

ZORGCOÖPERATIES, DUURZAME BURGERINITIATIEVEN?

Een kwalitatief onderzoek naar de continuïteit van zorgcoöperaties

Lianne Veening (5621348)

Onder begeleiding van: dr. R. J. T. van Rijsselt

Universiteit Utrecht, 1 juli 2016

Samenvatting

In dit kwalitatieve onderzoek wordt getracht inzicht te verkrijgen in de factoren die de continuïteit van zorgcoöperaties bepalen. Het theoretisch kader geeft een beeld van de factoren die burgerparticipatie in burgerinitiatieven beïnvloeden volgens het *civic voluntarism model* en de organisatorische voorwaarden voor het goed functioneren van een coöperatie. Deze theorieën zijn ingebed in algemene theorieën als sociaal kapitaal en de typen burgerinitiatieven en zorgcoöperaties. In het empirische onderzoek wordt nagegaan of de theoretische factoren inderdaad bepalend zijn in de duurzaamheid van zorgcoöperaties, maar ook welke rol er ligt voor omliggende actoren. De onderzoeksvraag luidt: “*Wat bepaalt de continuïteit van zorgcoöperaties en welke actoren spelen hierbij een rol?*”.

Om deze vraag te beantwoorden zijn er semi-structureerde interviews afgenomen bij oprichters van en deelnemers binnen drie verschillende zorgcoöperaties. In totaal zijn er negentien respondenten geïnterviewd. De belangrijkste bevindingen zijn:

1) burgerparticipatie bepaalt een deel van de continuïteit binnen zorgcoöperaties en deze wordt voornamelijk bevorderd door de motieven van mensen hiertoe. Wanneer burgers belemmering ervaren om actief deel te nemen binnen een zorgcoöperatie, komt dit vanuit een gebrek aan capaciteit of dat ze niet gevraagd zijn. 2) organisatorische voorwaarden als open, heldere communicatie, inspraak van leden, leiderschap en het hebben van een gemeenschappelijk doel en visie zijn belangrijk voor de continuïteit van zorgcoöperaties. 3) samenwerking met en doorverwijzing naar omliggende actoren is van waarde, omdat zo overbelasting van leden wordt voorkomen en de juiste zorg en hulp van de burger kan worden gegarandeerd, ook wanneer deze zorg complex is en ontoereikend voor de zorgcoöperatie.

Inleiding

Achtergrond en context

Zorgcoöperaties in Nederland zijn de laatste jaren als paddenstoelen uit de grond geschoten. De laatst gepubliceerde cijfers liegen er niet om: in 2015 waren er al minstens 130 zorgcoöperaties actief (Skipr, 2015). Met de explosieve groei die hierin nog steeds gaande is zal dit aantal de komende jaren blijven stijgen en een grotere rol gaan spelen in de zorgvoorziening (Vilans.nl, 2015). Tegelijkertijd is er onzekerheid over de continuïteit binnen deze vele zorgcoöperaties (Winsemius, Boumans, Swinkels, Schoorl, Goor, & Luijkx, 2015). Het is daarom interessant om dit fenomeen eens goed onder de loep te nemen.

Nederland bevindt zich in de transitie van verzorgingsstaat naar participatiemaatschappij (Wijdeven, Graaf & Hendriks, 2013). Dit betekent dat er een steeds groter beroep wordt gedaan op de zelfredzaamheid en verantwoordelijkheid van de burger en dat de rol van de overheid als zorgvoorzieners steeds kleiner wordt. Passieve burgers die via publieke

voorzieningen werden ‘verzorgd’ door de overheid, veranderen in actieve burgers die verantwoordelijkheid hebben over hun eigen leven en dat van hun medeburgers (Tonkens, 2006). De Nederlandse overheid streeft hiermee naar een ‘doe-democratie’ (Wijdeven et al., 2013), waarin actieve burgers een bijdrage leveren aan de samenleving. Dit beoogde doel wordt in de praktijk steeds meer zichtbaar, door een groter wordende rol van burgerinitiatieven in zorg en welzijn. Sinds 2012 is een duidelijke opkomst van zorgcoöperaties zichtbaar (Beltman, Sok, Lucassen & Royers, 2012).

Zorgcoöperaties zijn burgerinitiatieven waar mensen lid van kunnen worden en vervolgens diensten en advies, gericht op zorg en welzijn, kunnen uitwisselen (Boumans, Swinkels, Goor & Luijkx, 2015). Zij ontstaan vanuit initiatiefnemers die een project lanceren welke gericht is op het voorzien in informele zorg en hulp aan burgers (Bokhorst, 2015). Deze initiatiefnemers zijn in de meeste gevallen burgers, maar ook steeds vaker richten sociaal ondernemers nieuwe zorgcoöperaties op (Beest, 2014). Dit artikel richt zich specifiek op de zorgcoöperaties die opgericht zijn door burgers en waar informele zorg en hulp wordt geboden.

Het idee achter zorgcoöperaties is niet nieuw, Nederland heeft een rijke traditie aan burgerinitiatieven en vrijwilligerswerk (Dekker, Hart & Faulk, 2007; Houwelingen, Hart & Dekker, 2011). Is dit dan geen oude wijn in nieuwe zakken? Wel in de positieve zin dat de kracht van de lokale gemeenschap weer meer benut gaat worden. Maar zeker niet wanneer gekeken wordt naar de sterk veranderde Nederlandse context en het actuele wereldbeeld waarin diversiteit en decentralisatie centraal staan. Op veel verschillende manieren worden zorgcoöperaties vormgegeven en het is niet direct helder welke manier nu het meest duurzaam is met oog op de toekomst.

Probleemstelling

Wanneer gekeken wordt naar de toekomst, blijkt een aantal onduidelijkheden en spanningen te heersen betreffende de zorgcoöperaties. Zo ervaren verscheidene bestaande zorgcoöperaties dat zij vooral opgezet en gedreven worden door de kracht en energie van hoogopgeleide, actieve, mondige burgers en voelen zij zich onzeker over hun voortbestaan (Witter, z.d.). Initiatiefnemers van zorgcoöperaties maken zich zorgen over de continuïteit van hun burgerinitiatief en de daarbij horende betrokkenheid van de leden (Winsemius et al., 2015). Uit onderzoek van Winsemius et al. (2015) blijkt dat deze initiatiefnemers van mening zijn dat het in gang houden van een zorgcoöperatie een andere benadering vereist dan het opzetten ervan. Hoe deze benadering eruit moet zien, is voor hen nog onduidelijk. Daarbij lopen zorgcoöperaties het gevaar om werkpaard van de participatiesamenleving te worden (Bokhorst, 2015). Wanneer hun ontstaan alleen gebaseerd is op kostenbesparing vanuit gemeenten, lijken zij minder kansrijk en duurzaam. Maar ook lijkt de reden waarom zorgcoöperaties worden opgericht, nood aan zorg en hulp, niet voldoende te zijn om deze gaande te houden (Gijssels, 2013).

Gezien het toekomstbeeld, dat grotendeels gekleurd wordt door actieve burgers in een participatiesamenleving, zijn burgerinitiatieven in de vorm van zorgcoöperaties essentiële onderdelen die een (mogelijk steeds grotere) rol zullen blijven spelen binnen zorg en welzijn in Nederland. Deze potentie van zorgcoöperaties laat zien dat er een zekere urgentie is om meer kennis te verkrijgen op dit gebied. Ondanks de recente ontwikkeling van zorgcoöperaties in een toenemende participatiemaatschappij, is er nog weinig wetenschappelijke kennis over hoe zorgcoöperaties op een duurzame manier kunnen functioneren (Wijdeven et al., 2013; Beest, 2014; Boumans et al., 2015; Schoorl & Winsemius, 2015; Steyaert & Kwekkeboom, 2012). Een aantal theorieën is op dit moment bekend,

die meer inzicht geven in bijvoorbeeld de verschillende typen burgerinitiatieven (Hurenkamp et al, 2006), de typen zorgcoöperaties (Gijssels et al., 2011) en factoren die een rol spelen in de participatie van burgers in burgerinitiatieven (Verba et al., 1995, in Wijdeven et al., 2013), maar deze zeggen niets over hoe zorgcoöperaties op een continue manier kunnen functioneren (Wijdeven et al., Boumans et al., 2015; Schoorl & Winsemius, 2015) . Dit gebrek aan kennis werpt een barrière op in de verdere ontwikkeling en het duurzaam maken van zorgcoöperaties. Immers, zonder kennis is bijsturing en aanpassing lastig. Dit onderzoek draagt bij aan vermeerdering van kennis op dit gebied, waardoor zorgcoöperaties op een zodanige manier kunnen worden vormgegeven zodat hun rol gewaarborgd kan blijven in de nabije toekomst in de participatiesamenleving.

Theoretisch kader

In dit theoretisch kader worden bestaande onderzoeken bekeken die meer inzicht geven in het ontstaan en functioneren van zorgcoöperaties. Zo zullen motieven om een burgerinitiatief te starten (Denters et al, 2013, in Boumans et al., 2015) besproken worden, evenals de typen burgerinitiatieven van Hurenkamp, Tonkens en Duyvendak (2006), de typen zorgcoöperaties van Gijssels, Coates en Deneffe (2011) en het *civic voluntarism model* van Verba, Schlozman en Brady (1995). De theorieën van Bourdieu (Bourdieu, 1985; Engbersen, 2003; Portes, 1998; Putnam, 2001) over sociaal kapitaal en Granovetter (1981; 1973) over het verschil tussen sterke en zwakke banden, vormen de basis van waaruit de theorieën over burgerinitiatieven en zorgcoöperaties worden beschreven. Ook zullen definities worden gegeven van begrippen die in dit onderzoek een belangrijke rol spelen en worden de verschillende theorieën gekoppeld aan de te onderzoeken problematiek van dit onderzoek.

Eerst zal het begrip *zorgcoöperatie* nader worden gedefinieerd. In dit onderzoek wordt deze term gebruikt zoals die gedefinieerd is door Boumans et al.

(2015). Zij zeggen hierover “Zorgcoöperaties zijn burgerinitiatieven waar mensen lid van kunnen worden” (Boumans et al., 2015, p. 39). “Drie kenmerken van een burgerinitiatief zijn dat burgers zelf initiatief nemen, andere burgers daarbij betrekken en een visie hebben op wat ze willen bereiken” (Boumans et al., 2015, p. 27). “Hierdoor hebben zorgontvangers en zorgverleners in principe dezelfde positie” (Boumans et al., 2015, p. 39). Binnen een zorgcoöperatie wordt benodigde ondersteuning op het gebied van zorg en welzijn voor burgers, zelf georganiseerd en verleend door burgers (Boumans et al., 2015). Beest (2014) vult aan dat een zorgcoöperatie via sociale netwerken burgers onderling in contact kan brengen, om zo een zorgvraag te vervullen of een probleem op te lossen.

Sterke en zwakke banden binnen het sociaal kapitaal

“Voor individuen zijn netwerken cruciaal bij het mobiliseren van hulpbronnen waarover zij zelf niet direct kunnen beschikken” (Fennema, Tillie, Heelsum, Berger & Wolff, 2000, p. 14). Deze hulpbronnen mobiliserende netwerken, worden het sociaal kapitaal van een persoon genoemd. Hieronder vallen bijvoorbeeld familieleden en vrienden, maar ook collega’s, kennissen en wijkgenoten. Door hun vaardigheden, kennis en eigen netwerk kunnen zij vormen van hulp organiseren voor een persoon. Ook voor het organiseren en mobiliseren van leden voor een gemeenschappelijk doel, is het sociaal kapitaal van groot belang (Fennema et al., 2000). De term sociaal kapitaal werd als eerst geïntroduceerd door de Franse socioloog Bourdieu (Portes, 1998). Hij definieert sociaal kapitaal als “het geheel van bestaande of potentiële hulpbronnen die gekoppeld zijn aan het bezit van een duurzaam netwerk bestaande uit meer of minder geïnstitutionaliseerde relaties van onderlinge bekendheid en erkentelijkheid” (Bourdieu, 1985: 248). Portes specificiert het begrip sociaal kapitaal als het vermogen van individuen om middelen te mobiliseren uit de netwerken waarvan zij deel uitmaken (Portes, 1998, in Engbersen, 2003). Putnam

maakt een onderscheid in *bonding* en *bridging social capital*. Hij stelt dat wanneer mensen echt vooruit geholpen willen worden door hun sociaal kapitaal, er bruggen geslagen moeten worden naar mensen buiten de sociale groep (de *weak ties*) (Putnam, 2001). Deze netwerken buiten de eigen groep, verschillend in identiteit en voorkeuren, wordt het *bridging social capital* genoemd (Poortinga, 2012). Ten opzichte van het *bonding capital*, de netwerken van mensen die dezelfde eigenschappen bezitten en binnen de homogene eigen groep vallen, heeft *bridging capital* een groter bereik en kunnen hierdoor meer verschillende hulpbronnen gemobiliseerd worden (Poortinga, 2012).

Bonding en *bridging capital* hebben betrekking op de twee verschillende soorten banden die een persoon binnen zijn omgeving heeft. Binnen het sociaal kapitaal van een persoon zijn sterke en zwakke banden te onderscheiden (Granovetter, 1981; 1973). De sterkte van een band wordt bepaald door een combinatie van hoeveelheid tijd, emotionele intensiteit, intimiteit en wederzijdse diensten (Granovetter, 1973). Sterke banden (*strong ties*) worden gekenmerkt door een hoge mate van onderling contact, emotionele intensiteit, intimiteit en uitwisseling van wederzijdse diensten. Vrienden en familie zijn een voorbeeld van sterke banden (Granovetter, 1981). Zwakke banden (*weak ties*) geven toegang tot informatie en bronnen buiten de directe sociale omgeving (Granovetter, 1981). Dit zijn bijvoorbeeld burens of verenigingsleden. *Bonding capital* geeft toegang tot de *strong ties*, *bridging capital* tot de *weak ties*.

Het belang van sterke banden mag dan duidelijk zijn, deze wordt buiten beschouwing gelaten in dit onderzoek. Zwakke banden blijken een belangrijke functie te vervullen in het participeren van burgers in de samenleving (Granovetter, 1981). Zij gaan niet uit van wederkerigheid en onderlinge afhankelijkheid, maar van altruïsme (Coleman, 1988). Altruïsme, het helpen zonder eigenbelang, is een belangrijk kenmerk van de actieve burger in de doe-democratie, zoals Wijdeven et

al. (2013) deze typeren. Burgerinitiatieven in de doe-democratie moedigen het inzetten van de kracht van zwakke netwerken aan.

Burgerinitiatieven en zorgcoöperaties

Een doe-democratie wordt gekenmerkt door actieve burgers die door middel van burgerinitiatieven zelfredzaam en verantwoordelijk zijn (Wijdeven et al., 2013). Er zijn meerder motieven om een dergelijk burgerinitiatief te starten. Denters, Tonkens, Verhoeven en Bakker (2013) onderscheiden doelgerichte motieven en sociale motieven. Wanneer een burgerinitiatief wordt opgezet vanuit een doelgericht motief, organiseren initiatiefnemers activiteiten rondom een concreet doel. Sociale motieven komen meer voort uit gevoelens van saamhorigheid en altruïsme. Burgers vinden het belangrijk en/of leuk om iets voor elkaar te betekenen, het maakt niet direct uit waarin. Op basis van hun eerdere onderzoeken, constateren Denters et al. (2013) dat veel burgerinitiatieven zowel uit sociale als doelgerichte motieven ontstaan.

Binnen burgerinitiatieven zijn meerdere typen te onderscheiden. Hurenkamp, Tonkens en Duyvendak (2006) ontwierpen een typologie waarin vier typen centraal staan: *lichte initiatieven*, *netwerkende initiatieven*, *coöperatieve initiatieven* en *federatieve initiatieven*. *Lichte initiatieven* worden gekenmerkt door weinig contact, zowel onderling tussen leden als met de buitenwereld. *Netwerkende initiatieven* vinden hun kracht juist in de samenwerking met de buitenwereld, maar hebben weinig onderling contact binnen het initiatief. In *coöperatieve initiatieven* is het onderling contact tussen de leden intensief, maar het contact met de buitenwereld laag. *Federatieve initiatieven* hebben een hoge mate van onderling contact zowel binnen het initiatief als daarbuiten (Hurenkamp, Tonkens & Duyvendak, 2006). In veel zorgcoöperaties is een coöperatief initiatief te ontdekken, juist omdat zij meestal gericht zijn op een bepaalde groep of wijk en hiermee doelgericht en/of plaatsgebonden zijn (Wijdeven et al., 2013).

Coöperatieve initiatieven zijn vaak lokale, kleinere initiatieven met weinig leden, waar *bonding capital* groter is dan *bridging capital* (Hurenkamp et al., 2006). Echter federatieve initiatieven, met zowel *bonding capital* als *bridging capital*, lijken de grootste potentie te hebben om sociaal kapitaal te kunnen opbouwen (Putnam, 2001). Wanneer de continuïteit van een zorgcoöperatie onderzocht wordt, is het van belang om het onderliggende type burgerinitiatief erin te onderscheiden en hier de kracht of zwakte van te ontdekken.

Ook binnen zorgcoöperaties zijn vier verschillende typen te onderscheiden. Deze worden door Gijselinckx et al. (2011) gedefinieerd als: *consumentencoöperaties*, *werknemerscoöperaties*, *producentencoöperaties* en *multistakeholdercoöperaties*. *Consumentencoöperaties* worden opgericht door zorgbehoevenden of hun verwanten, wanneer er een tekort in het zorgaanbod wordt ervaren of een ander zorgconcept wordt gewenst. Bij *werknemerscoöperaties* zijn de initiatiefnemers werknemers die trachten een zorgaanbod te realiseren, waarbij participatieve arbeid voor henzelf gecreëerd wordt. *Producentencoöperaties* worden gekenmerkt door een samenwerking van zorgaanbieders, eventueel ook met aanbieders van andere diensten. Tot slot zijn de leden van *Multi-stakeholdercoöperaties* van verschillende aard en hebben zij diverse belangen. Zorgbehoevenden, werknemers en zorgaanbieders hebben hun plaats in dit type zorgcoöperatie en het is eveneens mogelijk dat andere lokale actoren financieel of in natura investeren in de coöperatie (Gijselinckx et al., 2011). Het type zorgcoöperatie kan onderliggende doelen en motieven zichtbaar maken.

Burgerparticipatie en continuïteit

Wanneer er nagedacht wordt over actief burgerschap en participatie, is het *civic voluntarism model* van Verba et al. (1995) een veelgebruikt kader. Dit is een algemeen model, dat een verklaring geeft over waarom de ene burger wel

participeert in en de ander niet. Hierin wordt gesteld dat er drie factoren een rol spelen in het participeren van burgers: *capaciteit*, *motivatie* en *invitatie*. Bij *capaciteit* gaat het om ‘kunnen’ en speelt sociaal-economische status een rol. Bij *motivatie*, ‘willen’, zijn sociale doelstellingen een drijfveer om actief te worden of, wanneer een burger zich niet kan conformeren aan deze doelstellingen, juist niet te participeren (Verba et al., 1995). *Invitatie* is de derde belangrijke factor, wat het ‘gevraagd worden’ centraal zet. Burgers vinden het prettig en hebben het vaak zelfs nodig om gevraagd te worden voor een specifieke actie, doel of initiatief. Bij deze derde factor is het netwerk van een burger, het sociaal kapitaal, bepalend, omdat hier de vraag vandaan moet komen (Verba et al., 1995).

De drie factoren *capaciteit*, *motivatie* en *invitatie* uit het civic voluntarisme model (Verba et al., 1995) zijn van invloed op de mate van participatie van burgers, ook in zorgcoöperaties. Gezien actief burgerschap een belangrijke voorwaarde is voor het bereiken van een doe-democratie, waarin burgers elkaar onderling zorg en ondersteuning bieden, vormt participatie van burgers in een zorgcoöperatie een belangrijk onderdeel in de continuïteit ervan (Wijdeven et al., 2013). Met *continuïteit* wordt de duurzaamheid bedoeld: de mate waarin een zorgcoöperatie succesvol functioneert en de houdbaarheid hiervan voor in de toekomst (Boumans et al., 2015).

Voorwaarden en omstandigheden voor continuïteit

Naast participatie door leden van zorgcoöperaties, kunnen ook omstandigheden een rol spelen in het functioneren van deze zorgcoöperatie. Hoe deze omstandigheden en bijhorende gestelde voorwaarden de continuïteit kunnen bepalen, is nog niet helder. Wel is onderzoek gedaan naar organisatorische factoren die een bepalende rol spelen voor vrijwilligersorganisaties. Zo onderscheiden Knoke en Prensky (1984) drie belangrijke organisatorische factoren: *interne structuur*, *leiderschap* en *effectiviteit en visie*. Met *interne*

structuur wordt de manier van organisatorische vormgeving bedoeld (Knoke & Prensky, 1984). Omdat in coöperaties sprake is van principes als solidariteit, gelijkheid en democratie, hebben deze vaak een horizontale organisatiestructuur, waarin open communicatie een belangrijk element is (Butterfoss, Goodman & Wandersman, 1996). *Leiderschap* is een tweede belangrijke factor, waardoor richting wordt gegeven aan een organisatie, maar ook gemeenschappelijke doelen worden opgesteld en bereikt (Knoke & Prensky, 1984; Boshuis, 2013). Ten slotte zijn *visievorming en effectiviteit* een belangrijke factor voor het functioneren van een vrijwilligersorganisatie. Visievorming is belangrijk voor een zekere vorm van coalitievorming, het samenbrengen van mensen rondom eenzelfde doel (Knoke & Prensky, 1984). Het formeren van een breed gemeenschappelijk doel, kan ervoor zorgen dat individuele belangen opzij gezet worden voor een gemeenschappelijk belang. Belangrijk is ook het evalueren van de gerealiseerde acties vanuit het gemeenschappelijke doel. Hebben deze voldoende voordelen opgeleverd voor de organisatie of de doelgroep, ofwel: zijn ze effectief genoeg?

Omdat de leden van een zorgcoöperatie ook veelal op vrijwillige basis hulp en/of activiteiten aanbieden, en daarbij samen een groep vormen die zich voor langere tijd wil binden en inzetten, kan de theorie van Knoke en Prensky (1984) hierop toegepast worden.

Conclusie

In deze theoretische verkenning zijn de theorieën over sociaal kapitaal (Bourdieu, 1985; Engbersen, 2003; Portes, 1998), over sterke en zwakke banden (Granovetter, 1981; 1973) besproken als basis waarop theorieën over burgerinitiatieven en zorgcoöperaties zijn gebaseerd. Verschillende typen burgerinitiatieven (Hurenkamp et al., 2006) en zorgcoöperaties (Gijselinckx et al., 2011) zijn inzichtelijk gemaakt, evenals de theorie van Denters et al (2013, in Boumans et al., 2015) over motieven om een burgerinitiatief te starten. Dit onderzoek richt zich op

continuïteit van zorgcoöperaties en hierbij zijn deze theorieën ondersteunend bij het zoeken naar zowel onderliggende doelen en motieven als sterke en zwakke punten van verschillende zorgcoöperaties. In dit onderzoek zullen de drie factoren capaciteit, motivatie en invitatie uit het *civic voluntarism model* (Verba et al., 1995) en de drie factoren interne structuur, leiderschap en visievorming & effectiviteit (Knoke & Prensky, 1984) worden meegenomen in het zoeken naar wat continuïteit van een zorgcoöperatie kan bepalen.

Vraagstelling

Vanuit de probleemstelling en de theoretische verkenning zijn de volgende onderzoeksvraagstellingen geformuleerd.

Hoofdvraag:

Wat bepaalt de continuïteit van zorgcoöperaties en welke actoren spelen hierbij een rol?

Toelichting hoofdvraag:

Zoals in het theoretisch kader is weergegeven, wordt met ‘continuïteit’ ‘duurzaamheid’ bedoeld: de mate waarin een zorgcoöperatie succesvol is en de houdbaarheid hiervan voor in de toekomst (Boumans et al., 2015). Wanneer er gezocht wordt naar de factoren die deze continuïteit bepalen, wordt er gekeken naar welke elementen, condities en voorwaarden belangrijk worden geacht voor een succesvol, duurzaam functioneren van de zorgcoöperatie. Dit wordt onderzocht vanuit het perspectief van de ervaringsdeskundigen: initiatiefnemers en participerende burgers in een zorgcoöperatie.

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden zal er empirisch onderzoek worden verricht, waarbij de volgende deelvragen van kracht zijn:

Empirische deelvragen:

1. Welke factoren bevorderen burgers om te (blijven) participeren binnen een zorgcoöperatie?
2. Welke factoren belemmeren burgers om te (blijven) participeren binnen een zorgcoöperatie?
3. Welke condities en voorwaarden achten participerende burgers in een zorgcoöperatie als noodzakelijk voor continuïteit van een zorgcoöperatie?
4. Welke actoren moeten, volgens participerende burgers in een zorgcoöperatie, een rol spelen in de samenwerking met zorgcoöperaties en hoe ziet deze rol eruit?

Methodologische verantwoording

De methodologische verantwoording geeft inzicht in de kwalitatieve onderzoeksmethode die in dit onderzoek gebruikt is. De verschillende onderdelen hierin zullen worden uiteengezet.

Onderzoeksdesign

De keuze voor kwalitatief onderzoek is grotendeels gefundeerd op de aard van de hoofdvraag, welke explorierend is. Wanneer een onderzoek een exploratief karakter heeft, is kwalitatief onderzoek geschikt vanwege haar flexibele benadering (Boeije, 2010). De onderzoeksvraag is open, waardoor er veel ruimte werd gelaten voor ervaringen en betekenisgeving van de onderzoekspopulatie. In dit kwalitatieve onderzoek is respondenten de ruimte gegeven om in eigen woorden betekenis te geven aan hun sociale omgeving (Boeije, 2010; Jansen, 2012). Het tweede argument voor de keuze voor kwalitatief onderzoek, komt voort uit dat er nog beperkt onderzoek is gedaan naar hoe zorgcoöperaties continu kunnen functioneren (Wijdeven et al., 2013; Boumans et al., 2015; Schoorl & Winsemius, 2015). Boeije (2010) stelt dat wanneer er beperkte wetenschappelijke kennis beschikbaar is, een kwalitatief onderzoek de voorkeur geniet.

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie van dit onderzoek bestond uit negentien respondenten, waarvan zestien deelnemende burgers en drie oprichters van drie verschillende Nederlandse zorgcoöperaties (*zie bijlage A. Respondentenoverzicht*). Gekozen is voor oprichters van zorgcoöperaties, omdat zij de meeste kennis bezitten van de mate van intern en extern contact binnen het initiatief en inzicht in het functioneren van het initiatief. Gekozen is voor deelnemende burgers, omdat zij degenen zijn die aangehaakt zijn bij een initiatief en ervaringsdeskundigen op het gebied van de factoren die een rol hebben gespeeld in hun keuze om te gaan en blijven participeren binnen een zorgcoöperatie.

De steekproeftrekking heeft plaatsgevonden op basis van zelfselectie en de sneeuwbalmethode. Twintig zorgcoöperaties in Nederland zijn benaderd met de vraag of zij deel wilden nemen aan dit onderzoek. De initiatiefnemers van Zuid doet Samen, Stinskracht en Zorgcoöperatie Loppersum hebben zichzelf geselecteerd door hun toezegging mee te willen werken. Vervolgens zijn de respondenten via de sneeuwbalmethode benaderd, namelijk door de initiatiefnemers van hun zorgcoöperatie (Bryman, 2015). De keuze hiervoor is gebaseerd op het feit dat er meestal op de website van een zorgcoöperatie contactgegevens van één persoon staan. Het aantal van negentien respondenten is gekozen om twee redenen. Enerzijds praktisch, voor de omvang en het tijdsbestek van dit onderzoek was dit aantal haalbaar. Anderzijds kwam er na het afnemen van deze interviews geen nieuwe informatie meer naar voren. Het verzadigingspunt was bereikt (Boeije, 2010).

Dataverzameling en operationalisering

De dataverzameling heeft plaatsgevonden via semi-gestructureerde interviews. De hieraan onderliggende topiclijst is ontwikkeld op basis van de literatuur (*zie bijlage B. Topiclijsten*). Begonnen werd met een korte introductie en wat algemene

vragen, om de respondent op zijn of haar gemak te stellen. Vervolgens kwamen de onderwerpen *type zorgcoöperatie* en *sociaal kapitaal* aan de orde, om een algemeen beeld te verkrijgen van de onderzochte zorgcoöperatie. Deze waren opgedeeld in deelonderwerpen *motieven voor de opstart*, *gemeenschappelijke doelen*, *ledenaantal en soort* en *de band tussen leden*. De laatste drie vragen hadden directe betrekking op de empirische deelvragen. *Burgerparticipatie* was opgedeeld in *motieven om lid te worden*, *bevorderende factoren* en *belemmerende factoren*, waarbij de laatste twee waren opgedeeld in *capaciteit*, *motivatie* en *invitatie*. Het onderwerp *condities en voorwaarden* was opgedeeld in *interne structuur*, *leiderschap*, *visie en effectiviteit* en *disfunctionele voorwaarden*. Het onderwerp *rol overige actoren* was opgedeeld in *huidige actoren en hun rol* en *gewenste actoren en hun rol*. Het interview werd afgesloten met een samenvatting en controle bij de respondent op de correctheid van deze samenvatting. Ook is benadrukt dat er telefonisch contact opgenomen kon worden bij vragen of onduidelijkheden naderhand.

De topiclijst was enerzijds sturend in de onderwerpen van het interview, anderzijds liet zij ruimte voor inbreng van de respondent (Boeije, 2010). De interviews zijn opgenomen met een voicerecorder, zodat ze volledig getranscribeerd konden worden. Ook kon hierdoor de onderzoeker zich volledig richten op het interview en werd zij niet afgeleid door het maken van notities. Voor deze opnamen zijn, voorafgaand aan de interviews, toestemming gevraagd middels een Informed Consent (*zie bijlage C. Informed Consent*). De interviews zijn face-to-face afgenomen in een rustige ruimte. Meestal in een ruimte van de zorgcoöperatie zelf en een enkele keer bij de respondent thuis. Op deze manier kon er een vertrouwensband worden opgebouwd, waar vanuit respondenten vrij konden praten en hun persoonlijke verhaal konden vertellen. De interviews zijn zo snel

mogelijk na de afname ervan getranscribeerd, zodat opgedane kennis kon worden meegenomen in latere interviews (Bryman, 2015).

Data-analyse

De analyse van de verkregen informatie is uitgevoerd met behulp van het programma NVivo. In dit programma kunnen transcripties worden gecodeerd. In drie fasen zijn codes toegekend aan tekstfragmenten (Boeije, 2010, Saunders, Lewis, Thornhill, Booij & Verckens, 2011). In de eerste fase van open coderen is de data opgedeeld in eenheden en voorzien van een code. In de tweede fase is er meer structuur aangebracht in de codes en ontstond een codeboom met hoofd- en subcategorieën, dit wordt axiaal coderen genoemd (Saunders et al, 2011). In de laatste fase, selectief coderen, is de ontstane codeboom (*zie bijlage D: Codeboom*) vertaald in theoretische verklaringen die hoofd- en deelvragen kunnen beantwoorden.

Betrouwbaarheid en validiteit

Betrouwbaarheid

Omdat in kwalitatief onderzoek de onderzoeker zelf het instrument is, is een nauwkeurig geformuleerde methodische verantwoording, waar verschillende elementen in opgenomen zijn, van groot belang (Boeije, 2010). Daarom is in dit onderzoek aandacht besteed aan deze methodische verantwoording, zodat de keuzes en genomen stappen van de onderzoeker inzichtelijk zijn. Zo zijn, door de interviews op te nemen, de transcripten volledig en juist uitgewerkt. Voor de controleerbaarheid is het onderzoeksmateriaal opengesteld voor betrokkenen en zijn zowel topiclijst als codeboom in de bijlage gevoegd.

Validiteit

Validiteit in kwalitatief onderzoek wordt vergroot door een nauwkeurige en precieze werkmethode (Boeije, 2010). Om interne validiteit te waarborgen is

gestreefd naar data-analyse vanuit het oogpunt van de respondent (Neuman, 2014), omdat zij de ervaringsdeskundigen zijn binnen een zorgcoöperatie. Antwoorden van respondenten zijn tijdens het interview samengevat of teruggekoppeld, om steeds te controleren op juistheid en foutieve interpretaties van de onderzoekers zoveel mogelijk te voorkomen (Boeije, 2010). Tenslotte is er gebruik gemaakt van diverse theorieën, zodat het gevaar van eenzijdigheid niet op zou treden (Boeije, 2010).

Externe validiteit betreft de generaliseerbaarheid van het onderzoek. Dit onderzoek heeft een reikwijdte die beperkt is tot zorgcoöperaties die informele zorg en hulp aanbieden.

Resultaten

De resultaten uit de interviews worden gepresenteerd aan de hand van de empirische deelvragen, welke de onderwerpen ‘bevorderende en belemmerende factoren voor burgerparticipatie’, ‘noodzakelijke condities en voorwaarden’ en ‘de rol van overige actoren’ bevatten. Citaten illustreren de uitkomsten.

Bevorderende factoren voor burgerparticipatie binnen zorgcoöperaties

Burgerparticipatie binnen zorgcoöperatie blijkt belangrijk, omdat er zonder actieve burgers geen hulp en zorg aangeboden kan worden.

“Je hebt natuurlijk vrijwilligers nodig (respondent 9)”

Maar hoe worden burgers actief lid en wat drijft hen om te (gaan) participeren? De eerste deelvraag, waarvan de resultaten worden gepresenteerd, gaat hier op in en luidt: *Welke factoren bevorderen burgers om te (blijven) participeren binnen een zorgcoöperatie?*

Motivatie blijkt de belangrijkste factor te zijn voor het genereren en continueren van burgerparticipatie binnen zorgcoöperaties. Altruïsme en opvoeding zijn twee veelgenoemde sociale motieven. Veel mensen willen graag iets voor een ander

betekenen of zien het als vanzelfsprekend dat je je medeburger helpt. Dit laatste geldt voornamelijk voor oudere respondenten of respondenten die woonachtig zijn in een dorp.

“Ja, mijn generatie en de ouderen daarboven die zijn toch nog wel opgevoed met het idee van: je doet wat voor een ander (...) Ja ze hebben die insteek gewoon toch al vanaf jongs af aan meegekregen. Om wat voor een ander te willen betekenen en te kunnen betekenen.” (respondent 19)

Ook worden mensen gestimuleerd om te participeren binnen zorgcoöperaties doordat zij de gemeenschappelijke doelen onderschrijven of willen aansluiten bij een vernieuwende samenleving. Ook vormen persoonlijke motieven een stimulans voor participatie. Burgers kijken naar wat hen henzelf oplevert. Zo kunnen mensen zelf hun hulpvraag neerleggen, een netwerk opbouwen, ervaren ze wederkerigheid en waardering en geeft het hen zingeving.

“En ja, dat vond ik eigenlijk gewoon zo leuk en interessant en ook goed voor mezelf om toch weer wat vaker uit huis te gaan, een beetje een doel in het leven te hebben.” (respondent 19)

Een tweede belangrijke factor is invitatie. Deelname wordt vergroot bij zowel burgers die hulp kunnen vragen als burgers die hulp kunnen aanbieden, wanneer zij hiertoe persoonlijk gevraagd zijn. Zo blijkt het persoonlijk uitnodigen van mensen van belang te zijn voor het op de hoogte raken van het bestaan van de zorgcoöperatie. Daarbij kan een persoonlijke uitnodiging de drempel om te komen verlagen. Het persoonlijk vragen van mensen voor bepaalde taken of vrijwilligersfuncties, stimuleert mensen om de stap te zetten actief lid te worden. Belangrijk hierbij is dat er gevraagd wordt naar wat mensen kunnen, willen en hoeveel tijd ze hiervoor beschikbaar hebben.

Een derde factor voor het genereren en continueren van burgerparticipatie is capaciteit, ook wel het “kunnen”. Beschikbaarheid in tijd en kwaliteiten zijn

belangrijke elementen voor leden om mee te doen in een zorgcoöperatie. Leden geven aan dat wanneer iemand veel vrije tijd heeft -door bijvoorbeeld pensionering, arbeidsongeschiktheid of parttime werk - diegene eerder zal participeren binnen een zorgcoöperatie. Het element 'kwaliteiten' heeft betrekking op de persoonlijke talenten van een persoon. Respondenten geven aan dat het belangrijk is dat burgers de mogelijkheid krijgen om te doen waar zij goed in zijn. Ook vinden zij het belangrijk dat de zorgcoöperatie dit stimuleert door leden te vragen naar waar zij goed in zijn en wat ze zelf graag willen betekenen binnen de coöperatie. Op deze manier houden zij mensen enthousiast, laten ze hen de hulp bieden waar ze goed in zijn en levert dit ook meer resultaat op.

“Ja iedereen heeft zijn eigen kwaliteit en als je maar in je kracht gaat zitten, dan eh.. Is de lol groter en het effect is groter.” (respondent 15)

Belemmerende factoren voor burgerparticipatie binnen zorgcoöperaties

De tweede deelvraag luidt: *Welke factoren belemmeren burgers om te (blijven) participeren binnen een zorgcoöperatie?* De grootste belemmeringen blijken in de mogelijkheden van een burger, iemands capaciteit, te liggen. Tijdgebrek is een veelgenoemde belemmering, vooral jonge mensen met gezinnen zouden weinig tijd hebben om daarnaast ook nog actief vrijwilliger te worden. Maar ook in het algemeen blijken mensen van tegenwoordig drukker te zijn dan vroeger, waardoor er minder tijd overblijft om hulp te bieden aan een buurman.

“Maar de vrijwilligers van tegenwoordig hebben niet zoveel tijd meer als vroeger, want toen was het nog heel gewoon dat al die huisvrouwen bij die gingen koffie drinken en bij die op bezoek en de zieken.. Maar zo werkt dat niet meer. Omdat je allemaal werkt tot je 67e en ook allebei werkt tegenwoordig ook hè.” (respondent 5)

Ook blijkt er vraagverlegenheid te heersen bij veel burgers, vanwege schaamte of het gevoel afhankelijk te zijn van een ander. Volgens leden heeft de zorgcoöperatie

een taak in het verkleinen van de drempel van vraagverlegenheid. Dit door laagdrempelig te zijn, maar bovenal actief te inventariseren waar hulp- of zorgvragen liggen.

Motivatie blijkt nauwelijks een rol te spelen in de keuze om niet te participeren. Een enkeling noemt dat wanneer iemand zich niet kan vinden in of identificeren met het gestelde doel, degene minder snel lid zal worden. Ook heerst er soms een verkeerd beeld van de doelen en het nut van een zorgcoöperatie. Een proactieve houding van coördinatoren binnen een zorgcoöperatie door bekendheid te geven aan deze doelen, kan dit volgens leden beïnvloeden en deels voorkomen.

“Dan moet je gewoon meer de wijk in. Dan moet je de zorgcoöperatie promoten en buurtverbinders aan het werk zetten.” (respondent 18)

Wanneer leden al langer lid zijn en een tijd niets horen, kan betrokkenheid afnemen en dit mensen doen besluiten niet langer deel uit te maken van de zorgcoöperatie. Leden vinden het belangrijk dat de zorgcoöperatie contact blijft opnemen met haar leden en hen blijft informeren, zodat leden niet het idee krijgen uit beeld te zijn. Een coördinerend lid stelt:

“Ik denk dat het aan ons de taak is om ze wel betrokken te houden. Dus als ze bijvoorbeeld heel lang niet ingezet worden als vrijwilliger, dat je ze wel blijft informeren over wat er speelt en over welke hulpvragen er wel ingezet worden. En ik denk dat dat het belangrijkste is. Ja betrokken houden, blijven verbinden..” (respondent 18)

Noodzakelijke condities en voorwaarden

Welke condities en voorwaarden achten participerende burgers in een zorgcoöperatie als noodzakelijk voor continuïteit van een zorgcoöperatie? Wanneer het gaat om interne structuur, komen twee punten naar voren die het merendeel van de leden belangrijk acht voor een continue zorgcoöperatie: 1) Open en heldere communicatie, 2) Inspraak leden in besluitvorming. Heldere

communicatie houdt in dat informatie tijdig en via diverse kanalen wordt gecommuniceerd. Open communicatie komt tot uiting in de ruimte voor leden om hun ideeën, maar ook moeiten waar zij tegenaan lopen, in te kunnen brengen. Eveneens wordt heldere externe communicatie als een belangrijk onderdeel gezien. Dit is belangrijk om de zorgcoöperatie meer bekendheid te geven in de lokale context en haar doelen zichtbaar te maken. Het tweede punt, ledeninspraak, is volgens initiatiefnemers een essentieel onderdeel binnen de organisatievorm ‘coöperatie’:

“Kijk in een coöperatie heb je als leden veel meer inspraak en ik bedoel maar, dat geven we dus ook mee. Dus wij zijn niet als bestuur de baas, jullie als leden zijn de baas. Uiteindelijk bepalen jullie van hoe het moet.”
(respondent 14)

Ledeninspraak moet volgens leden bestaan uit het zelf inbrengen van ideeën, maar ook het betrokken worden bij besluitvormingsvraagstukken over visie en koers. Een bestuur is daarbij noodzakelijk, omdat zij plannen kan maken en deze voor kan leggen aan de leden tijdens bijvoorbeeld een algemene ledenvergadering. Belangrijk hierin is dat het bestuur niet te hard voorop loopt en altijd de verbinding houdt met de leden, omdat deze een doorslaggevende stem hebben in besluitvorming.

Dus het kan zijn dat je op basis van kennis die je gaandeweg op doet, dat je zegt: nou we moeten hier toch wat bijsturen in het algemeen beleid en dan loop je een stukje voorop. Maar het is altijd de ledenvergadering die uiteindelijk ja of nee daar tegen zegt. (respondent 12)

Een andere belangrijke voorwaarde is dat er leiderschap is binnen zorgcoöperaties. Respondenten onderscheiden twee verschillende soorten leiderschap: 1) Bestuursleden, 2) Coördinatoren. De eerste, leiderschap door een bestuur, wordt

wenselijk gevonden omdat het zonder haar chaotisch zou worden, onoverzichtelijk of zelfs uiteen zou vallen.

“Je moet, zo zijn alle organisaties, er moet altijd leadership zijn, zonder leadership valt het uit elkaar. (...) Er moet altijd iemand zijn die het doet, dus je moet een bestuur hebben.” (respondent 9)

Respondenten stellen dat de bestuursleden de verantwoordelijkheid dragen voor het bewaken van visie en doelstellingen. Daarnaast is het van belang dat er een aanspreekpunt is binnen de coöperatie, waar een ieder zijn vragen of ideeën kwijt kan, een tweede taak voor het bestuur volgens de respondenten. Ook wordt er een aantal keer genoemd dat het bestuur toezicht moet houden op de verschillende activiteiten die ontplooid worden binnen de zorgcoöperatie, dat zij contact onderhoudt met externe partijen of andere zorgcoöperaties en dat zij de financiële administratie bijhoudt en verantwoordt.

In de drie onderzochte zorgcoöperaties zijn coördinatoren actief. Respondenten zien hen als belangrijke schakels en verantwoordelijken in de begeleiding en coaching van leden. Eveneens zijn zij van belang in het aansturen en activeren van de leden. Ook kennen de respondenten coördinatoren een belangrijke rol als verbinder toe. Zij kunnen vraag en aanbod inventariseren en leden aan elkaar koppelen, ook wel matching genoemd door de respondenten. Maar ook kunnen zij de wijk ingaan om kennis te maken met buurtbewoners en te inventariseren welke hulpvragen er bij hen liggen. En zij kunnen, indien er een specifieke vraag ligt, deze op de juiste plaats terecht doen komen.

“Dan gaat de coördinator van dat werkgroepje, gaat bij een mevrouw of meneer op bezoek en die zegt: nou u hebt aangegeven graag bezoek te willen hebben, hoe had u dat gedacht? Eens in de veertien dagen, eens in de maand? Wilt u een meneer of mevrouw op bezoek? Wilt u het hebben over eenzaamheid, spiritualiteit, gewoon een kopje koffie thee en een

babbeltje over wat gaande is in het dorp? Dus dat wordt geïnventariseerd en de coördinator kijkt dan tussen de mensen die zich hebben aangemeld voor dat ze wel bij mensen op bezoek willen gaan. En dan wordt de juiste persoon erbij gezocht en die gaat dan op kennismakingsgesprek. En als dat klikt, dan is het goed. En als het niet klikt, dan moet er iemand anders gezocht worden.” (respondent 13)

Daarnaast is ook voor coördinatoren een belangrijke taak dat zij overzicht en toezicht houden op alles dat door de vrijwilligers ondernomen wordt.

“Want anders raak je ook het zicht kwijt op de hulpvragen. En waar dat er iets gedaan moet worden of juist niet.” (respondent 13)

Respondenten zien de onderliggende doelen van de zorgcoöperatie als een belangrijke leidraad in het functioneren ervan. Wanneer een zorgcoöperatie financieel afhankelijk is van subsidies, is het verantwoord van de richting en doelen belangrijk. Om doelen tot gemeenschappelijke doelen te bevorderen en vervolgens goed te kunnen nastreven, achten de respondenten het belangrijk dat de leden op de hoogte zijn van de doelen en hierin gevoed worden. Daarnaast wordt ook het evalueren van acties die bijdragen aan het behalen van de doelen belangrijk geacht. Dit is om de effectiviteit te kunnen bepalen. Deze regelmatige toetsing van effectiviteit vinden respondenten van groot belang voor een continue functioneren van een zorgcoöperatie.

“En dan denk ik van: Nou dat soort kerngetallen zijn voor mij wel van belang om te zeggen of het mechanisme werkt. Want heel veel mensen zeggen wel van het gaat goed hoor. Ook op facebook: het gaat goed hoor! Hoeveel mensen zijn er geholpen, welke diensten hebben we gedaan, hoe vaak is er uitwisseling geweest en dat soort zaken. Ja wat zijn eigenlijk je, het klinkt wat plat, maar je bedrijfsresultaten?” (respondent 10)

Drie meer praktische voorwaarden: ontmoetingsruimte, bereikbaarheid en financiën zijn eveneens van belang voor continuïteit binnen zorgcoöperaties, volgens veel respondenten. Respondenten zien een ontmoetingsruimte als een essentieel onderdeel van een levendige, goed functionerende zorgcoöperatie. Dit kan een eigen ruimte zijn, maar ook kan er gebruik gemaakt worden van variabele ontmoetingsruimtes, zoals openbare ruimtes binnen een dorp of wijk. Een goede bereikbaarheid wordt ook van groot belang gevonden. Dat wil zeggen: per email, op de website, per telefoon en een fysieke plek waar naartoe gegaan kan worden. Een slechte bereikbaarheid kan mensen belemmeren in het opnemen van contact.

Wat betreft de financiering van zorgcoöperaties, blijken er haken en ogen te zitten aan subsidiering door lokale gemeenten. De positieve kant van subsidiering door de lokale gemeente is dat de zorgcoöperatie zich gesteund voelt en zo in het begin geholpen kan worden met opstarten. Het gevaar is dat de zorgcoöperatie afhankelijk wordt en, zodra de subsidiekraan wordt dichtgedraaid, zij in rap tempo op zoek moet naar andere financieringsbronnen. Of dat zij haar doelen zo moet aanpassen en verantwoorden, dat ze aansluiten bij de voorwaarden vanuit de gemeente. Een initiatiefnemer geeft dit gevaar helder weer:

“Wij hebben als principe dat wij organisatorisch de eigen broek moeten ophouden. Heel bewust. Juist om te voorkomen dat je afhankelijk wordt van derden. Of dat nou van de overheid is of van een fonds of wat dan ook. Op het moment dat je dat zou doen, dan kom je in de volgende en gevaarlijke fase, namelijk je moet dan weer verantwoording afleggen.” (respondent 12)

Respondenten geven aan dat het wenselijk is dat zorgcoöperaties, wanneer zij langer bestaan en de opstartfase achter zich hebben gelaten, meer en eigen financieringsbronnen zoeken.

Actoren en hun rol

De laatste deelvraag waarvan de resultaten worden gepresenteerd luidt: *Welke actoren moeten, volgens participerende burgers in een zorgcoöperatie, een rol spelen in de samenwerking met zorgcoöperaties en hoe ziet deze rol eruit?* Alle respondenten geven aan dat een zorgcoöperatie niet los staat van de actoren om haar heen. Zij moet betrokken zijn bij haar omgeving en andersom. Met haar omgeving worden volgende actoren bedoeld: huisartsen, gemeenten, sociale wijkteams, wijkagenten, professionele hulpverlening, thuiszorg, kerken, plaatselijke verenigingen en vrijwilligersorganisaties. Met deze actoren is samenwerking gewenst, maar ook de mogelijkheid tot onderling doorverwijzen naar elkaar. Samenwerking wordt als een essentieel onderdeel gezien om goede zorg en hulp te kunnen verlenen en ervoor te zorgen dat geen burgers buiten de boot vallen. Door verschillende expertises te betrekken en zo krachten te bundelen, kan een persoon passende zorg of hulp ontvangen.

“Als mensen hulpbehoevend zijn in de wijk heb je gewoon goed contact met elkaar nodig. (...) Dus ik denk dat het ook heel goed is dat je met al die organisaties contact heb, zodat je samen goede zorg kunt verlenen. Ervoor kunt zorgen dat mensen veilig in hun eigen huisje kunnen blijven wonen.” (respondent 8)

Ook wanneer de zorgcoöperatie een persoon in een zodanige situatie treft die voor hen ontoereikend is, is contact met overige organisaties en partijen van belang. Wanneer de lijntjes kort zijn, kan er namelijk gemakkelijk worden doorverwezen. Op deze manier raken vrijwilligers niet overbelast en ontvangen mensen met complexere problematiek of gezondheidsklachten de hulp of zorg die nodig is om hun welzijn te waarborgen.

“Ja en soms hebben we ook wel eens vraagstukken waar we zelf dan niet toereikend voor zijn en wat ook meer een taak is voor het Sociaal

Wijkteam om met de gemeente samen tot een oplossing te komen, tot een structurele oplossing te komen. (...) En goed, dat is natuurlijk wel mooi als je dan toch een hulpvrager kunt helpen, ook al kun je het niet zelf, maar je verwijst hem wel verder door. Zodat die niet tussen wal en schip blijft hangen.” (respondent 19)

Andersom is het ook wenselijk dat overige organisaties en partijen hun patiënt of cliënt doorverwijzen naar de zorgcoöperatie, wanneer er hulpvragen zijn die door vrijwilligers kunnen worden opgelost in de buurt. Daarnaast vinden respondenten het ook belangrijk dat een zorgcoöperatie niet de professionele hulp- en dienstverlening in de weg zit. Zij moet niet hun taken overnemen, maar de persoon in kwestie dan doorverwijzen.

De lokale overheid wordt door veel respondenten een specifieke rol toegekend. Wanneer een zorgcoöperatie volledig gesubsidieerd wordt door de lokale overheid, wordt zij afhankelijk en moet zij verantwoording afleggen. Respondenten vinden het wenselijk dat een zorgcoöperatie zelfstandig kan functioneren. De initiatiefneemster van de zorgcoöperatie, die op dit moment door de gemeente wordt gesubsidieerd, zegt:

“En wij hebben zelf ook wel zoiets van: we moeten ook kijken naar een andere verdien capaciteit, dat we niet meer alleen afhankelijk zijn van subsidie. Want als de gemeente niet meer betaalt, moet ik mijn buurtassistenten ontslaan.” (respondent 5)

De gemeente moet een faciliterende rol spelen, volgens de respondenten, in bijvoorbeeld het beschikbaar stellen van een locatie, burgers te stimuleren door het aanbieden van een cursus over zorgcoöperaties of het meedenken in welke fondsen mogelijk financieel kunnen sponsoren. Op deze manier kan zij zorgcoöperaties aanmoedigen.

“Als je niet te veel aan die overheid gaat hangen, dat moet je niet doen namelijk. Je moet ze wel hebben in de zin van facilitair. Maar maak ze niet dominant. (...) Het moet van de mensen uit komen Die overheid die moet faciliterend zijn (...) die moet zich terughoudend opstellen en die moet zeggen: hé populatie, doe het zelf.” (respondent 9)

Conclusie en discussie

In dit onderzoek is onderzocht welke factoren de continuïteit van zorgcoöperaties bepalen en welke rol overige actoren hierin spelen. In dit laatste onderdeel zal aan de hand van de gepresenteerde bevindingen in hoofdstuk 5, een antwoord worden geformuleerd op de hoofdvraag uit dit onderzoek. Vervolgens wordt er een korte terugkoppeling gemaakt naar het theoretisch kader, worden beperkingen van dit onderzoek besproken en aanbevelingen gedaan.

Conclusie

De hoofdvraag uit dit onderzoek luidde: *“Wat bepaalt de continuïteit van zorgcoöperaties en welke actoren spelen hierbij een rol?”.* Uit dit onderzoek is gebleken dat (blijvende) participatie door burgers een deel van de continuïteit binnen zorgcoöperaties bepaalt. Burgerparticipatie binnen zorgcoöperaties is grotendeels gebaseerd op hun onderliggende motieven. Sociale motieven, als altruïsme, wegen zwaarder dan doelgerichte motieven. Ook persoonlijke motieven blijken een groot aandeel te leveren in het participeren door leden. Mensen wegen dus ook af wat deelname henzelf opleveren kan. Eveneens hebben burgers het nodig om uitgenodigd of gevraagd te worden en is het belangrijk dat zij kunnen doen wat zij leuk vinden en waar zij goed in zijn, omdat zij hierdoor het langst enthousiast en actief blijven binnen zorgcoöperaties. Aandachtspunten zijn de elementen die burgers kunnen belemmeren te (gaan) participeren binnen een zorgcoöperatie: tijdgebrek en vraagverlegenheid. Naarmate mensen minder vrije

tijd hebben, door bijvoorbeeld een gezin met jonge kinderen, zullen zij minder geneigd zijn actief lid te worden van een zorgcoöperatie. Rondom het veelgenoemde vraagverlegenheid ligt een taak voor de zorgcoöperatie, namelijk door laagdrempelig te zijn en actief te inventariseren waar vragen om hulp of zorg liggen.

Continuïteit wordt eveneens voor een deel bepaald door juiste organisatorische voorwaarden. Open, heldere communicatie en de inspraak van leden in besluitvorming worden essentieel bevonden voor een democratisch burgerinitiatief. Leiderschap wordt eveneens veel waarde toegekend, zowel in de vorm van bestuursleden als de meer praktijkgerichte coördinatoren. Het is noodzakelijk dat er enkele kartrekkers zijn die zich bezig houden met de visie en gemeenschappelijke doelen, omdat deze belangrijk blijken te zijn voor het bewaren van de eigenheid en het in de gaten houden van de richting die een zorgcoöperatie in slaat. Meer praktijkgerichte coördinatoren zijn nodig voor het aansturen en activeren, maar ook voor het verbinden van burgers aan de zorgcoöperatie. Ook brede financieringsbronnen worden belangrijk gevonden, evenals het hebben van een fysieke ontmoetingsplek en een goede bereikbaarheid van de zorgcoöperatie voor leden en buitenstaanders.

Tenslotte is een laatste bepalend element van kracht: de rol van overige actoren. Een duurzaam functioneren van zorgcoöperaties wordt bevorderd wanneer er samenwerking is met huisartsen, gemeenten, sociale wijkteams, wijkagente, professionele hulpverlening, thuiszorg, kerken, plaatselijke verenigingen en vrijwilligersorganisaties. Zij kunnen, in complexe probleemsituaties, expertises inzetten vanuit hun eigen vakgebied. Ook onderlinge doorverwijzing is belangrijk. Hiermee wordt overbelasting van leden voorkomen, complexe problematieken of gezondheidsklachten vanuit een expertise behandeld en vormt de zorgcoöperatie geen concurrentie voor bestaande organisaties. Aan de overheid wordt een

faciliterende rol toegekend. Een faciliterende overheid, centraal of lokaal, maakt in tegenstelling tot een verantwoordelijke overheid, zorgcoöperaties niet afhankelijk van haarzelf, maar moedigt deze aan tot zelfstandig functioneren.

Er kan geconcludeerd worden dat de continuïteit van zorgcoöperaties door verschillende elementen bepaald wordt. Participatie door leden is van groot belang om vraag en aanbod op elkaar te kunnen blijven afstemmen en uitvoeren. Organisatorische voorwaarden als open communicatie, inspraak van leden, leiderschap, gemeenschappelijke doelen, het hebben van brede financieringsbronnen en een fysieke ontmoetingsplek, zijn belangrijk om zorgcoöperaties als geheel continu te laten functioneren. En tot slot is samenwerking met en doorverwijzing naar overige actoren van belang, om zo dicht bij het gemeenschappelijke doel te blijven: het garanderen en waarborgen van het welzijn van de burger.

Discussie

In de conclusie is antwoord op de hoofdvraag uit dit onderzoek gegeven. Opvallend is dat uit het *civic voluntarism model* van Verba et al. (1995), motivatie als belangrijkste factor naar voren komt voor het genereren en continueren van burgerparticipatie binnen zorgcoöperaties. Capaciteit en invitatie blijken wel van belang, maar hun invloed op burgerparticipatie is veel kleiner. Wat een reden hiertoe kan zijn is dat mensen tegenwoordig minder snel dingen doen die hen opgelegd worden, maar dat dit echt vanuit hun eigen wil moeten komen. Dit past in het beeld van actieve burgers die zelfstandig keuzes moeten maken en niet langer alles aangereikt krijgen vanuit een verzorgende overheid (Tonkens, 2006). Zij gaan meer nadenken over hun keuzes en wegen deze tegen elkaar af. Ook de bijvangst, de ontdekking dat persoonlijke motieven eveneens een grote rol spelen in participatie door leden, is interessant. Mensen blijken dus niet alleen deel te nemen

aan burgerinitiatieven vanuit de noodzaak door een terugtrekkende overheid of een gevoel van altruïsme, maar zien voordelen voor zichzelf in een zorgcoöperatie. Wanneer het hen zelf niets of niet voldoende oplevert, zullen zij minder snel gaan participeren of hun lidmaatschap bij een zorgcoöperatie opzeggen. Past dit eigenlijk wel in het beeld van de actieve burger in de doe-democratie (Wijdeven et al., 2013)? Of wordt deze actieve burger te rooskleurig weergegeven? Is zij misschien niet bereid om het gat van informele zorg en onderlinge burenhulp te vullen, wanneer het haarzelf niets oplevert? Streeft de overheid niet naar een ideaalplaatje van de actieve burger dat niet te realiseren is? Belangrijk is om, wanneer het gaat om onderliggende motieven voor burgerparticipatie in zorgcoöperaties, naast de sociale en doelgerichte motieven ook de persoonlijke motieven te onderscheiden. Dit omdat deze meer van invloed blijken te zijn dan de verwachte sociale en doelgerichte motieven die in het theoretisch kader zijn weergegeven.

De drie organisatorische factoren, zoals Knoke en Prensky (1984) onderscheiden, blijken in de praktijk allen belangrijk te zijn. Zowel *interne structuur* als *leiderschap* als *visie en effectiviteit* worden door burgers benoemd en beschreven als belangrijke voorwaarden voor een goed functionerende zorgcoöperatie. Deze theorie is in dit onderzoek bevestigd als geldend voor de organisatie van zorgcoöperaties. Opvallend zijn de meer praktische voorwaarden die niet in de theorie benoemd waren: brede financieringsbronnen, een fysieke ontmoetingsplek en een goede bereikbaarheid van de zorgcoöperatie voor zowel leden als buitenstaanders. Financiering blijkt een onderdeel te zijn waar zorgcoöperaties nog wat zoekend in zijn, vooral de subsidiering ervan op de lange termijn. Er zijn zowel argumenten voor als argumenten tegen subsidiering door de gemeente in te brengen en deze zullen per stad of dorp ook weer verschillen. Belangrijk blijkt wel dat brede financieringsbronnen de beste oplossing is. Een

fysieke ontmoetingsplek en goede bereikbaarheid hangen enigszins met elkaar samen. Waar het om gaat is dat mensen elkaar gemakkelijk kunnen spreken of ontmoeten en dat dit op een persoonlijke manier kan gaan. Zorgcoöperaties die alleen bestaan uit een online platform waar vraag en aanbod samenkomen door burgers zelf, zijn geen lang leven beschoren. Mensen hebben het nodig om persoonlijk contact te kunnen hebben, elkaars stem te horen en/of oogcontact te maken. Ook binnen een georganiseerde vorm zoals de zorgcoöperatie blijft menselijkheid op de eerste plek staan om het “te laten werken”.

In het theoretisch kader werd gesteld dat federatieve burgerinitiatieven, met zowel veel contact met de buitenwereld als contact binnen het initiatief, de meeste potentie hebben tot het opbouwen van sociaal kapitaal (Hurenkamp et al., 2006). In de praktijk blijkt zowel een heldere, open communicatie met de leden als samenwerking met betrokken actoren van belang. Voor zorgcoöperaties is het dus zeker wenselijk om naar een federatief type te streven.

Er kunnen enkele kritische noten worden geplaatst bij dit onderzoek. Ten eerste werd gedurende de analyse helder dat een deel van de deelnemende leden weinig of geen kennis had van de interne organisatie binnen hun zorgcoöperatie. Enkelingen gaven aan zich ook niet druk te willen maken om de organisatie van het geheel, maar gewoon mee te willen doen op hun eigen plek. Bij doorvragen blijkt dat ze wel ideeën hebben over welke voorwaarden zij belangrijk vinden, maar deze zijn niet per se gebaseerd op succes- of faalervaringen uit de praktijk.

Een tweede beperking is dat er alleen initiatiefnemers en deelnemende leden zijn geïnterviewd. Naar verwachting hebben zij voornamelijk een positief beeld van de zorgcoöperatie, gezien ze lid zijn. Interessant is ook juist die groep mensen die besluit om geen lid te worden, wat beweegt hen hiertoe? Of de zorgcoöperaties die na een tijdje functioneren toch gestopt zijn, wat ging er mis?

Door de mogelijkheden en tijdsduur van dit onderzoek was het niet haalbaar om ook deze groepen mee te nemen. Vervolgonderzoek hiernaar zou interessante inzichten kunnen opleveren.

Aanbevelingen

Vanwege de pas recentelijke opkomst van zorgcoöperaties, bevinden de onderzochte zorgcoöperaties zich nog in de startfase. Dit onderzoek kan daardoor een beeld opleveren dat vooral van toepassing is voor beginnende zorgcoöperaties. Wenselijk is om in de toekomst vervolgonderzoek te verrichten bij zorgcoöperaties, zodat ervaringen over een wat langere termijn inzichten kunnen opleveren. Ook is het interessant om de doelgroep die in dit onderzoek niet is meegenomen, zoals beschreven in de discussie, te onderzoeken. Vervolgonderzoek zou kunnen inzoomen op de categorie mensen die niet lid zijn of willen worden van een zorgcoöperatie en/of op zorgcoöperaties die na een tijdje weer zijn gestopt, vanwege geen succesvol functioneren.

Aanbevelingen voor bestaande zorgcoöperaties liggen op het relationele vlak. Belangrijk is dat zorgcoöperaties contact leggen en onderhouden met andere organisaties in de buurt. Belangrijk is te voorkomen dat ze niet in elkaars vaarwater komen, maar juist elkaar kunnen versterken en naar elkaar kunnen doorverwijzen. Ook met de leden is het belangrijk het contact te onderhouden door een goede terugkoppeling te hebben wanneer mensen een hulpvraag hebben opgelost, persoonlijke aandacht hebben voor kwaliteiten van de leden en het betrokken houden van de leden bij de zorgcoöperatie door ze op de hoogte te houden. Zo bind je de burgers aan de coöperatie en draagt dit bij aan hun enthousiasme zich in te (blijven) zetten. Een laatste aandachtspunt voor zorgcoöperaties is dat zij goed nadenken over hun manier van financiering. Onafhankelijk zijn blijkt een belangrijk gegeven, dus het is belangrijk om niet

enkel en alleen bij gemeenten aan te kloppen voor subsidie, maar subsidiebronnen breder te zoeken of zelf een bron van inkomsten te genereren.

Referenties

- Beest, R. van. (2014). *Inventarisatie zorgcoöperaties 2014. Burgerinitiatieven in wonen-zorg-welzijn in Nederland & omstreken*, Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg en Institutions for Collective Action.
- Beltman, H., Sok, K., Lucassen, A. & Royers, T. (2012). *Burgerprojecten in zorg en welzijn*. Utrecht: Vilans.
- Boeije, H. (2010). *Analysis in Qualitative Research*. Londen: Sage Publications.
- Bokhorst, M. (2015). De koers van zorgcoöperaties. *Bestuurskunde*, 24(2), p. 27-40.
- Boumans, J., Swinkels, W., van de Goor, I., & Luijckx, K. (2015). Zorgcoöperaties: een wetenschappelijke verkenning vanuit drie perspectieven. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 24(4).
- Bourdieu, P. (1985). The forms of social capital. In: Richardson, J.G. (red.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York: Greenwood, 241-258.
- Bryman, A. (2015). *Social Research Methods*. Oxford: Oxford University Press..
- Coleman, J.S. (1988). Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology*, 94: 95-120.
- Dekker, P., Hart, J. de, Faulk, L. (2007). *Toekomstverkenning vrijwillige inzet 2015*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Denters, S.A.H., Tonkens, E.H., Verhoeven, I., Bakker, J.H.M. (2013). *Burgers maken hun buurt*. Den Haag: Platform 31.
- Engbersen, G. (2003). De armoede van sociaal kapitaal. *Economisch-Statistische Berichten*, 27, D12-D13.
- Fennema, M., Tillie, J. N., Van Heelsum, A. J., Berger, M., & Wolff, R. P. (2000). *Sociaal kapitaal en politieke participatie*. Het Spinhuis.
- Gijssels, C. (2013). Zorgcoöperaties: zorg voor coöperaties. *Samenleving en politiek*, (4), 72-77.
- Gijssels, C., Coates, A. & Deneffe, P. (2011). *Coöperatieve antwoorden op maatschappelijke uitdagingen*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.
- Granovetter, M. S. (1973). The strength of weak ties. *American journal of sociology*, 1360-1380.
- Granovetter, M. S. (1981). *The strength of weak ties: A network theory revisited*. New York: State University of New York, Department of Sociology.
- Houwelingen, P. van, Hart, J. de, Dekker, P. (2011). Maatschappelijke en politieke participatie en betrokkenheid. In: Bijl, R., Boelhouwer, J., Cloin, M. & Pommer, E. (2011). *De sociale staat van Nederland 2011*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Hurenkamp, M., Tonkens, E. H., Duyvendak, J. W. (2006). *Wat burgers bezielt. Een onderzoek naar burgerinitiatieven*. Amsterdam/Den Haag: UvA/Nicis.
- Jansen, H. (2012). Wat is kwalitatief in kwalitatief onderzoek? Essay, debat en dialoog. *Kwalon*, 10 (3). Verkregen op 2 maart 2016 van http://www.boomlemmatijdschriften.nl.proxy.library.uu.nl/tijdschrift/kwalon/2005/3/kwalon_2005_010_003_003.pdf
- Kort, E. de, & Bosma, D. (2012). *Wat is de vraag? Over effectiever en efficiënter marktonderzoek*. Delft :Eburon Business.
- Neuman, W.L. (2014). *Understanding Research*. New York: Pearson.
- Poortinga, W. (2012). Community resilience and health: The role of bonding, bridging, and linking aspects of social capital. *Health & place*, 18(2), 286-295.

- Portes, A. (1998). Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology. *Annual Review of Sociology*, 24: 1-24.
- Putnam, R. D. (2001). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York: Simon and Schuster.
- Saunders, M., Lewis, P., Thornhill, A., Booij, M., & Verckens, J. P. (2011). *Methoden en technieken van onderzoek*. Pearson Education.
- Schoorl, R., & Winsemius, A. (2015). Zorgcoöperaties in Nederland. De eerste studies in beeld Gedownload op 15 februari 2016, van [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Zorgcooperaties-inNederland-de-eerste-studies-in-beeld%20\[MOV-6146438-1.0\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Zorgcooperaties-inNederland-de-eerste-studies-in-beeld%20[MOV-6146438-1.0].pdf)
- Skipr. (2015). *Transitie leidt tot forse toename zorgcoöperaties*. Geraadpleegd op 26 februari 2016, van <http://www.skipr.nl/actueel/id22111-transitie-leidt-tot-forse-toename-zorgcooperaties.html>
- Steyaert, J., & Kwekkeboom, R. (2012). *De zorgkracht van sociale netwerken*. Utrecht: Movisie.
- Tonkens, E. H. (2006). *De bal bij de burger: Burgerschap en publieke moraal in een pluriforme, dynamische samenleving*. Amsterdam University Press.
- Verba, S., Schlozman, K. L., Brady, H. E., & Brady, H. E. (1995). *Voice and equality: Civic voluntarism in American politics* (Vol. 4). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Vilans. (2015). *Trend opkomst burgerinitiatieven zet door*. Geraadpleegd op 26 februari 2016, van <http://www.vilans.nl/nieuwsoverzicht-trend-opkomst-burgerinitiatieven-zet-door.html>
- Wijdeven, T. van de, Graaf, L. de & Hendriks, F. (2013). Actief burgerschap. Lijnen in de literatuur. Tilburg: Tilburgse school voor politiek en bestuur.
- Winsemius, A., Boumans, J., Swinkels, W., Schoorl, R., Goor, I. van de & Luijkx, K. (2015). *Zorgcoöperaties: tevreden klanten en zorgverleners, maar continuïteit onzeker*. Geraadpleegd op 26 februari 2016 van <http://www.socialevraagstukken.nl/zorg-cooperaties-tevreden-klanten-en-zorgverleners-maar-continuïteit-onzeker/>
- Witter, Y. (z.d.). *Doe het zelf, maar mét professionals*. Geraadpleegd op 26 februari 2016 van <http://www.tijdvoorsamen.nl/nieuws/98/doe-het-zelf-maar-met-professionals>

Dankwoord

U hebt zojuist mijn masterthesis voor de master Arbeid, Zorg en Participatie gelezen. Een artikel over mijn kwalitatieve onderzoek naar de continuïteit van zorgcoöperaties dat ik in opdracht van Pakhuis de Zwijger heb mogen uitvoeren. Veel dank wil ik uitspreken naar een aantal personen, zonder hen had ik dit traject niet kunnen doorlopen zoals ik de afgelopen vijf maanden heb gedaan.

Als eerst wil ik mijn scriptiebegeleider en tevens eerste lezer, René van Rijsselt, bedanken voor zijn kritische blik en het meedenken gedurende het onderzoeksproces. Hierdoor heb ik mijn eigen werk steeds kritisch onder de loep kunnen nemen en het kunnen boetseren tot wat het nu is geworden.

Als tweede wil ik bedanken, mijn opdrachtgevers Simea Knip en Quirine Winkler. Dankzij hun support en hulp bij de opstart en het vervolgens bieden van veel ruimte om mijn eigen proces te doorlopen, heb ik zelfstandig leren onderzoeken.

Als derde wil ik alle respondenten die aan dit onderzoek meegewerkt hebben bedanken voor hun tijd en het delen van hun waardevolle ervaringen en ideeën.

Als vierde wil ik mijn scriptiegroepje, Birgit, Janine, Lisa en Lisa, bedanken voor hun betrokkenheid, meedenken, opbouwende woorden en support. Wat een fijne thesis-collega's waren jullie!

Als laatst wil ik mijn lieve man, familie en vrienden bedanken voor zowel het aanhoren van mijn stressmomenten als het vieren van de kleine overwinningen. Bedankt voor jullie onvoorwaardelijke steun en begrip!

Lianne Veening

Zwolle, juli 2016,

Bijlagen

Bijlage A: Respondentenoverzicht

Zorgcoöperatie	Respondent	Rol m.b.t. zorgcoöperatie
Zuid doet Samen	Deelneemster	Actieve buurtbewoonster, geeft hulp aan buurtbewoners
	Deelneemster	Stagiaire zorg & welzijn
	Deelneemster	Stagiaire zorg & welzijn
	Deelneemster	Vrijwilligster in ontmoetingshuis
	Oprichtster	Initiatiefneemster en directrice
	Deelnemer	(oud buurtassistent), pr & communicatie,
	Deelnemer	Buurtassistent
	Deelneemster	Begeleidster van stagiaires en buurtassistenten
Stinskracht	Deelnemer	Actieve buurtbewoner, geeft hulp aan buurtbewoners
	Oprichter	Initiatiefnemer en bestuurslid
	Deelnemer	Bestuurslid, buurtverbinder, coördinator van de buurtverbinders, communicatie en websitebeheer
	Deelneemster	Buurtverbinder
	Deelneemster	Coördinator van de loketmedewerkers voor vraag & aanbod
	Deelneemster	Loketmedewerkster voor vraag & aanbod
Zorgcoöperatie Loppersum	Oprichter	Initiatiefnemer en voorzitter bestuur
	Deelneemster	Vrijwilligster voor ontmoetingsinloop
	Medeoprichter	Initiatiefnemer en bestuurslid
	Deelneemster	Vrijwillige cursusleidster voor buurtbewoners
	Deelneemster	Vrijwilligster, coördinator vrijwilligers

Bijlage B: Topiclijst

Topiclijst semi-gestructureerde interviews

Tevoren toestemming vragen om opname interview (& ondertekenen informed consent)

Introductie

- Voorstellen
- Uitleg en doel onderzoek
- Tijdsduur interview
- Anonimiteit waarborgen
- Benoemen toestemming voor opname interview (+ bevestiging respondent)

Algemene vragen

- Geslacht
- Leeftijd
- Naam & plaats zorgcoöperatie waarvan lid
- Rol van geïnterviewde (initiatiefnemer of deelnemer)

1. Type zorgcoöperatie

- Initiatiefnemer zorgcoöperatie
 - Doelgerichte motieven
 - Sociale motieven
- Doelen van de zorgcoöperatie
 - Achterliggende redenen voor deze doelen
- Leden soort en aantal
 - Type zorgcoöperatie doelen
- Leden soort en aantal
 - Type zorgcoöperatie
 - Type burgerinitiatief

2. Sociaal kapitaal van & voor leden

- Draagvlak creëren
- Band tussen leden:
 - Hoeveelheid tijd
 - Emotionele intensiteit
 - Intimiteit
 - Wederzijdse diensten

3. Burgerparticipatie in zorgcoöperatie

- Lid worden
 - Motieven
- Bevorderende factoren
 - Capaciteit
 - Motivatie
 - Invitatie
 - Overige ...
- Belemmerende factoren
 - Capaciteit
 - Motivatie
 - Invitatie
 - Overige ...

4. Condities en voorwaarden voor zorgcoöperatie

- Interne structuur
 - Organisatiestructuur
 - Open communicatie
- Leiderschap
- Visie en effectiviteit
 - Motieven
 - Gemeenschappelijke doelen
 - Behalen van doelen
- Overige ...
- Disfunctionele condities en voorwaarden

5. Rol overige actoren in zorgcoöperatie

- Huidige betrokken actoren
 - Betrokken partijen
 - Bonding en bridging capital
- Huidige rol van deze actoren
- Gewenste betrokkenheid actoren
- Gewenste rol van deze actoren
 - Gewenst type burgerinitiatief

Afsluiting

- Samenvatting en check
- Vragen om telefonisch contact bij vragen of onduidelijkheden
- Samenvatting en check
- Vragen om telefonisch contact bij vragen of onduidelijkheden
- Reflectie op interviewer ("Hoe vond u het interview gaan..")

Doel onderzoek

Inzicht verkrijgen in de factoren die bevorderend of belemmerend zijn voor de continuïteit in het functioneren van zorgcoöperaties. Deze nieuwe inzichten kunnen bijdragen aan een goede aanpassing en vormgeving van zorgcoöperaties, zodat zij toekomstbestendig worden.

Definitie Zorgcoöperatie

Zorgcoöperaties zijn burgerinitiatieven waar mensen lid van kunnen worden. Binnen een zorgcoöperatie wordt benodigde ondersteuning op het gebied van zorg en welzijn voor burgers, zelf georganiseerd en verleend door burgers.

INFORMED CONSENT

PAKHUIS DE ZWIJGER*

Universiteit Utrecht



Onderzoek: Zorgcoöperaties, klaar voor de toekomst?

Een kwalitatief onderzoek naar de continuïteit van zorgcoöperaties.

*Master Arbeid, Zorg en Participatie (Faculteit: Algemene Sociale Wetenschappen)
Universiteit Utrecht*

Naam onderzoeker

Lianne Veening

Doel van het onderzoek

Inzicht verkrijgen in de factoren die bevorderend of belemmerend zijn voor de continuïteit in het functioneren van zorgcoöperaties. Deze nieuwe inzichten kunnen bijdragen aan een goede aanpassing en vormgeving van zorgcoöperaties, zodat zij toekomstbestendig worden.

Uw medewerking

- Ik neem vrijwillig deel aan dit interview.

- Ik verleen toestemming aan bovengenoemde onderzoeker om de informatie die ik in dit interview geef, te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek.

- Ik verleen eveneens toestemming om dit interview op te nemen middels een voicerecorder, zodat de onderzoeker alles dat gezegd is ter beschikking heeft tijdens het analyseren.

- De antwoorden die ik geef tijdens dit interview, zullen volledig geanonimiseerd worden, waardoor mijn naam en persoonlijke gegevens niet genoemd zullen worden in het onderzoeksrapport.

Hierbij verklaar ik bovenstaande tekst gelezen te hebben en stem ik hiermee in.

Naam respondent:

Handtekening:

Datum: ____ / ____ / ____

Eveneens wordt u de mogelijkheid geboden om het uiteindelijke onderzoeksrapport, met daarin de resultaten, te ontvangen.

Wilt u deze ontvangen? Ja Nee

Emailadres:

Bijlage D: Codeboom



