering van de regulatieve elementen kan blijven bestaan in de normatieve en cognitieve pilaar.

Maatschappelijke relevantie

De maatschappelijke relevantie van dit onderzoek is duidelijk. In de politiek en in de media wordt al jaren gesproken over de noodzaak om de kosten rondom zorg en welzijn terug te dringen en over welke rol de burger hierin kan spelen. Dit onderzoek biedt inzicht in de grenzen die verwacht kunnen worden wanneer er een beroep wordt gedaan op de de civil society om voor elkaar te zorgen. Onderzoek naar dit onderwerp is van belang om het inzicht te vergroten in de mogelijkheden om de huidige (onhoudbare) situatie rondom de zorg te veranderen. Ook de grenzen zijn hierbij van belang.

Relevantie Algemene Sociale Wetenschappen

Kenmerkend voor de studie Algemene Sociale Wetenschappen is de interdisciplinaire benadering van een vraagstuk. Er wordt niet alleen gebruik gemaakt van inzichten uit de sociologie, maar ook van inzichten uit andere disciplines. In dit onderzoek is dat terug te zien aan de verschillende invalshoeken van waaruit het probleem wordt bekeken. Het is ten eerste een sociologisch onderzoek naar de houding van mensen ten opzichte van de zorg- en welzijnsvoorziening. Ten tweede is er ook een meer psychologische benadering te zien wanneer de veronderstellingen van de burgers op cognitief niveau naar boven worden gehaald. Ten derde wordt er gebruik gemaakt van de theorie over het institutionalisme, dat zowel sociologische als politieke en economische elementen in zich heeft. In dit onderzoek worden vooral een sociologische en een politieke benadering gebruikt.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken zoals die na de analyse naar voren komen. De belangrijkste cognitieve veronderstellingen en normatieve verwachtingen zijn in de codeboom te zien in Bijlage 1. Naast deze codeboom is er een lijst met codes ontstaan die geen normatieve verwachtingen of cognitieve veronderstellingen representeren, maar wel belangrijk zijn voor de analyse.

4.1 De verwachtingen en veronderstellingen van de bewoners van Daalhof

In deze paragraaf worden de eerste en tweede deelvraag samen beantwoord. Er wordt ingegaan op de belangrijkste normatieve verwachtingen en cognitieve veronderstellingen rondom de ondersteuning van kwetsbare mensen, van de bewoners van Daalhof met en zonder beperkingen. Er zijn een aantal verbanden te ontdekken en er zijn denkbeelden die bij meerdere respondenten zijn terug te zien.

Deelvraag 1 en 2: Wat zijn de normatieve verwachtingen en cognitieve veronderstellingen rondom de ondersteuning van kwetsbare mensen, vanuit de visie van de kwetsbare mensen en de overige buurtbewoners?

De overheid pas inschakelen als het echt nodig is

De interviews met de respondenten begonnen met een aantal vragen over de verantwoordelijkheid voor de zorg en ondersteuning van de mensen. Zien zij zorg als een recht? Hoort de staat het welzijn van de burgers te garanderen of horen de burgers voor zichzelf en voor elkaar te zorgen? Uit de analyse blijkt dat veel respondenten de normatieve verwachting hebben dat de burger de overheid pas moet inschakelen als dat 'echt nodig is'. Opvallend is echter dat deze grens al snel is bereikt. In de ogen van de respondenten is het al snel echt nodig om de overheid in te schakelen. Er zijn twee wegen te onderscheiden in deze gedachtegang, die beiden een andere invulling geven aan wanneer dit 'echt nodig is'. De eerste begint met de normatieve verwachting dat de burger verantwoordelijk is voor zichzelf. Men moet zo veel mogelijk zelf proberen te doen, maar wanneer dat niet meer kan is men afhankelijk van de overheid. Hier wordt een stap gemaakt van de eigen verantwoordelijkheid naar de verantwoordelijkheid voor de

overheid, waarbij de verantwoordelijkheid voor de eigen sociale omgeving wordt weggelaten. Wanneer men hier vindt dat de overheid pas moet worden ingeschakeld als het echt nodig is, bedoelt men dus wanneer je het zelf niet meer kunt. Deze gedachtegang wordt door respondenten met verschillende achtergronden gedeeld. Een alleenstaande man van 66 jaar met een lichamelijke beperking is van mening dat de overheid pas als laatste redmiddel gebruikt moet worden en dat je zoveel mogelijk zelf moet doen. Omdat het volgens hem nog niet een gewoonte is dat mensen voor elkaar zorgen, vindt hij dat de overheid er moet zijn als je het niet meer zelf redt.

“Nee begin eerst bij jezelf. Dat is voor je zorg, dat is dus voor je lichamelijke zorg, je geestelijke zorg, daar kun je allemaal zelf voor zorgen. Als je er niet meer uit komt, dan moet je hulp gaan zoeken bij iemand, dan moet je dus de instanties ervoor inschakelen”. [Respondent L14]¹

Ook een vrouw van 72 zonder lichamelijke beperking, die samen met haar man in Daalhof woont, heeft sterkt de norm dat de burger voor zichzelf moet zorgen. De volgende stap is het inschakelen van de overheid.

“Helpen is pas nodig als je het echt niet meer zelf kunt. Dan vind ik dat de overheid er wel moet zijn”. [Respondent B6]

Er is de cognitieve veronderstelling dat de burger zelfredzaam is, maar dat geldt alleen voor de burger als individu. Wanneer zij zichzelf niet kunnen redden en dus ondersteuning nodig hebben zijn zij afhankelijk van de overheid. Er is hier geen sprake van zelfredzaamheid met behulp van de sociale omgeving.

De tweede weg in deze gedachtegang is dat de burger eerst in de eigen sociale omgeving naar hulp moet zoeken en als dat niet lukt, de overheid kan inschakelen. Dit lijkt in eerste instantie precies de gedachtegang van de Wmo, maar wanneer de verwachtingen en veronderstellingen van dichtbij worden bekeken is te zien dat de grens voor de hulp uit de eigen sociale omgeving snel is bereikt. In de Wmo wordt de sociale omgeving als een grote mogelijkheid gezien in de hulpverlening, maar in de interviews lijken er steeds weinig mogelijkheden over te blijven. Een duidelijk voorbeeld hiervan wordt gegeven door een vrouw van 37 die in een rolstoel zit. Haar

¹ Respondenten die beginnen met een L zijn de respondenten met een lichamelijke beperking, respondenten die beginnen met een B zijn de overige buurtbewoners.

wordt de stelling voorgelegd dat de burgers voor elkaar horen te zorgen in plaats van te leunen op de overheid.

“Voor zover dat dat redelijkerwijs mogelijk is mag je daar wel ook een deel van eigen verantwoording verwachten, zeker, maar daar waar dat niet mogelijk is moet er wel een vangnet zijn”. [Respondent L13]

Vervolgens noemt zij een aantal voorbeelden in haar situatie waarbij het niet mogelijk is om de hulp uit de eigen sociale omgeving te halen.

“...mijn familie woont 165 kilometer hier vandaan, dan vind ik dus niet dat je alles bij je familie moet leggen. Dat kan niet. Dat kan je niet van ze verwachten. (...) Ik heb hier ook een aantal vrienden wonen in de buurt. Daar kan ik ook het een en ander aan vragen, maar ook een aantal dingen niet, want ik heb vrienden zonder maar ook met beperkingen. Dus ook daar moet je weer naar kijken van, aan wie kan ik wat vragen. En ik wil ook niet constant aan de zelfde dingen vragen, want dan hebben ze op een gegeven moment ook zoiets, van ja...komt ze weer. Dus dat is ook gewoon sociaal gezien een factor.” [Respondent L13]

Dit is typerend voor meerdere respondenten, ongeacht leeftijd, situatie of het hebben van een lichamelijke beperking. Er zitten een aantal cognitieve veronderstellingen onder over hoe deze maatschappij in elkaar zit, zoals ‘vrijwillige hulp is moeilijk te vinden’, ‘mensen kunnen niet voor elkaar zorgen’ en ‘mensen willen niet voor elkaar zorgen’. De normatieve verwachting is dat in deze gevallen de overheid voor de burgers hoort te zorgen.

De burger participeert niet

Wanneer het gaat om inschakelen van hulp uit de eigen sociale omgeving is een veel voorkomende cognitieve veronderstelling dat vrijwillige hulp moeilijk te vinden is. Hierboven is dat al kort aan bod gekomen. Men gaat ervan uit dat mensen niet voor een ander kunnen zorgen, omdat zij daar bijvoorbeeld geen tijd voor hebben, of dat mensen niet voor een ander willen zorgen. Er is weinig vertrouwen in deze manier van vrijwillige inzet. Participatie in de vorm het bieden van vrijwillige hulp aan andere burgers als dat nodig is, wordt niet gezien als een vanzelfsprekendheid. Dit kwam naar voren in ongeveer driekwart van de interviews en geldt dus voor respondenten met verschillende achtergronden. Zowel mannen als vrouwen, met en zonder

lichamelijke beperking, van verschillende leeftijden toonden weinig vertrouwen in hulp uit de eigen omgeving.

“Ik zou niet weten wie hier in de omgeving dit zou kunnen aanreiken. En dan de kinderen die zitten veel te ver weg om het regelmatig te kunnen doen, dus dat is heel moeilijk. (...) Het is wel goed als het zou kunnen, maar ik denk dat dat heel moeilijk is, in heel veel omgevingen”. [Respondent B6]

“Ik wou dat het zo was, maar het kan niet. Het kan niet. Die mensen moeten om hun hoofd zelf boven water te houden met twee man werken, om de hypotheek te kunnen betalen, om de huur te kunnen betalen, en laten we zo maar doorgaan. En dan willen ze ook nog van de mensen verlangen dat die vrijwilligerswerk gaan doen. En daar ben ik dus optegen”. [Respondent L12]

“(...) maar als je het de burens gaat vragen dan is het één keer en de volgende keer zeggen ze ook, nou nee ik kan niet, ik heb geen tijd of ik moet dit of ik moet dat. En de kinderen kun je ook niet gaan vragen, die wonen allemaal niet in de buurt, tenminste tegenwoordig. En de kinderen die werken alle drie. Ze hebben dan ook nog kinderen waar ze voor moeten zorgen, dus dan ben je toch afhankelijk van de overheid”. [Respondent L16]

In het laatste citaat, afkomstig van een 69-jarige vrouw met verschillende lichamelijke beperkingen, wordt de afhankelijkheid van de overheid genoemd. De cognitieve veronderstelling dat de burger niet participeert hangt samen met de veronderstelling dat de burger afhankelijk is van de overheid. Voor veel respondenten is deze veronderstelde afhankelijkheid de reden waarom de overheid voor de burgers moet zorgen.

Waar de afhankelijkheid ook naar voren komt is wanneer de respondenten zonder lichamelijke beperking wordt voorgelegd wat zij zouden doen als zij bijvoorbeeld een been zouden breken en verzorgd zouden moeten worden (douchen, aankleden, hulp in het huishouden). Vrijwel allemaal zeggen zij in eerste instantie hulp uit de eigen sociale omgeving te zullen halen. De mensen die een man of vrouw in huis hebben zouden eerst een beroep op hen doen en de mensen die alleen wonen zouden meestal familie inschakelen. Dit duidt op een bepaalde zelfredzaamheid van de respondenten. Maar het verhaal neemt een interessante wending wanneer gevraagd wordt wat zij zouden doen als de situatie langer zou duren, bijvoorbeeld langer dan een jaar. Vrijwel allemaal geven zij aan dat dat te veel gevraagd zou zijn voor het sociale netwerk en

dat ze dan wel een beroep zouden doen op de overheid, door bijvoorbeeld een thuiszorginstelling in te schakelen. Dit zegt iets over de grenzen van vrijwillige inzet door de civil society. Het betekent dat mensen best bereid zijn om iets voor elkaar te doen, maar dat het niet te lang moet duren. Of de hulpbieder zou het dan te veel vinden, of de hulpvrager zou zich er niet meer prettig bij voelen. Op dat moment is de cognitieve veronderstelling toch weer dat de burger afhankelijk is van de overheid en is ook de verwachting dat de overheid inspringt. Een belangrijke factor die hierin een rol speelt is vraagverlegenheid. Men vindt het moeilijk om voor langere tijd de mensen uit de sociale omgeving te vragen. Vaak ligt daar de cognitieve veronderstelling onder dat mensen geen tijd hebben om de zorg voor iemand anders op zich te nemen. Een andere aanleiding voor de vraagverlegenheid is het idee dat mensen ‘hun eigen leven hebben’. Hieronder ligt de cognitieve veronderstelling dat de burger autonoom is en dat zij zelf moeten kunnen beslissen hoe zij hun leven indelen.

De overheid hoort voor de burgers te zorgen

Hierboven wordt genoemd dat veel respondenten veronderstellen dat de burger afhankelijk is van de overheid door een gebrek aan mogelijkheden voor hulp uit de eigen sociale omgeving. Dit is een van de factoren die meespelen in de normatieve verwachting dat de overheid voor de burgers hoort te zorgen. Bij een aantal respondenten speelt een andere factor hierin een grote rol, namelijk het feit dat zij de ondersteuning van kwetsbare mensen puur als een taak van de overheid zien en niet als een taak van de burger. Deze normatieve verwachting komt vooral voor bij de oudere buurtbewoners van Daalhof, maar er zijn ook jongere bewoners die zich daarbij aansluiten. Een alleenstaande man van 61 en een gehuwde man van 63 is gevraagd of zij vinden dat de overheid het welzijn van de burgers moet garanderen. Zij zeiden hier het volgende over:

“Normaal moet dat vanzelfsprekend zijn. (...). En dan moet je niet ook dat papierwerk allemaal na gaan lopen voordat je dat krijgt. Dat moet gewoon, die mensen hebben dat nodig”. [Respondent B4]

“Ja zonder meer. Dat hoort er ook allemaal bij gewoon. Je vraag er niet om om ziek te worden of andere dingen. Dat vind ik persoonlijk. En daar wordt volgens mij te weinig over nagedacht”. [Respondent B5]

Soortgelijke visies komen naar voren bij andere respondenten. De cognitieve veronderstelling die daarin is terug te zien, is dat de staat ervoor bedoeld is om voor de burgers te zorgen. Bij deze

mensen is ook verontwaardiging te zien over de bezuinigingen in de zorg. Zij hebben vaak de cognitieve veronderstelling dat de bezuinigingen niet een noodzaak zijn, maar een verkeerde beslissing van de overheid.

“Dat wordt steeds minder he...ja met de bezuinigingen, daar zijn wij de dupe van. Ze geven miljarden uit aan Griekenland, wat dagelijks een miljoen kost en wij zitten ermee. Ik keur dat niet goed hoor”.
[Respondent B4]

Hieruit spreekt een verontwaardiging ten opzichte van de overheid die zijn taak niet vervult. Zorg van de overheid wordt gezien als een recht waar de burger gebruik van moet kunnen maken. Hiermee hangt een derde factor samen die voor sommige respondenten bepaalt waarom de overheid voor de burger moet zorgen, namelijk het feit dat zij voor de zorg betalen. Zij vinden dat zij recht hebben op zorg en ondersteuning omdat zij bijvoorbeeld de ziektekostenverzekering betalen.

“Kijk, ik vind waar je voor betaalt heb je ook recht op. We betalen allemaal ziekenfonds, we krijgen al zo weinig eigenlijk tegenwoordig naar wat we betalen. Dus bepaalde dingen vind ik echt dat je gewoon moet krijgen”. [Respondent B1]

“Zoals mijn man, hij heeft altijd gewerkt en dat moeten ze dan ook uitgeven aan je. En niet zeggen van, we hebben nu niets, de wereld vergrijst...maar de grijze mensen hebben het wel betaald, niet de jongeren”.
[Respondent L18]

Zorg wordt geleverd door de overheid

Ongeacht dat mensen vinden dat zorg een taak is voor de overheid, is er soms ook de cognitieve veronderstelling dat de overheid voor de burgers zorgt. Dat wil zeggen dat men dat ervaart als een vanzelfsprekendheid en dat zij ervan uitgaan dat de dingen zo gaan. Ook hier geldt weer dat deze veronderstelling leeft bij zowel de jonge als de oude respondenten, in verschillende leefsituaties. Voor de ‘weerbare’ buurtbewoners kan dit een aanleiding zijn om geen verantwoordelijkheid te voelen voor de ondersteuning van kwetsbare buurtbewoners. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de woorden van een 44-jarige vrouw. Zij woont samen met haar man en twee kinderen en zou er best voor open staan om een buurtgenoot af en toe te helpen met de kleine

dingen. Echter, wanneer het gaat over de verzorging van iemand, bijvoorbeeld het douchen en aankleden, zou zij er niet op komen om zich daarvoor aan te bieden.

“Ja ik ga er dan inderdaad vanuit dat iemand dat meer in zijn eigen familie of dat een professional dat doet. Er zijn ook mensen die daarvoor zijn...er zijn meerdere mensen hier die ook verzorgers over de vloer krijgen”. [Respondent B9]

Bij de mensen met een lichamelijke beperking uit zich deze cognitieve veronderstelling vooral in het feit dat zij ervan uit gaan dat zij worden geholpen door professionals. Dit zou ertoe kunnen leiden dat zij niet snel in hun eigen omgeving om hulp zouden vragen. Er is een aantal respondenten met een lichamelijke beperking dat zich er wel van bewust is dat zorg ook kan worden geleverd door vrijwilligers of buurtgenoten. Een gebrek aan vertrouwen in de mogelijkheden voor hulp uit de eigen omgeving zou er echter nog steeds voor kunnen zorgen dat zij niet naar die hulp op zoek gaan.

Burgers horen voor elkaar te zorgen, maar...

Opvallend is dat veel respondenten vinden dat de burgers voor elkaar horen te zorgen. Ook de respondenten die vinden dat zorg en ondersteuning eigenlijk een taak is van de overheid, of een recht waar men gebruik van moet kunnen maken. De norm dat burgers voor elkaar horen te zorgen lijkt meer te berusten op een gevoel van solidariteit dan op de overtuiging dat zorg een taak is voor de burgers onderling en niet voor de overheid. Een belangrijke veronderstelling die hierin meespeelt is dat de mogelijkheden om voor elkaar te zorgen beperkt zijn. Veel respondenten geven aan dat zij het goed vinden als mensen voor elkaar zorgen, maar hebben de veronderstelling dat dat in veel situaties niet mogelijk is. De cognitieve veronderstelling die hieronder zit is dat de burgers niet voor elkaar kunnen zorgen, of dat zij niet voor elkaar willen zorgen. Een goed voorbeeld is de 61-jarige man die hierboven werd genoemd omdat hij zorg als een taak voor de overheid ziet. Als hem wordt gevraagd wat hij ervan vindt dat mensen voor elkaar moeten zorgen, komt een gevoel van solidariteit naar boven.

“Ja daar ben ik het ook wel mee eens. Dat kinderen dus hun ouders verzorgen, dat vind ik goed. Maar die moeten daar ook wel de tijd voor hebben. Niet iedereen heeft dat (...). Als iemand dus die mogelijkheid niet heeft om haar ouders te verzorgen, dan hebben ze hulp nodig”. [Respondent B4]

Hij vindt het ‘goed’ als mensen voor elkaar zorgen. Maar hij veronderstelt ook dat mensen daar geen tijd voor hebben en uit eerdere citaten blijkt dat hij zorg eigenlijk ziet als een taak voor de overheid. Opvallend is ook dat de man direct aan de familie denkt wanneer het gaat om de zorg voor een ander. Dit wijst op de cognitieve veronderstelling dat familie voor elkaar zorgt en niet dat de burgers voor elkaar zorgen. Ook onder de respondenten met een lichamelijke beperking is de normatieve verwachting aanwezig dat mensen voor elkaar horen te zorgen. Maar zoals bij een jongere vrouw in een rolstoel naar voren komt, is er ook de cognitieve veronderstelling dat mensen niet voor elkaar willen zorgen, in ieder geval niet zonder daar iets voor terug te krijgen.

“Stel dat ik geen geld meer zou krijgen, voor die steunkousen bijvoorbeeld, dan moet ik iemand vinden die dat voor niets doet. Maar die kom je echt niet meer tegen hoor. Ik bedoel (...) tegenwoordig als iemand iets voor een ander doet moet je betalen”. [Respondent L11]

De veronderstelling dat burgers niet voor elkaar kunnen of willen zorgen is al eerder aan bod geweest en komt hier weer naar voren. Het gebrek aan vertrouwen in de hulp uit de eigen sociale omgeving lijkt een kernconcept te zijn dat een centrale rol speelt in de veronderstellingen en verwachtingen van de respondenten.

Een tweede punt dat hier van belang is, is dat het zorgen voor elkaar meer als een vrijblijvendheid wordt gezien dan als een verantwoordelijkheid. Men vindt het een mooi principe als mensen voor elkaar zorgen en doen dat in sommige gevallen ook, maar er zit meestal een bepaalde vrijblijvendheid achter. Hulp onder elkaar wordt gezien als ‘mooi meegenomen’ maar niet zozeer als een verantwoordelijkheid.

“En als er een beetje hulp kan zijn van familie, ja waarom niet? Ik ga ook met mijn schoonmoeder ‘s zondags wandelen (...). Dus dat zijn van die kleine dingen, dan denk ik nou ja, het zei zo. Een beetje hulp kan er best wel zijn”. [Respondent B1]

Net als bij Respondent B4 denkt deze vrouw in eerste instantie aan de familie wanneer het gaat om de zorg voor een ander en niet aan kennissen of buurtgenoten. Een veel voorkomende normatieve verwachting is dat het vrijwillig inzetten voor een ander een vrije keuze is. Dat geldt volgens de respondenten zowel voor de mensen met als mensen zonder beperkingen. Er lijkt veel

waarde te worden gehecht aan autonomie en er is een cognitieve veronderstelling aanwezig dat de burger autonoom is. Men moet zelf kunnen beslissen wat hij met zijn leven doet en waar hij zijn vrije tijd aan besteedt. Dit denkbeeld wordt duidelijk verwoord door een jongeman met een fulltime baan, die op zichzelf in Daalhof woont.

“Nee, kan je niemand verplichten, vind ik. Ze zeggen je zit in een vrij land, dus dan moet je kunnen bepalen wat je zelf doet”. [Respondent B2]

Behalve dat de respondenten de burger als autonoom zien, vindt ook een aantal dat de zorg voor een ander in iemands karakter moet zitten. Dat maakt niet elke burger geschikt om voor iemand anders te zorgen. Dit idee is bijvoorbeeld terug te zien bij een 44-jarige vrouw die samen met haar man en kinderen in Daalhof woont.

“Kijk als mensen van nature een beetje een sociaal karakter hebben ontstaat het eerder, bij andere mensen ontstaat dat niet. Nou ja, moeten....je kan de mensen niet dwingen he. Je moet het ook graag doen denk ik anders heeft het geen zin”. [Respondent B9]

Ook de jongeman die hierboven al de vrijheid van de mens benadrukt, is van mening dat niet iedereen geschikt is om een ander te verzorgen.

“Nee, als iemand zich geroepen voelt en het kan moet hij het doen. Maar als hij zich er niet in vertrouwt, dan moet hij het laten. Wat ik al zeg, ik doe het niet omdat ik het geduld niet zou hebben om het te doen”. [Respondent B2]

Over het algemeen kan gezegd worden dat er een bepaald gevoel van solidariteit is waardoor men vindt dat burgers voor elkaar horen te zorgen. Maar om verschillende redenen (de veronderstelling dat vrijwillige hulp moeilijk te vinden is, de veronderstelling dat de burger autonoom is, of de veronderstelling dat niet iedereen ervoor geschikt is) wordt de zorg en ondersteuning uiteindelijk toch als een taak van de overheid gezien.

Een taak voor de vrijwilliger of voor de professional?

Omdat in het wensbeeld van de overheid de burger bepaalde taken van de professional moet overnemen, is bij de respondenten nagegaan wat hun normatieve verwachtingen en cognitieve veronderstellingen hierover zijn. Of en in hoeverre professionele inzet volgens hen vervangen kan worden door vrijwillige inzet, heeft te maken met waar zij die grens leggen. Met een vrijwilliger wordt hier iemand bedoeld die niet is opgeleid voor het vak en die niet betaald krijgt voor het werk. In verband met de theorie is het vooral belangrijk om erachter te komen waarvoor men mensen zonder kennis of kunde geschikt acht. Hierover zijn de meningen verdeeld, maar er zijn wel enkele mechanismen te onderscheiden die hierin een rol spelen. Wanneer de vraag aan de respondenten werd voorgelegd, dachten de meesten eerst vooral aan de kleine verdiensten als taak voor een vrijwilliger, zoals een lamp ophangen of boodschappen doen. Hieruit blijkt dat ergens de cognitieve veronderstelling aanwezig is dat zorg wordt geleverd door professionals. Dit is bijvoorbeeld het geval bij een 58-jarige man die met zijn vrouw in Daalhof woont. In zijn eerste reactie op de vraag of de verzorging van iemand met een lichamelijke beperking een taak is voor professionals of vrijwilligers, gaat hij uit van kleine verdiensten voor een vrijwilliger.

“Dat kunnen ook vrijwilligers doen. Kijk, als je zegt van ik ben hier en de buurvrouw of de buurman gaat boodschappen doen hier op de hoek, dan zou je kunnen zeggen, haal een brood voor mij. Dat zou kunnen ja, dat hoeft geen geld te kosten”. [Respondent B3]

Wanneer er expliciet gevraagd werd naar de meer lichamelijke verzorging van iemand, werd de grens voor wat een vrijwilliger zou kunnen doen redelijk ver gelegd.

“Ik denk het wel ja....dat moet ook kunnen zoiets. Kijk als je alleen thuis bent of je bent vrijgezel, dan kan je wel zeggen tegen de buurman van ik ga me nu douchen, als je over tien minuten niet klaar ben dan kom ik even kijken of dit of dat. Dat zou toch moeten kunnen? Ja, dat hoeven niet altijd professionals te zijn”. [Respondent B3]

Zo zijn er meerdere respondenten die het aankleden en douchen van iemand als een geschikte taak voor een vrijwilliger zien. Sommigen zijn hier twijfelachtig over, omdat er bij hen een angst is om iets verkeerd te doen. Zo zegt de alleenstaande 61-jarige buurtbewoner:

“Dat ligt aan de aard van de handicap. Het lichte daar kan iedereen mee helpen, maar dat zware dat is toch wel ook te moeilijk. Want bijvoorbeeld hoe je die mensen oppakt, hoe je ze neerzet, hoe je ermee omgaat, er komt wel een heleboel bij kijken. En als je er niets vanaf weet...ja...een ongeluk zit in een klein hoekje”. [Respondent B4]

Deze angst om iets verkeerd te doen komt bij meerdere respondenten naar boven. Bij hen is de normatieve veronderstelling aanwezig dat kennis en kunde van belang is bij de verzorging van iemand. Zoals in het theoretisch kader wordt uitgelegd is dit een norm die sinds de ontwikkeling van de verzorgingsstaat is gegroeid in de maatschappij. Elke respondent vindt dat bepaalde taken alleen geschikt zijn voor een professional, die de juiste kennis en kunde bezit. Waar zij die grens leggen verschilt echter per persoon. Ook komt het voor dat de angst om iets verkeerd te doen niet uit de respondenten zelf komt, maar wordt ingegeven door professionele instellingen. Een gepensioneerde vrouw die momenteel als vrijwillige mantelzorger in de omgeving actief is vindt zichzelf bijvoorbeeld geschikt voor het toedienen van medicijnen aan de mensen die zij komt helpen. Zij wordt hierin echter tegengehouden door de instelling van waaruit zij werkt.

“Ook als bijvoorbeeld de zoon die mantelzorger is (...) het klaarzet, dan mogen wij het niet geven. Ik vind het kinderachtig, maar ja niets aan te doen, wij mogen dat niet. We mogen eigenlijk niets doen”. [Respondent B8]

Opvallend is dat de respondenten die meer ervaring hebben met de verzorging, de mensen met een lichamelijke beperking en degenen die in de zorg werken, verzorging vaak minder geschikt achten voor iemand zonder kennis en kunde dan de overige buurtbewoners. Zij benadrukken dat er zelfs bij minder ingewikkelde taken, zoals iemand douchen of aankleden, soms kennis en kunde nodig is om bepaalde kwalen te herkennen. In sommige gevallen wordt alleen ervaring genoemd als belangrijk criterium. Hierbij geldt dan dat de taken in principe door een vrijwilliger kunnen worden uitgevoerd, maar niet door een willekeurig iemand uit de sociale omgeving. De vrijwilliger heeft in de ogen van deze respondenten wel een bepaalde kennis, kunde of ervaring nodig. De angst dat een vrijwilliger niet genoeg kennis en kunde heeft om de kwetsbare persoon te verzorgen, vanuit de burgers of vanuit professionele instellingen, kan ertoe leiden dat dit een taak voor de professional blijft en dat het niet snel zal worden opgepakt door de burgers onderling. Kleine verdiensten zoals het aantrekken van steunkousen, met iemand op stap gaan en

huishoudelijk werk wordt door de meeste respondenten wel gezien als een geschikte taak voor een vrijwilliger.

Een andere normatieve verwachting die bij enkele respondenten naar voren komt is dat verzorging een taak is voor professionals omdat het een betaalde baan hoort te zijn. Hierbij gaat het dus niet om de kennis en kunde die ervoor nodig is, maar over de rol die men toewijst aan verschillende actoren in de samenleving. Deze normatieve verwachting gaat samen met de cognitieve veronderstelling dat zorg wordt geleverd door de overheid. Deze combinatie is zichtbaar bij een 47-jarige man die zijn gezin onderhoudt met een fulltime baan. Voor hem is het een vanzelfsprekendheid dat de overheid voor de burgers zorgt en hij vindt daarbij ook dat verzorging een taak is voor professionals die daarvoor betaald krijgen.

“Ik ga dan naar de buurvrouw hiernaast en ik doe van alles, ik ga het gras maaien, de tuin wordt door mij verzorgd. Maar als er een professionele verzorger is, nee ik vind dat dat wel een betaald beroep moet zijn, door iemand die werkt zeg maar, dus niet op vrijwillige basis”. [Respondent B10]

Tenslotte is belangrijk om te vermelden dat wat de respondenten geschikt vinden voor een vrijwilliger niet altijd is wat zij zelf ook zouden willen doen voor iemand anders. In de volgende paragraaf wordt hier verder op ingegaan.

Ondersteuning vanuit de buurt

Onder de buurtgenoten zonder lichamelijke beperking is gevraagd in hoeverre men bereid is een buurtgenoot te helpen. Veel van hen geven aan best iets te willen doen voor iemand uit de buurt. Voor sommigen ligt de grens daarin verder dan voor anderen. Dat hangt af van de normatieve verwachtingen en cognitieve veronderstellingen die hierboven zijn beschreven. Ziet de respondent verzorging bijvoorbeeld als een taak voor de professional, dan zal hij zichzelf alleen beschikbaar stellen voor de kleine verdiensten, zoals het doen van boodschappen en het onderhouden van de tuin. Maar ook sociale aspecten kunnen de grens voor de vrijwillige inzet bepalen. Zo vertelt een jonge vrouw die zelf in de zorg werkt dat zij, ondanks dat zij tijdens haar werk hetzelfde doet, er toch moeite mee zou hebben om een buur of een buurtgenoot te douchen. De stap om die taak voor een buurtgenoot te doen, zonder dat het werk is, is voor haar toch groot. Het gaat haar hierbij niet om het feit dat ze niet betaald zou krijgen of dat ze niet iets voor een ander zou willen doen. Het is volgens haar iets “dat tussen de oren zit” (Respondent B7). Het

vrijwillig inzetten voor een ander in de vorm van verzorging is voor haar verre van vanzelfsprekend. Dit geldt voor de meeste geïnterviewde buurtbewoners. Veel van hen zeggen wel in meer of mindere mate een buurtgenoot te willen ondersteunen, maar in de interviews komt naar voren dat die hulp tussen buurtgenoten momenteel niet in hoge mate voorkomt. Er zijn wel enkele buurtgenoten die voor een ander boodschappen meenemen of de tuin onderhouden, maar van meer intensieve verzorging van een buurtgenoot (douchen, aankleden, huishouding) is bij deze respondenten geen sprake. De cognitieve veronderstelling dat burgers voor elkaar zorgen is niet aanwezig bij de meeste respondenten. De verzorging van familie is meer vanzelfsprekend en daar zouden de meeste respondenten ook meer voor doen.

Een meerderheid van de buurtbewoners zou de hulp voor een buurtgenoot beperken tot de kleinere verdiensten. Degenen die wel lichamelijke verzorging zouden willen doen, geven aan maar beperkte tijd daarin te willen steken. Een belangrijke reden daarvoor is een gebrek aan tijd door het hebben van een baan. Enkele respondenten geven ook aan veel waarde te hechten aan de vrije tijd die zij over hebben. Dit geeft aan dat de hulp die buurtbewoners aan elkaar zouden willen bieden beperkt is. Er zijn ook bepaalde grenzen in wie de respondenten zouden willen helpen. Sommigen van hen zouden alleen hun burenhulp bieden, of andere mensen in de buurt die zij kennen. Toch is er ook een aantal voor wie het niet belangrijk is hoe goed zij iemand kennen. Wel is voor veel respondenten belangrijk hoe de band is met degene waar zij hulp aan zouden moeten bieden. Mensen met wie zij een goede band hebben, of waarmee een goede band zou ontstaan, zouden zij wel bepaalde ondersteuning willen bieden. Maar wanneer die band er niet is zouden zij daar niet aan beginnen.

“Als het geen goede buur is zou ik hem niet helpen”. [Respondent B4]

“Sommige mensen wil je niet helpen, die zijn zelf arrogant”. [Respondent B2]

Aan de respondenten met een lichamelijke beperking is ook gevraagd of zij hulp zouden willen ontvangen van iemand uit de buurt. Over het algemeen staan zij hier voor open. Het maakt voor de meeste van hen niet uit hoe goed zij diegene kennen. Als zij bijvoorbeeld geen hulp bij hun lichamelijke verzorging zouden willen ontvangen van een buurtgenoot komt dat meestal door de norm die zij hebben over de kennis en kunde die daarvoor nodig is.

De aanbod kant lijkt echter niet stabiel genoeg om de ondersteuning van kwetsbare mensen op zich te nemen. De respondenten geven wel aan iets voor hun buurtgenoten te willen doen,

maar aan die hulp zitten bepaalde voorwaarden verbonden. Voor de meesten moet de hulp niet te veel tijd innemen. Voor sommigen geldt dat zij alleen zouden willen helpen bij de kleine verdiensten. Voor anderen geldt dat zij alleen buurtgenoten zouden helpen waarmee zij een goede band hebben. Door al deze voorwaarden lijkt onderlinge hulp in de buurt niet iets te zijn waar men op kan rekenen. Men staat er wel voor open om buurtgenoten hulp te bieden, maar men ziet dit niet als hun verantwoordelijkheid. Dit kwam eerder naar voren wanneer het ging over de norm dat burgers voor elkaar horen te zorgen en hierover gaat ook de volgende paragraaf.

Een interessante bevinding wat betreft de ondersteuning vanuit de buurt, is dat de mate waarin de respondenten zich betrokken voelen bij de buurt niet bepaalt of zij buurtgenoten zouden willen helpen of niet. Hetzelfde geldt voor het accepteren van hulp van buurtgenoten. Respondenten die zich niet betrokken voelen bij de buurt, staan er wel voor open om (onbekende) buurtgenoten te helpen. Andersom zijn er ook respondenten die zich wel betrokken voelen bij de buurt, maar niet een buurtgenoot zouden willen helpen. Het lijkt erop dat de sociale samenhang in de buurt bij deze mensen geen voorwaarde is om hulp te bieden aan buurtgenoten. Hier zou meer onderzoek naar gedaan moeten worden, om vast te stellen wat daadwerkelijk de relatie is tussen de sociale samenhang in de buurt en de bereidheid om hulp te bieden aan en te ontvangen van buurtgenoten.

Verantwoordelijkheid

In bovenstaande beschrijvingen komt steeds naar voren dat de verantwoordelijkheid voor de zorg en ondersteuning van kwetsbare mensen niet bij de burgers zelf wordt gelegd. De 'weerbare' buurtbewoners zouden best iets voor de kwetsbare bewoners willen doen, in meer of mindere mate. De bewoners met een lichamelijke beperking zouden ook hulp van hun buurtgenoten accepteren. Er zijn taken van de professional die volgens de respondenten kunnen worden overgenomen door vrijwilligers. Vrijwel alle respondenten vinden op hun eigen manier dat burgers voor elkaar horen te zorgen. Echter, de veronderstelling dat burgers verantwoordelijk zijn voor elkaar ontbreekt. Die verantwoordelijkheid wordt nog steeds bij de overheid neergelegd. Hier liggen verschillende normatieve verwachtingen en cognitieve veronderstellingen aan ten grondslag, die hierboven al aan bod kwamen. Ten eerste is er de cognitieve veronderstelling dat de burger niet participeert, in de vorm van het hulp bieden aan andere burgers als dat nodig is. Daaraan gekoppeld is de veronderstelling dat mensen geen tijd hebben om voor elkaar te zorgen

en dat mensen niet voor elkaar willen zorgen. Dit is de manier waarop men de huidige situatie ziet. Hieruit voort vloeit de veronderstelling dat de burger afhankelijk is van de overheid voor zorg en ondersteuning en de norm dat de overheid voor de burgers moet zorgen. Ook de aanname (de cognitieve veronderstelling) dat zorg wordt geleverd door de overheid heeft tot gevolg dat de verantwoordelijkheid niet bij de burgers onderling wordt gelegd. In sommige gevallen wordt er verondersteld dat de staat er is om voor de burgers te zorgen en dat brengt de norm met zich mee dat die zorg ook een taak is voor de overheid en niet voor de burgers onderling. Tenslotte is er de cognitieve veronderstelling dat de burger autonoom is. Men hecht veel waarde aan de vrijheid om zelf te kiezen of zij een ander willen helpen of niet. Zij vinden dat men hiertoe niet gedwongen kan worden. Mensen willen over hun eigen leven beschikken en willen daarin niet belemmerd worden door de verplichting om voor iemand anders te zorgen. De verantwoordelijkheid wordt uiteindelijk bij de overheid gelegd.

Er zijn enkele veelvoorkomende standpunten in de interviews die erop wijzen dat de respondenten de verantwoordelijkheid niet bij zichzelf leggen. Een daarvan is dan mensen met een uitkering de zorg voor andere mensen op zich zouden moeten nemen. Zo zegt de 63-jarige Respondent B5:

“Ja, die werkeloos zijn. Die kan je dan ondersteunen met dat soort dingen, probeer ze wat te bij te leren, geef ze een paar avonden van hoe je met de mensen moet omgaan. Die kan je inzetten daarvoor (...). Ik vind dat de regering moet zeggen: nu heb je een uitkering, schakel maar even om, ga je maar eens inzetten voor de mens”. [Respondent B5]

De verantwoordelijkheid is hier niet voor de civil society als geheel, maar alleen voor een geselecteerde groep. Bovendien wordt van de overheid verwacht dat die de hulp door deze mensen mogelijk maakt. Er is dus geen sprake van een zelfstandige civil society die zonder de hulp van de overheid de zorg voor elkaar op zich neemt. Waar ook actie van de overheid wordt verwacht is op het gebied van misbruik die mensen maken van de zorg. De 31-jarige Respondent B2 is een van meerdere respondenten die deze verwachting ter sprake brengt.

“Er zijn er dus helaas genoeg die ervan profiteren (...). En dat moeten ze aanpakken om die kosten voor anderen die het wel nodig hebben te kunnen supporten”. [Respondent B2]

De verwachting hierbij is dat de overheid eerst deze mensen moet aanpakken, voordat zij bezuinigen op de zorg en de ondersteuning aan de burgers onderling overlaten. Weer wordt hier de verantwoordelijkheid afgeschoven en in dit geval is de normatieve verwachting aanwezig dat de overheid voor de burgers hoort te zorgen.

4.2 Verzorgingsstaat of participatiesamenleving?

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op deelvraag 3 van dit onderzoek. Hier worden de verwachtingen uit de normatieve pilaar en de veronderstellingen uit de cognitieve pilaar besproken, zoals die in Tabel 1 zijn weergegeven. De vraag is in hoeverre deze terugkomen in de interviews en of de verwachtingen en veronderstellingen meer aansluiten bij die van de oorspronkelijke verzorgingsstaat of die van de participatiesamenleving.

Deelvraag 3: In hoeverre weerspiegelen deze normatieve verwachtingen en cognitieve veronderstellingen de nieuwe institutionele pilaren (het wensbeeld), dan wel de oude institutionele pilaren van de verzorgingsstaat?

Uit de resultaten van het onderzoek wordt duidelijk dat zowel de oude als de nieuwe institutionele pilaren van de verzorgingsstaat terugkomen in de ideeën van de respondenten. De veronderstellingen en verwachtingen van de oorspronkelijke verzorgingsstaat lijken echter te overheersen. De norm dat de staat voor de burgers hoort te zorgen is nog sterk aanwezig bij de respondenten. Dat zij verwachten dat er een middenklasse niveau van welzijn wordt gegarandeerd blijkt uit een aantal uitspraken, zoals die van een 46-jarige vrouw die in een rolstoel zit:

“Ja, want die dingen krijgt u ook allemaal van de overheid, waarom ik niet? (...) Het moet gewoon vanzelfsprekend zijn als jij daar de bus pakt dat ik die ook kan pakken. En niet een heel gedoe eromheen, of een heleboel regelen”. [Respondent L11]

Ook de 64-jarige mantelzorgster verwacht van de overheid meer dan alleen de noodzakelijke steun om rond te kunnen komen.

“Dat die mensen die dat werk doen van de thuiszorg of een andere organisatie niet alleen maar huishoudelijke hulp en andere dingen [kunnen doen], maar ook een half uurtje extra betaald zouden krijgen om met die mensen iets leuks te doen. Dat vind ik wel”. [Respondent B8]

Niet alleen de respondenten die de gouden jaren van de verzorgingsstaat hebben meegemaakt hebben dus hoge verwachtingen van de overheid. Ook de mensen die vooral de tijden van bezuinigingen hebben meegemaakt, zoals de 46-jarige vrouw die hierboven wordt genoemd, hebben deze hoge standaard. Het zou kunnen zijn dat normatieve verwachtingen en cognitieve veronderstellingen niet alleen door ervaring ontstaan, maar dat zij worden doorgegeven door opvoeding. Of dat zij op een andere manier door de maatschappij worden doorgegeven.

Onder de respondenten is ook de veronderstelling aanwezig dat de burger afhankelijk is van de overheid. Dit vloeit meestal voort uit de veronderstelling dat de burgers niet voor elkaar kunnen zorgen, of niet voor elkaar willen zorgen. Ook financiële afhankelijkheid wordt door de respondenten genoemd. Daaruit blijkt dat men niet uitgaat van de vrijwillige hulp uit de eigen omgeving. Maar soms gaat dit over hulpmiddelen die iemand met beperkingen nodig heeft, zoals een scootmobiel of aanpassingen in huis. Zorg van de overheid wordt door veel respondenten als recht gezien, soms omdat zij daarvoor betalen en soms omdat zij vinden dat zorg een taak is voor de overheid. De normatieve verwachting dat verzorging door professionals geboden zou moeten worden is minder sterk aanwezig bij de respondenten. Taken die onder verpleging vallen worden meestal wel alleen voor een professional geschikt geacht, maar een groot aantal respondenten vindt taken als douchen en aankleden van iemand wel geschikt voor een vrijwilliger. Wel is er de angst aanwezig om iets verkeerd te doen wanneer er geen professional bij is. Hierin is wel een uitgangspunt van de oorspronkelijke verzorgingsstaat te herkennen, namelijk de veronderstelling dat kennis en kunde is vereist wanneer men iemand verzorgt. Ook wordt er door sommige respondenten verondersteld dat zorg wordt geleverd door professionals, via de overheid. Dit is voor hen een vanzelfsprekendheid.

Er zijn ook verwachtingen en veronderstellingen bij de respondenten aanwezig die aansluiten bij de nieuwe institutionele pilaren van de verzorgingsstaat, die van de participatiesamenleving. Echter, deze verwachtingen en veronderstellingen zijn vaak beperkt. Wanneer het bijvoorbeeld gaat om de norm dat de overheid pas hoort in te springen als laatste redmiddel, zijn de meeste respondenten het daarmee eens. Maar omdat er weinig mogelijkheden worden gezien om de hulp uit de eigen sociale omgeving te halen, wordt er toch snel een beroep gedaan op de overheid.

Hetzelfde geldt voor de norm dat burgers voor elkaar horen te zorgen. Deze norm is bij veel respondenten aanwezig, maar heeft meer te maken met een gevoel van solidariteit dan met de overtuiging dat zorg en ondersteuning echt een taak is voor de burgers onderling. Men ziet het bieden van hulp aan anderen en het vrijwillig inzetten voor de samenleving als een goede daad, maar meestal wordt benadrukt dat dit een vrije keuze moet zijn en dat ook niet iedereen daarvoor geschikt is. De hulp tussen burgers onderling wordt meer gezien als een vrijblijvendheid en de verantwoordelijkheid wordt meestal uiteindelijk bij de overheid neergelegd.

De burger wordt in veel gevallen niet als zelfredzaam gezien, maar als afhankelijk van de overheid. Van de mensen met een lichamelijke beperking zien alleen degenen met een partner in huis zichzelf als zelfredzaam, zonder de hulp van de overheid. Zoals deze 56-jarige vrouw met epilepsie en moeite met bewegen die door haar man wordt geholpen met douchen en aankleden. Als haar man er niet meer zou zijn, zou zij in haar ogen wel afhankelijk zijn van de ondersteuning via de overheid.

“Maar als mijn man er niet was geweest dan was ik bij begeleid wonen terecht gekomen. Want dan had ik hier niet alleen kunnen wonen, dat gaat niet. En ik kan bij de kinderen misschien terecht, maar dat wil ik niet”. [Respondent L18]

De veronderstelling dat zorg wordt geleverd door zowel professionals als vrijwilligers is ook aanwezig. Dit geldt echter alleen voor vrijwilligers die via een georganiseerd verband werken. Dat burgers onderling elkaar helpen, zonder dat daar een organisatie bij komt kijken is niet een vanzelfsprekendheid. Veel respondenten hebben de veronderstelling dat de burger niet participeert, in de vorm van het bieden van hulp aan andere burgers. Zij gaan er vaak van uit dat mensen geen tijd hebben om voor elkaar te zorgen of dat mensen niet voor elkaar willen zorgen. Uit de interviews blijkt daarentegen dat veel mensen zelf wel bereid zijn om iets voor een ander te doen, al zijn daar vaak voorwaarden aan verbonden.

Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat de verwachtingen en veronderstellingen van de respondenten meer aansluiten bij de institutionele pilaren van de oorspronkelijke verzorgingsstaat dan bij die van de participatiesamenleving.

5. Conclusies

Dit hoofdstuk geeft de conclusies weer die uit de resultaten zijn afgeleid. In paragraaf 5.2 wordt er een terugkoppeling gemaakt naar het theoretisch kader en worden de resultaten in verband gebracht met de literatuur over het institutionalisme. Paragraaf 5.3 bevat de conclusies en aanbevelingen voor de praktijk. Tenslotte is er een korte reflectie op dit onderzoek en worden er aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek. In de volgende paragraaf wordt er eerst antwoord gegeven op de hoofdvraag.

5.1 Antwoord op de vraagstelling

Hoofdvraag: In hoeverre komen de normatieve verwachtingen en cognitieve veronderstellingen van kwetsbare mensen en hun buurtbewoners wat betreft ondersteuning overeen met de nieuwe institutionele pilaren van de verzorgingsstaat?

In het vorige hoofdstuk kwam naar voren dat er bij de respondenten nog veel normatieve verwachtingen en cognitieve veronderstellingen aanwezig zijn die overeenkomen met de oude institutionele pilaren van de verzorgingsstaat. De verwachtingen en veronderstellingen die wel overeenkomen met de nieuwe institutionele pilaren van de verzorgingsstaat zijn minder sterk aanwezig en gaan gepaard met voorwaarden en beperkingen. Het wensbeeld dat de overheid heeft van een participatiesamenleving wordt niet ondersteund door de respondenten. Er zijn enkele normen en aannames die diep geworteld lijken te zijn in de gedachten van deze mensen, die de mogelijkheden voor een participatiesamenleving in de weg staan. Een voorbeeld hiervan is de veronderstelling dat de burger afhankelijk is van de overheid. Hiermee samenhangend is de veronderstelling dat de burger niet participeert. Daar wordt in dit geval mee bedoeld dat de burgers niet voor elkaar kunnen zorgen, door bijvoorbeeld een gebrek aan tijd, of dat zij niet voor elkaar willen zorgen, omdat zij zich bijvoorbeeld liever bezig houden met hun eigen leven. Ook de aanname dat de burger autonoom is kan de participatiesamenleving in de weg staan. Met die aanname gaat namelijk de norm gepaard dat men zelf moet kunnen kiezen of hij een ander wil helpen of niet. De ondersteuning van kwetsbare mensen blijft hierdoor een vrijblijvendheid. Deze veronderstellingen dragen bij aan de normatieve verwachting van de respondenten dat de overheid voor de burgers moet zorgen en dat die verantwoordelijkheid niet bij de burgers ligt.

5.2 Terugkoppeling naar het theoretisch kader

In het theoretisch kader werd besproken dat de verzorgingsstaat kan worden gezien als institutie met een regulatieve, normatieve en cognitieve pilaar. Uit de theorie van Scott (1995) komt naar voren dat instituties robuust zijn en vaak stabiliteit vertonen. Dit uitgangspunt lijkt in dit onderzoek te worden bevestigd. Ondanks dat de regulatieve pilaar in 2007 is aangepast door het invoeren van de Wmo, worden de normatieve en cognitieve pilaar binnen de onderzoekspopulatie nog steeds overheerst door oude patronen. De hoge standaard van zorg en welzijn die is ontwikkeld tijdens de ‘gouden jaren’ van de verzorgingsstaat is nog steeds terug te zien in de verwachtingen en veronderstellingen van de respondenten. Dit geldt zowel voor de respondenten die die jaren hebben meegemaakt, als voor de respondenten die vooral de tijden van bezuinigingen hebben meegemaakt vanaf de jaren '80. Dat betekent dat de stabiliteit van een institutie als de verzorgingsstaat niet alleen bestaat in de personen die de beginsituatie hebben meegemaakt, maar dat die ook op een andere manier wordt doorgegeven in de maatschappij.

Zoals in het theoretisch kader werd beschreven hebben mensen bepaalde normen en waarden van waaruit ze rollen toeschrijven aan verschillende actoren. Die rollen beschrijven wat de gepaste acties zijn voor verschillende actoren in bepaalde situaties. In dit onderzoek zien de respondenten de zorg voor de burgers als een gepaste taak voor de overheid. De burgers zelf horen ook voor elkaar te zorgen, maar aan hen wordt niet de verantwoordelijkheid toegeschreven. Die rol hoort bij de overheid. Scott (1995, p. 52) geeft aan dat routines in de normatieve pilaar van een institutie worden gevormd door het conformeren aan de norm en het uitvoeren van de plicht. Mensen zullen handelen naar wat volgens hen gepast is om te doen. Als zij het niet als hun taak zien om als burgers voor elkaar te zorgen, is te verwachten dat zij dat ook niet zullen doen en zo wordt de routine in stand gehouden. Behalve in de normatieve pilaar is ook in de cognitieve pilaar stabiliteit te verwachten. Zoals Scott (1995, p. 44) aangeeft worden routines gevolgd omdat ze voor lief worden genomen als de manier waarop de dingen gaan. Een ander type gedrag dan wat men gewend is komt niet in de mensen op en daarom worden voorgaande routes gevolgd. De sociale identiteit die men zichzelf geeft speelt hierbij een belangrijke rol. Dat is onze conceptie van wie we zijn en welke handelingen voor ons logisch zijn in een bepaalde situatie (Scott, 1995, p. 44). Wat uit het empirisch onderzoek is gebleken, is dat de respondenten zichzelf vaak zien als afhankelijk van de overheid. Daarbij hebben zij de cognitieve veronderstelling dat de burgers niet voor elkaar zorgen, omdat zij dat niet kunnen of niet willen. Vaak gaan zij ervan uit dat de

overheid voor de burgers zorgt. De logische handeling voor hen is daarom om de ondersteuning van kwetsbare mensen over te laten aan de overheid, of de hulp van de overheid in te schakelen wanneer zij zelf hulp nodig hebben.

De onveranderlijkheid van sociale structuren die in de theorie van Scott (1995) naar voren komt wordt in deze bevindingen duidelijk. Dit onderzoek toont aan dat wanneer de regulatieve pilaar (de wetten en regels) wordt aangepast, dat niet betekent dat de normatieve en cognitieve pilaar mee veranderen. Een deel van de institutie, namelijk de normatieve verwachtingen en cognitieve veronderstellingen, blijft bestaan zoals het oorspronkelijk was.

5.3 Conclusies en aanbevelingen voor de praktijk

Uit dit onderzoek is gebleken dat wanneer de regulatieve pilaar wordt veranderd, dus de regels en wetten worden aangepast, de normatieve en cognitieve pilaar niet direct mee veranderen. Dat betekent dat door alleen het aanpassen van de regels en wetten niet de gehele institutie verandert. Oude verwachtingen en veronderstellingen die de mensen hebben blijven een rol spelen in de maatschappij. De cultuuromslag die nodig is om het wensbeeld van de overheid wat betreft de zelfzorg van de civil society te verwezenlijken, lijkt niet te worden gemaakt. Als de overheid zich terugtrekt van bepaalde verantwoordelijkheden kan niet worden verwacht dat die verantwoordelijkheden ook worden opgepakt door de burgers. Ten eerste is de factor tijd een obstakel voor de zorg voor elkaar onder de burgers. Vaak hebben zowel mannen als vrouwen een volledige baan en zeker in deze tijd van economische crisis, waarin de overheid mensen oproept om zo veel mogelijk te werken, zullen minder mensen tijd hebben om de zorg voor een kennis, buur of familielid op zich te nemen. Ten tweede komen de normen, waarden en verwachtingen van de burgers wat betreft zorg en ondersteuning voor een groot deel niet overeen met de nieuwe ideeën over de verzorgingsstaat. Men stelt onder andere nog steeds de overheid verantwoordelijk voor het welzijn van de burgers. Ten derde is ook de cognitieve veronderstelling nog aanwezig dat de burgers niet voor elkaar zorgen, maar dat de overheid dat doet. Dat is een vanzelfsprekendheid geworden die, wanneer men uitgaat van de institutionele theorie, niet snel verandert.

Hier is een terugkoppeling naar de doelstelling van dit onderzoek op zijn plaats. Het doel was om de grenzen te verkennen van vrijwillige inzet door de civil society. Uit bovenstaande conclusies blijkt dat er naast praktische grenzen, zoals een gebrek aan tijd, ook grenzen van

normatieve en cognitieve aard zijn. Omdat de verwachtingen en veronderstellingen rondom de ondersteuning van kwetsbare mensen hier niet goed aansluiten bij het wensbeeld van de participatiesamenleving, is de vraag hoeveel er verwacht kan worden van de civil society. Het is belangrijk dat de overheid zich ervan bewust is dat het ideaal van de participatiesamenleving niet is te bereiken door alleen het veranderen van de regels. De normatieve verwachtingen en cognitieve veronderstellingen die in de maatschappij leven spelen een grote rol in het handelen van de mensen en in dit onderzoek komt naar voren dat die niet aansluiten bij het wensbeeld van de overheid. Om richting een 'Big society' te gaan waar mensen zich verantwoordelijk voelen voor elkaar en zich actief opstellen ten behoeve van de samenleving, is er niet alleen een mentaliteitsverandering nodig, maar ook een verandering in de dieper liggende cognitieve veronderstellingen van de burgers. Naar aanleiding van dit onderzoek en de literatuur over instituties lijkt dit niet realistisch. Het is ernstig te betwijfelen of de civil society wat betreft de ondersteuning van kwetsbare mensen kan worden beschouwd als een mogelijke vervanger van de taken van de overheid.

Omdat dit onderzoek deels in opdracht van MOVISIE is uitgevoerd ten behoeve van de kennisvergroting over de mogelijkheden van buurthulp, worden er ook enkele conclusies getrokken die specifiek daarop gericht zijn. Ook voor MOVISIE is het van belang om zich bewust te zijn van de grenzen van vrijwillige inzet door de civil society, in dit specifieke geval de buurtbewoners. Er lijken in de buurt Daalhof enerzijds goede kansen te liggen voor het concept van buurthulp. Veel mensen zijn bereid om hulp te bieden en te ontvangen van buurtgenoten. Anderzijds blijkt uit de interviews dat die uitwisseling van diensten onder elkaar vooral geschikt wordt gevonden voor de kleine klusjes, waar niet te veel tijd in zit. Omdat de verwachtingen en veronderstellingen van de respondenten vaak uitgaan van de zorg door de overheid, is het niet waarschijnlijk dat de onderlinge hulp tussen buurtbewoners op dit vlak zal gaan plaatsvinden. Een interessante uitkomst van het empirisch onderzoek is dat de mate waarin de respondenten zich betrokken voelen bij de buurt niet bepaalt of zij een buurtgenoot zouden willen helpen of hulp zouden willen ontvangen een buurtgenoot. Om vast te stellen wat precies de relatie is tussen de betrokkenheid bij de buurt en de bereidheid om buurtgenoten te helpen, of hulp te ontvangen van een buurtgenoot, zal verder onderzoek gedaan moeten worden. Als die relatie er niet is kan men zich afvragen hoeveel aandacht er moet uitgaan naar het verbeteren van de sociale cohesie in

de wijk. Voor het bevorderen van laagdrempelige hulpverlening tussen buurtbewoners zou het koppelen van vraag en aanbod in dat geval meer opleveren.

5.4 Reflectie en aanbevelingen voor verder onderzoek

Dit onderzoek heeft een aantal beperkingen. De resultaten zijn slechts gebaseerd op de visie van respondenten in één wijk in Maastricht. Onderzoek naar een wijk in een andere plaats met andere kenmerken zou kunnen resulteren in andere uitkomsten. Een interessant vervolgonderzoek zou daarom zijn om deze resultaten te vergelijken met een buurt waarin er meer sprake is van een hechte gemeenschap. Een andere beperking van dit onderzoek is dat er voornamelijk mensen met een laag opleidingsniveau zijn geïnterviewd. Dit zou een scheef beeld kunnen geven van de ideeën die er in de samenleving zijn rondom de zorg- en welzijnsvoorziening. Het opleidingsniveau van de respondent zou de uitkomsten kunnen beïnvloeden. Hier zou een volgende keer rekening mee gehouden moeten worden. Tenslotte zou het interessant zijn om de verwachtingen en veronderstellingen rondom de zorg voor kwetsbare mensen op groter schaalniveau te onderzoeken. Door bijvoorbeeld een kwantitatief onderzoek naar dit onderwerp, zouden de gedachten van de burgers hierover op grotere schaal in kaart gebracht kunnen worden.

Literatuur

Adriaans, H. P. M. & Zijderveld A. P. (1981). *Vrijwillig initiatief en de verzorgingsstaat: Cultuursociologische analyse van een beleidsprobleem*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Bekkers, R. (2004). *Secularisering en veranderende motieven voor vrijwilligerswerk*. Rijksuniversiteit Groningen. Ontleend aan: <http://irs.ub.rug.nl/dbi/45bf68ab485c3>

Bouverne-De Bie, M., Verschelden, G. & Vanthuyne, T. (2007). De Vrijwilliger of zijn werk? *Vrijwillige inzet onderzocht*. 3(2), 6 – 15.

Buijs, G., Dekker, P. & Hooghe, M. (red.). (2009). *Civil Society: Tussen oud en nieuw*. Amsterdam: Aksant.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2012). *Kerncijfers wijken en buurten 2004-2011*. Ontleend op 16 juli 2012 aan:

<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=70904ned&D1=9,12-16,104-107,151,153,155-156,158&D2=14695&D3=1&HDR=T&STB=G1,G2&VW=T>

Daal, H. J. van, Plemper, E. & Winsemius, A. (2005). *Vrijwilliger en beroepskrachten: Verslag van een verkennend onderzoek naar hun relatie*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Dekker, P. (2004). De civil society als terrein en taak. *In de Marge: Tijdschrift voor levensbeschouwing en wetenschap*, 13(1), 15-21.

Esping-Andersen, G. (1999). *Social Foundations of Postindustrial Economics*. New York: Oxford University Press.

Hall, P. A. & Taylor, R. C. R. (1996). *Political science and the three new institutionalisms*. *Political Studies* 44(5), 936-957

Hoogenboom, M. (2011). Particulier initiatief en overheid in historisch perspectief. *Beleid en Maatschappij* 38(4), 388-401

Johnston, R. & Patty, C. (2011). How big is the Big Society? *Parliamentary Affairs* 64(3), 403–424

Klaveren, S. van, & Vree, F. van, (2010). *Van AWBZ naar Wmo: zoeken naar nieuwe vormen van ondersteuning*. Zoetermeer: Research voor Beleid.

Koops, H. & Kwekkeboom, M. H. (2005). *Vermaatschappelijking in de zorg: Ervaringen en verwachtingen van aanbieders en gebruikers in vijf gemeenten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Metz, J. (2008). Anatomisch model van de civil society voor de Wmo. *Sociale Interventie*, 17(3), 33-43

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (2009). *Bestuurlijke vernieuwing*. Brief aan de Tweede Kamer. 30184, nr. 27. Ontleend aan: <http://www.parlement.com/9353000/1f/j9vvhy5i95k8zxl/vi6188zc14y0>

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (2011). *Integratienota: Integratie, binding en burgerschap*. Ontleend aan: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/notas/2011/06/16/integratienota.html>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (n.d.). *Prestatievelden*. Ontleend op 16 mei 2012 aan: <http://www.invoeringwmo.nl/content/prestatievelden>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (n.d.). *Wmo in het kort*. Ontleend op 20 april 2012 aan: <http://www.invoeringwmo.nl/content/wmo-het-kort>

MOVISIE (2012). *Buurtscan Daalhof, Maastricht* (niet gepubliceerd). Utrecht: MOVISIE

Penninx, K. & Sprinkhuizen, A. (2011). *Krachtgerichte sociale zorg: Sociaal werk in de participatiesamenleving, een verkenning*. Utrecht: Movisie

Pierson, C. (2006). *Beyond the welfare state? The new political economy of welfare*. Cambridge: Polity Press.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2008). *Verkenning participatie: Arbeid, vrijwillige inzet en mantelzorg in perspectief. Werkdocument 16*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.

Roos, S & Verhue, D. (2009). *Bouwstenen van burgerschap: Een onderzoek in het kader van het Handvest voor Verantwoordelijk Burgerschap*. Amsterdam: Veldkamp.

Scott, W. R. (1995). *Institutions and organizations*. Thousand Oaks: Sage Publications

Skocpol, T. (1992). *Protecting soldiers and mothers: The political origins of social policy in the United States*. Cambridge: Harvard University Press.

Verhoeven, I. (2011). Big Society op zijn Nederlands. *Beleid en Maatschappij* 38(4), 473-474

Visser (2010). *Een zorg minder?! Een onderzoek naar de rol van zorgaanbieders na de invoering van de AWBZ-pakketmaatregel*. Utrecht: MOVISIE

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2006). *De verzorgingsstaat herwogen: Over verzorgen, verzekeren, verheffen en verbinden*. Amsterdam University Press.

Bijlage 1

Belangrijkste verwachtingen en veronderstellingen

- | Name |
|---|
| <input type="checkbox"/> Cognitieve veronderstellingen |
| <input type="checkbox"/> Bezuinigen is geen noodzaak maar een (verkeerde) beslissing overheid |
| <input type="checkbox"/> Buren bieden elkaar hulp |
| <input type="checkbox"/> De burger is afhankelijk van de overheid |
| <input type="checkbox"/> Financieel afhankelijk |
| <input type="checkbox"/> De burger is zelfredzaam |
| <input type="checkbox"/> De staat is ervoor om het welzijn van de burgers te garanderen |
| <input type="checkbox"/> Er is veel geld bij de overheid |
| <input type="checkbox"/> Kwetsbare burgers kunnen niet participeren |
| <input type="checkbox"/> Mensen hebben geen tijd voor vrijwillige inzet |
| <input type="checkbox"/> Mensen kunnen niet voor elkaar zorgen |
| <input type="checkbox"/> Mensen willen niet voor elkaar zorgen |
| <input type="checkbox"/> Niet iedereen is geschikt voor vrijwillige inzet wat betreft karakter |
| <input type="checkbox"/> Vrijwillige hulp is moeilijk om te krijgen |
| <input type="checkbox"/> Mensen helpen je niet voor niets |
| <input type="checkbox"/> Zorg en ondersteuning wordt geleverd door de overheid |
| <input type="checkbox"/> Zorg wordt geleverd door professionals |
| <input type="checkbox"/> Zorg wordt geleverd door zowel professionals als vrijwilligers |
| <input type="checkbox"/> Normatieve verwachtingen |
| <input type="checkbox"/> Burger is voor zichzelf verantwoordelijk |
| <input type="checkbox"/> Burgers en overheid horen samen voor elkaar te zorgen |
| <input type="checkbox"/> Burgers horen voor zichzelf en voor elkaar te zorgen |
| <input type="checkbox"/> De overheid moet voor de burgers zorgen, want wij betalen ervoor |
| <input type="checkbox"/> De staat hoort voor de burgers te zorgen |
| <input type="checkbox"/> Eigen vrije tijd is ook belangrijk |
| <input type="checkbox"/> Iedereen die werkt moet betaald krijgen |
| <input type="checkbox"/> Mensen met beperkingen participeren eigen keuze |
| <input type="checkbox"/> Mensen met beperkingen zoveel mogelijk participeren |
| <input type="checkbox"/> Mensen met uitkering horen zich vrijwillig in te zetten |
| <input type="checkbox"/> Onderlinge hulp mooi meegenomen, maar geen verantwoordelijkheid |
| <input type="checkbox"/> Overheid inschakelen als het echt niet anders kan |
| <input type="checkbox"/> Overheid is verantwoordelijk voor mensen die het niet zelf kunnen |
| <input type="checkbox"/> Overheid niet als laatste redmiddel |
| <input type="checkbox"/> Professional of vrijwilliger |
| <input type="checkbox"/> Opleiding en kennis is belangrijk, professional of vrijwilliger maakt niet uit |
| <input type="checkbox"/> Verzorging hoort te worden geboden door professionals |
| <input type="checkbox"/> Vrijwillige inzet kan professionele inzet deels vervangen |
| <input type="checkbox"/> Slechts een deel van de mensen moet zich vrijwillig inzetten |
| <input type="checkbox"/> Vrijwillig inzetten voor ander of samenleving is belangrijk |
| <input type="checkbox"/> Vrijwillig inzetten voor een ander moet een vrije keuze zijn |
| <input type="checkbox"/> Vrijwillige inzet is alleen geschikt voor kleine dingen |
| <input type="checkbox"/> Vrijwilligers moeten beloond worden |
| <input type="checkbox"/> Zorg is een recht, daar moet je gebruik van kunnen maken |

Overig

Name
<input type="radio"/> Angst om iets fout te doen
<input type="radio"/> Burger participeert
<input type="radio"/> De taak van de overheid
<input type="radio"/> Overheid moet voor gelijkheid zorgen
<input type="radio"/> Overheid moet vrijheid mogelijk maken
<input type="radio"/> Verantw. overheid Normaal dagelijks leven deelnemen
<input type="radio"/> Verantw. overheid zo optimaal mogelijk kunnen leven
<input type="radio"/> Doet aan vrijwillige inzet
<input type="radio"/> Doet niet aan vrijwillige inzet
<input type="radio"/> Eerst eigen omgeving, lange termijn overheid
<input type="radio"/> Familie gaat voor buurtgenoten
<input type="radio"/> Geen misbruik maken van steun overheid
<input type="radio"/> Grens vrijwilliger - professional
<input type="radio"/> Hoe goed je iemand kent belangrijk voor grens vrijwillige inzet
<input type="radio"/> Kwetsbare burger participeert
<input type="radio"/> Kwetsbare burger participeert niet
<input type="radio"/> Maatschappelijke samenhang
<input type="radio"/> Alleen betrokken bij burens
<input type="radio"/> Betrokken bij de buurt
<input type="radio"/> Gedeeltelijk betrokken bij buurt
<input type="radio"/> Hulp bieden of accenpteren van overige buurtgenoten
<input type="radio"/> Hulp bieden of accepteren van burens
<input type="radio"/> Niet betrokken bij de buurt
<input type="radio"/> Niet hulp bieden aan vreemden
<input type="radio"/> Niet hulp bieden of accepteren van buur
<input type="radio"/> Niet hulp bieden of accepteren van buurtgenoot
<input type="radio"/> Ontvangt hulp van professionals
<input type="radio"/> Ontvangt hulp van vrijwilligers
<input type="radio"/> Verantwoordelijkheid niet bij de burger, maar bij de overheid
<input type="radio"/> Verontwaardiging tov bezuinigingen
<input type="radio"/> Vraagverlegenheid

Bijlage 2

Vragenlijst A (buurtbewoners)

Korte introductie onderzoek

Man/vrouw

Leeftijd:

Land van herkomst:

Opleidingsniveau:

Woonsituatie:

Gehuwd/ongehuwd

Gezinssamenstelling:

Onderwerp 1

De volgende vragen gaan over zorg en welzijn. Met zorg wordt bedoeld: de zorg voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid. Met welzijn wordt bedoeld: dat mensen zich kunnen redden in het dagelijks leven en mee kunnen doen in de maatschappij.

Er komen nu twee stellingen, daarvan wil ik graag weten wat u ervan vindt.

Zorg van de overheid is een recht waar men altijd gebruik van moet kunnen maken.

Zorg van de overheid is een laatste redmiddel, er moet eerst in de eigen omgeving naar hulp gezocht worden.

Onderwerp 2

Wie is er volgens u verantwoordelijk voor de zorg en het welzijn van de mensen?

Wat vindt u van de volgende stelling: 'De staat hoort het welzijn van de burgers te garanderen'

- Wat verwacht u zoal dat er door de staat wordt geregeld qua zorg en welzijn?

Wat vindt u van de volgende stelling: 'Mensen horen voor zichzelf en voor elkaar te zorgen en niet te leunen op de overheid'

Onderwerp 3

De volgende vraag gaat over de taak van professionals en vrijwilligers. Met professional wordt bedoeld iemand die betaald krijgt voor het werk en gespecialiseerde kennis heeft over het vak (door opleiding). Met vrijwilliger wordt bedoeld iemand die niet betaald krijgt voor het werk en in eerste instantie geen persoonlijke band heeft met degene die wordt geholpen.

Vindt u dat zorg en ondersteuning van bijvoorbeeld iemand met een lichamelijke beperking een taak is voor professionals, of een taak die ook door vrijwilligers kan worden gedaan?

- Kunt u dat uitleggen?

In het specifieke geval hier in Daalhof: er zijn een aantal mensen met een lichamelijke beperking. Vindt u dat zij verzorgd en ondersteund moeten worden door professionals of zouden ook mensen uit de buurt die taken op zich kunnen nemen?

Onderwerp 4

Vindt u het belangrijk dat mensen zich vrijwillig inzetten voor een ander of voor de samenleving?

- Waarom/waarom niet?
- Op wat voor manier?

Doet u zelf op een bepaalde manier aan vrijwillige inzet?

- Waarom/waarom niet?

Een korte uitleg: In de Wmo staat geschreven dat iedereen, dus ook mensen met een beperking, zo veel mogelijk moet participeren in het maatschappelijk leven. Met die participatie wordt bedoeld dat men meedoet in de maatschappij door bijvoorbeeld te werken, vrijwilligerswerk te doen of lid te zijn van verenigingen.

Wat vindt u daarvan?

Onderwerp 5

Stel, u heeft uw been gebroken en u kunt zich niet meer verplaatsen in of buiten het huis.

Overdag bent u altijd alleen thuis en nu heeft u hulp nodig voor de dagelijkse handelingen en het huishouden (en het verzorgen van de kinderen). Zou u dan in uw eigen sociale omgeving naar hulp zoeken, of zou u een beroep doen op de overheid, door bijvoorbeeld een thuiszorgmedewerker aan te vragen?

- Waarom?
- Wat zou u doen als het herstel langer gaat duren, bijvoorbeeld een of twee jaar?

Onderwerp 6

Voelt u zich betrokken bij de buurt waarin u woont?

Zou u een buurman of buurvrouw helpen als zij bepaalde ondersteuning nodig hebben?

- Is er een grens in hoe ver u zou willen gaan bij die ondersteuning?

Zou u een minder bekende buurtgenoot helpen bij deze ondersteuning?

- Is hier een grens in hoe ver u zou willen gaan bij die ondersteuning?

Liggen deze kwesties anders wanneer het gaat om familie of goede vrienden?

Onderwerp 7

In het specifieke geval van Daalhof: Er zijn mensen met een lichamelijke beperking en die hebben ondersteuning nodig.

Zou u die ondersteuning bieden?

- Waarom/waarom niet?

Vragenlijst B (mensen met een lichamelijke beperking)

Korte introductie onderzoek

Man/vrouw

Leeftijd:

Land van herkomst:

Opleidingsniveau:

Gehuwd/ongehuwd

Gezinssamenstelling:

Wat is uw lichamelijke beperking?

Wat voor ondersteuning heeft u zoal nodig in het dagelijks leven?

Onderwerp 1

De volgende vragen gaan over zorg en welzijn. Met zorg wordt bedoeld: de zorg voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid. Met welzijn wordt bedoeld: dat mensen zich kunnen redden in het dagelijks leven en mee kunnen doen in de maatschappij.

Er komen nu twee stellingen, daarvan wil ik graag weten wat u ervan vindt.

Zorg van de overheid is een recht waar men altijd gebruik van moet kunnen maken.

Zorg van de overheid is een laatste redmiddel, er moet eerst in de eigen omgeving naar hulp gezocht worden.

Onderwerp 2

Wie is er volgens u verantwoordelijk voor de zorg en het welzijn van de mensen?

Wat vindt u van de volgende stelling: ‘De staat hoort het welzijn van de burgers te garanderen’
- Wat verwacht u zoal dat er door de staat wordt geregeld qua zorg en welzijn?

Wat vindt u van de volgende stelling: ‘Mensen horen voor zichzelf en voor elkaar te zorgen en niet te leunen op de overheid’

Onderwerp 3

De volgende vraag gaat over de taak van professionals en vrijwilligers. Met professional wordt bedoeld iemand die betaald krijgt voor het werk en gespecialiseerde kennis heeft over het vak (door opleiding). Met vrijwilliger wordt bedoeld iemand die niet betaald krijgt voor het werk en in eerste instantie geen persoonlijke band heeft met degene die wordt geholpen.

Als het gaat om de zorg en ondersteuning die u nodig heeft, is het voor u vanzelfsprekend dat een professional die taken uitvoert?

Is het ook vanzelfsprekend dat sommige taken door een vrijwilliger worden gedaan?

Deze vraag gaat meer over wat u hiervan vindt:

Vindt u dat die taken door professionals gedaan zouden moeten worden of zijn vrijwilligers ook geschikt om bepaalde taken te doen?

Maakt het een verschil of de vrijwilliger is opgeleid voor het vak?

Onderwerp 4

Vindt u het belangrijk dat mensen zich vrijwillig inzetten voor een ander of voor de samenleving?

- Waarom, waarom niet?
- Op wat voor manier?

Doet u zelf op een bepaalde manier aan vrijwillige inzet?

- Waarom/waarom niet?

Een korte uitleg: In de Wmo staat geschreven dat iedereen, dus ook mensen met een beperking, zo veel mogelijk moet participeren in het maatschappelijk leven. Met die participatie wordt bedoeld dat men meedoet in de maatschappij door bijvoorbeeld te werken, vrijwilligerswerk te doen of lid te zijn van verenigingen.

Wat vindt u daarvan?

Doet u zelf aan dit soort activiteiten?

Ervaart u obstakels om mee te doen aan deze activiteiten?

Onderwerp 5

De volgende vragen gaan over zelfredzaamheid. Daarmee wordt bedoeld dat u zich kan redden met de dagelijkse handelingen en ook activiteiten buitenshuis kunt doen.

In hoeverre heeft u het idee dat u zelfredzaam bent?

In hoeverre bent u hierin afhankelijk van de overheid en de steun van professionals?

In hoeverre kunt u zich redden zonder de overheid, met steun uit uw eigen sociale omgeving en van vrijwilligers?

Wie ziet u als eerste bron van hulpverlening die u raadpleegt?

Onderwerp 6

Voelt u zich betrokken bij de buurt waarin u woont?

Wanneer u ondersteuning nodig heeft, zou u dan hulp willen krijgen van iemand uit de buurt?

- Zo ja, speelt daarbij een rol hoe goed u diegene kent?
- Zo nee, wat houdt u daarin tegen?