

# De zorg in transitie en de ervaring van de zorgbehoevende burger

---

Een kwalitatief onderzoek naar de zorgervaring van zorgbehoevende burgers die zijn overgeplaatst van begeleid wonen in een zorginstelling naar (begeleid) zelfstandig wonen in de regio Haaglanden.



**Universiteit Utrecht**



Algemene Sociale Wetenschappen  
Masterthesis: Arbeid, Zorg en Welzijn: Beleid en Interventie  
Begeleider: Dr. Mara Yerkes  
Tweede beoordelaar: Dr. René van Rijsselt  
Ayla van Brink  
Studentnummer: 5569915



“Een nieuwe groep’ zorgbehoevenden. Een groep die als gevolg van bezuinigingen in de reguliere zorg, verschuivingen van zorg in instellingen naar zorg aan huis en een verhoogde risico van de zorgverzekering tussen ‘wal en schip dreigt te vallen’. Zij mijden vaak hulpverlening, hebben geen familie of kennissen op wie ze een beroep kunnen doen en weten door psychische problemen, verstandelijke beperkingen of analfabetisme de weg niet in de samenleving’“

(Doef, zoals geciteerd in Bolwijn, 2015)



## Voorwoord

Deze scriptie is geschreven als afsluiting van de master Arbeid Zorg en Welzijn; Beleid en Interventie aan de Universiteit van Utrecht. Om deze scriptie te kunnen schrijven heb ik vanuit mijn stage bij Parnassia respondenten gezocht in de regio Haaglanden die bereid waren mee te werken aan het onderzoek naar de zorgervaring van zorgbehoevende burgers in een veranderde gezondheidszorg als de huidige Nederlandse. Het aantonen van deze zorgervaring was niet mogelijk geweest zonder de hulp van een aantal belangrijke mensen. Ik dank hiervoor ten eerste mijn begeleiders vanuit Parnassia, Onno van der Laan en Jolanda Wierenga, voor hun tijd, inzet en motivatie tijdens deze leerrijke periode. Daarnaast bedank ik Mara Yerkes voor haar geduldige en stimulerende begeleiding en René van Rijsselt voor zijn aanmerkingen tussendoor. Ten slotte dank ik mijn familie en vrienden voor hun steun en toeverlaat.

Ayla van Brink

Juli 2015



## Samenvatting

**Doel:** Met dit onderzoek is inzicht verkregen in hoe zorgbehoevende burgers, die van begeleid wonen naar (begeleid) zelfstandig wonen zijn overgeplaatst, de veranderingen aangaande hun zorg ervaren middels een indicatie van het dagelijks leven van deze burgers. **Methoden:** Met 16 zorgbehoevende burgers zijn semi-gestructureerde interviews gehouden. Deze zorgbehoevende burgers waren cliënt bij een zorginstelling uit de regio Haaglanden die zorg omtrent Beschermd Wonen aanbiedt. Ook zijn er informele gesprekken geweest met begeleiders van cliënten en zijn er, naast de interviews, observaties uitgevoerd tijdens (a) huisbezoeken bij een aantal van deze cliënten en (b) tijdens de werkgroep besprekingen tussen gemeente en zorginstellingen. In totaal hebben er 11 huisbezoeken plaatsgevonden en zijn er 3 werkgroep bijeenkomsten bijgewoond. **Resultaten & Conclusie:** Uit de semi-gestructureerde interviews en observaties is gebleken dat de zorgvraag van deze respondenten niet is verhoogd. Daarnaast omschrijven de meeste respondenten zichzelf als zelfredzaam en geven daarbij aan het belangrijk te vinden om vrijwilligerswerk of een dagbesteding te hebben. Voortgekomen uit deze resultaten is uiteindelijk geconstateerd dat de respondenten van dit onderzoek de veranderingen aangaande hun zorg als overwegend positief ervaren.



## Inhoud

<b>Voorwoord</b> .....	<b>2</b>
<b>Samenvatting</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Inleiding</b> .....	<b>6</b>
Aanleiding .....	6
Probleemstelling .....	8
Doelstelling en relevantie van het onderzoek.....	9
Leeswijzer .....	10
<b>2. Theoretische Verkenning</b> .....	<b>11</b>
Theoretisch kader .....	11
Zorgvraag. ....	12
Zelfredzaamheid.....	13
Participatie.....	14
Theoretisch model .....	15
Vraagstelling en deelvragen .....	15
<b>3. Onderzoeksopzet</b> .....	<b>17</b>
Praktische Aspecten .....	17
Onderzoekstype.....	17
Onderzoekspopulatie.....	17
Onderzoeksmethoden.....	18
Analyse van het onderzoek.....	20
Operationalisering .....	20
Zorgbehoevende burgers.....	20
Het dagelijks leven.....	21
De zorg.....	21
De zorgervaring.....	21
<b>4. Resultaten</b> .....	<b>22</b>
Zorgvraag .....	22
Het dagelijks leven.....	22
Zelfredzaamheid.....	25
Belemmeringen zelfredzaamheid.....	26
Participatie.....	27
Belemmeringen participatie.....	28
Zelfredzaamheid? Participatie? Of beide?.....	29



Belemmerende factoren.....	29
Bevorderende factoren.....	30
Belemmerend? Bevorderend? Of beide?.....	31
Samenvatting resultaten .....	31
<b>5. Conclusie en Discussie.....</b>	<b>32</b>
Conclusie .....	32
Beantwoording van de deelvragen. ....	32
Beantwoording van de hoofdvraag.....	33
Conclusie van het onderzoek.....	33
Discussie.....	34
Terugkoppeling naar theoretische verkenning. ....	34
Het belang van vervolgonderzoek. ....	35
Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	36
Aanbevelingen voor de praktijk. ....	36
Reflectie op het onderzoek. ....	37
<b>6. Referentielijst.....</b>	<b>40</b>
<b>7. Bijlagen.....</b>	<b>44</b>
Bijlage I: topiclijst voor de semi-gestructureerde interviews.....	44
Bijlage II: Toestemmingsverklaring.....	46
Bijlage III: Codeboom.....	47



## 1. Inleiding

### Aanleiding

In de afgelopen 50 jaar is gezondheid, maar ook de zorg die hierbij komt kijken, door de veelvuldigheid aan veranderingen in de samenleving complexer geworden (Plesk & Greenhalgh, 2001). Men wordt steeds ouder, kan te maken krijgen met meerdere aandoeningen en de zorg voor deze aandoeningen vereist meer specialisme (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). De gezondheidszorg bleek echter niet ingespeeld te zijn op deze grootschalige ontwikkelingen, wat leidde tot omvangrijke gevolgen als toenemende kosten van de AWBZ<sup>1</sup> en een zorgaanbod dat niet volledig meer aansloot op de zorgvraag (CVZ, 2006). Onder meer om deze problemen tegen te gaan begon de Nederlandse overheid zich steeds meer te interesseren in het aanpassen van haar rol binnen de gezondheidszorg. De overheid trok zich terug door inhoudelijke en karakteristieke veranderingen door te voeren (van Oorschot, 2008). Zo werden de werkprocessen en werkwijzen van zorginstellingen aangepast (TransitieBureau, 2012) en was de zorg niet direct meer gericht op het collectief welzijn (Nader, 2011). Deze aanzienlijke veranderingen binnen de gezondheidszorg zijn te plaatsen onder het kopje decentralisatie. Decentralisatie wordt omschreven als de verplaatsing van autoriteit, functies en middelen van het centrum naar de marge (Collins & Green, 1994) en heeft volgens Bergman (1998) twee duidelijke en positieve gevolgen. Ten eerste komt de zorg dichterbij de cliënt te staan waardoor de gezondheidszorg adequater wordt en ten tweede is de zorg door deze adequate, en door lokale instanties gestuurde aanpak, kosten besparend (Bergman, 1998). Met deze uitkomsten in gedachte werd in Nederland een aantal taken en verantwoordelijkheden, die voorheen bij de overheid lagen, overgedragen aan de gemeente en aansluitend opgesteld in onder andere de WMO<sup>2</sup> (WMO, 2015). Gemeenten zijn door deze wetgeving erop aangewezen ondersteuning te bieden aan zorgbehoevende burgers. Deze ondersteuning is bedoeld om mensen met enige hulp weer zelfredzaam te laten zijn en weer mee te laten participeren in de samenleving (WMO, 2015). De decentralisatie van de zorg en het streven naar zelfredzaamheid en participatie ligt in lijn met de veranderde publieke moraal binnen de Nederlandse samenleving, waarin een overstap gemaakt lijkt te zijn van een verzorgingsstaat richting een participatiesamenleving (Lunnemann & Boutellier, 2009). Volgens van Oorschot (2008) kon er mede door deze overstap ook wel worden gesproken van “a fundamental shift (...) of the Dutch welfare state from a model of collective solidarity towards one of personal responsibility” (p. 57).

‘Actief burgerschap’, ‘doe-democratie’ en ‘vitale samenleving’ zijn conceptuele varianten op het principe participatiesamenleving. De participatiesamenleving blijkt een gedachtegoed te zijn dat door velen verschillend kan worden geïnterpreteerd (Tonkens, 2014). Zo associëren liberalen het met individuele verantwoordelijkheid en eigen kracht, sociaal- democraten het met een solidaire

---

<sup>1</sup> Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

<sup>2</sup> Wet Maatschappelijke Ondersteuning.



samenleving waarin iedereen mee kan doen en de christen- democraten het met gemeenschapszin en onderlinge steun in wijken en buurten zonder de interventie van de overheid (Putters, 2013). Deze verschillende associaties komen voort uit uiteenlopende ontwikkelingen die zich voordoen in een participatiesamenleving: het toenemend zelf organiserend vermogen van de samenleving, de terugtrekkende overheid en de stijgende behoefte aan sociale binding (de Haan, 2014). Ondanks deze uiteenlopende ontwikkelingen en de verschillende interpretaties die hieruit voortkomen staat het principe ‘meedoen’ centraal. Alleen meepraten, oftewel politieke participatie, wordt in tegenstelling tot voorheen, niet meer gezien als voldoende. De nieuwe publieke moraal leidt hierdoor tot een oproep aan alle burgers om de handen uit de mouwen te steken. Maar een foutieve veronderstelling, die vaak wordt gemaakt bij deze activeringsinstelling, is dat een participatiesamenleving wordt beschouwd als het tegenovergestelde van een verzorgingsstaat (Tonkens, 2015). De participatiesamenleving wordt in deze aanname namelijk gezien als antoniem vanwege de aanname dat minder verzorgingsstaat zagezegd meer burgerschap zou betekenen. Maar burgerschap komt echter niet vanzelf. De meeste buurtgenoten gaan niet spontaan voor elkaar zorgen en elkaar helpen op het moment dat de overheid zich terugtrekt. Zodoende gaat het in een participatiesamenleving om een moreel-emotionele interactie tussen burgers onderling en tussen burgers en overheid, waarin er gekeken wordt naar de moeilijke kwestie van (her)verdeling van taken en verantwoordelijkheden (Tonkens 2014). Vanuit deze tweestrijd van moreel beladen emoties tussen instituties en burgers zijn er aannames gevormd over de (her)verdeling van taken en verantwoordelijkheden, zodoende ook op het gebied van de gezondheidszorg.

De consequenties van de herverdeling van taken en verantwoordelijkheden binnen de huidige samenleving, en specifiek de consequenties hiervan binnen de gezondheidszorg, kunnen vooral groot zijn voor zorgbehoevende burgers. Iedereen, inclusief zorgbehoevende burgers, wordt in deze samenleving namelijk geacht verantwoordelijkheid te nemen over zijn/haar eigen leven en omgeving, waarbij de overheid slechts een faciliterende rol inneemt indien nodig (van Houten & Winsemius, 2010). Daarbij wordt van iedereen verwacht mee te doen aan het maatschappelijke leven en in eerste instantie terug te vallen op familie en naasten indien zich problemen voordoen, in plaats van een beroep te doen op het geheel aan arrangementen van de overheid (de Vries, 2006). Volgens van der Graag (2004) heeft deze verschuiving geleid tot gevolgen voor het maatschappelijk steunsysteem. Onder maatschappelijk steunsysteem wordt het drietal aan verweven netwerken verstaan; (a) het onderlinge netwerk van patiënten, familieleden en naasten, (b) het netwerk van professionele hulpverleners en (c) het netwerk van lokale en regionale voorzieningen en diensten (van der Graag, 2004; Dankers & Wilken, 2012). Indien men hulp nodig heeft of in de problemen komt, zorgt een samenstelling van deze netwerken voor het behoud van sociale zekerheid. Tot voor kort waren de laatste twee netwerken de overheersende elementen van het Nederlands maatschappelijk steunsysteem waar zorgbehoevende burgers op terugvielen (Karbounlaris et al., 2012). Hierbij kan men bijvoorbeeld





denken aan verplegers en artsen, maar ook aan de GGD of de regionale dienstencentra, die zich richten op gebruikers van thuiszorgdiensten, mantelzorgers en vrijwilligers. Door de herverdeling van verantwoordelijkheden en taken lijkt de focus verlegd te zijn naar het netwerk van patiënten, familieleden en naasten (Dankers & Wilken, 2012).

Een van de belangrijkste veronderstellingen van de huidige Nederlandse samenleving is dat iedereen in de samenleving familie en naasten heeft om op terug te vallen indien problemen zich voordoen. Het tegendeel blijkt echter waar te zijn. Er zijn namelijk burgers die, door bijvoorbeeld bedrog en/of een continue schending van vertrouwen, geen netwerk van familieleden en naasten (meer) hebben om op te bouwen (Toet et al., 2006; Larkin, 2011). Het vertrouwen van familie en naasten kan geschaad zijn door de problemen van zorgbehoevende burgers, of omgekeerd kunnen zij zelf geen vertrouwen meer hebben in familieleden en naasten. Het gedachtegoed van de huidige samenleving kan daardoor problematische gevolgen hebben voor deze groep, in het bijzonder voor de burgers binnen deze groep die veelvuldig gebruik maken van de netwerken van professionele hulpverleners en regionale voorzieningen en diensten (Tonkens, 2014). Zij zouden hierdoor tegen problemen kunnen aanlopen bij het behouden van hun sociale zekerheid die zij voorheen niet tegenkwamen. Het ligt voor de hand te veronderstellen dat deze groep zorgbehoevende burgers mogelijk beperkingen ervaren in de zorg die hoort bij de sociale zekerheid nu deze richting de principes van eigen verantwoordelijkheid en participatie vorm beginnen te krijgen.

## **Probleemstelling**

In de regio Haaglanden is zorginstelling Parnassia, samen met vijf andere grote zorginstellingen; de Stichting Anton Constandse, de Kessler Stichting, Limor, RIBW Fonteyenburg en het Leger des Heils, verantwoordelijk voor de zorg omtrent Beschermd Wonen. Bij Beschermd Wonen gaat het om het bieden van onderdak en begeleiding aan personen met een psychische aandoening. Aldus zorgen de zes zorginstellingen voor zorgbehoevende burgers die (a) een indicatie hebben van een psychische stoornis, (b) dak-/thuisloos zijn (geweest) en/of (c) te maken hebben (gehad) met verslavingsproblematiek. De cliënten van deze zorginstellingen behoren tot de doelgroep die bij uitstek door veelvuldige problemen vaak geen netwerk van familie en naasten meer hebben om op terug te vallen (van der Graag, 2004). Familie en naasten hebben in de meeste gevallen hun banden verbroken of ingeperkt door wispelturig en agressief gedrag dat vaak naar voren komt bij de problematiek van deze groep (Lindqvist & Allebeck, 1990). De principes van de huidige samenleving en de daarbij aansluitende decentralisatie van de gezondheidszorg, hebben ook voor veranderingen gezorgd in de zorgsector van deze zorginstellingen. Zo valt de zorg binnen deze sector onder het beleid van de WMO en is het eveneens de verantwoordelijkheid van de gemeente geworden. Vanuit het gedachtegoed van deze verantwoordelijkheid is in de regio Haaglanden vastgesteld dat bepaalde kwetsbare en zorgbehoevende burgers zich zelfredzamer moeten opstellen. Zodoende wordt van steeds



meer zorgbehoevende cliënten, die in eerste instantie intramurale zorg kregen aangeboden, verondersteld dat zij over kunnen stappen op extramurale zorg. Dit houdt in dat deze cliënten niet langer meer begeleid behoren te wonen in een zorginstelling maar zelfstandig dienen te wonen met ambulante zorg. Wat deze overgang in de huidige samenleving betekent voor deze specifieke groep zorgbehoevende burgers in de regio Haaglanden is nog niet duidelijk.

## **Doelstelling en relevantie van het onderzoek**

Het doel van dit onderzoek is daarom gericht op inzicht verkrijgen in hoe zorgbehoevende burgers, die van begeleid wonen naar (begeleid) zelfstandig wonen zijn overgeplaatst, de veranderingen aangaande hun zorg ervaren. Dit onderzoek richt zich daarvoor op het (omschreven) dagelijks leven van cliënten uit de regio Haaglanden. Vanuit het beeld van hun dagelijks leven wordt getracht de zorg te achterhalen die deze burgers krijgen (en hebben gekregen) voor het behoud van hun sociale zekerheid. Door in te gaan op het dagelijks leven van deze burgers en de zorg die zij krijgen, komen de interne gevoelens en de externe uitingen naar voren die gevormd zijn binnen de verschillende levensdomeinen van deze cliënten. Kort gezegd, hoe de cliënten denken over de aangeboden zorg en hoe zij hierop reageren. Het omvatten van deze gevoelens en uitingen maakt het zodoende mogelijk een indicatie weer te geven van de zorgervaringen van deze zorgbehoevende burgers.

Onderzoek naar de zorgervaring van deze zorgbehoevende burgers is om verschillende redenen van belang. Om te beginnen is het onderzoek wetenschappelijk relevant doordat het een relatief onbekend terrein in onder andere de psychologie, sociologie en de gezondheidswetenschappen, inzichtelijk probeert te maken. Er zijn weinig empirische studies gedaan naar de gevoelens en uitingen en bijgevolg ervaringen van deze specifieke groep zorgbehoevende burgers in een veranderde gezondheidszorg als de huidige Nederlandse. De veranderingen in de huidige gezondheidszorg leiden namelijk tot een unieke situatie met aansluitend unieke psychologische (Devlin & Arneill, 2003), sociologische (Wong et al., 2011) en gezondheidswetenschappelijke (Saltman et al., 2007) aspecten. Een studie naar deze aspecten zou een bijdrage kunnen leveren aan reeds bestaande assumpties binnen deze disciplines. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan theorieën over de mate van afhankelijkheid van zorgbehoevende burgers ten aanzien van de overheid en naasten (Dean & Taylor-Gooby, 1992; Grootegoed & van Dijk, 2012). Deze richten zich tot op heden nog voornamelijk tot burgers boven de pensioengrens.

Daarnaast is het onderzoek van praktisch belang voor de verschillende gezondheidsinstellingen in de regio Haaglanden. Aan de hand van dit onderzoek kunnen zij hun werkwijze mogelijk aanpassen, rekening houdend met de ervaringen van hun cliënten. Ook voor de gemeente is het onderzoek van waarde. Het onderzoek kan namelijk een empirische indicatie geven van de huidige situatie van deze specifieke groep zorgbehoevende burgers. Deze indicatie zou vervolgens een bijdrage kunnen leveren aan de interpretatie van de inhoud van de veranderende zorg in deze



specifieke zorgsector, die tot op heden nog niet volledig is bepaald. Tevens kan dit onderzoek beschouwd worden als een indicatie van de effecten van de veranderingen in de zorg voor zorgbehoevende burgers, voornamelijk voor zorgbehoevende burgers die geen netwerk van familie en naasten meer hebben om op terug te vallen. Ervaren zij deze veranderingen inderdaad als een beperking, zijn zij tevreden met hun huidige zorg of voelen zij zich betutteld door de zorg die zij krijgen? Dit zijn belangrijke maatschappelijke vragen die tot op heden nog onbeantwoord zijn.

### **Leeswijzer**

Maar voordat het doel van dit onderzoek nagestreefd kan worden, dienen er een aantal stappen te worden genomen. De eerste stap is het schetsen van een theoretische verkenning van de probleemstelling die eerstvolgend zal worden weergegeven in hoofdstuk 2. De tweede stap is het verhelderen van de methodologische aspecten van het onderzoek, die behandeld zullen worden in hoofdstuk 3. De derde stap is het aandragen van de resultaten van het onderzoek die zullen worden gepresenteerd in hoofdstuk 4. Als laatste zullen er in hoofdstuk 5 conclusies getrokken worden op basis van de analyse van deze resultaten waarbij er terug zal worden gereflecteerd naar de theoretische verkenning. Ook worden in dit hoofdstuk het belang en de aanbevelingen voor vervolgonderzoek uitgewerkt en zal er een reflectie worden gegeven over het uitgevoerde onderzoek.



## 2. Theoretische Verkenning

De theoretische verkenning van dit onderzoek bestaat uit drie delen. Het eerste deel richt zich tot het opstellen van het theoretisch kader waarin verschillende concepten en theorieën worden beschreven die betrekking hebben op veranderingen binnen de gezondheidszorg. In deze uiteenzetting van verschillende begrippen en theorieën worden veronderstellingen van het onderzoek opgesteld. Het tweede deel geeft schematisch het theoretisch model weer waar dit onderzoek op is gebaseerd. Ten slotte construeert het derde deel van dit hoofdstuk de onderzoeksvraag en deelvragen.

### Theoretisch kader

Om de zorgervaring van de specifieke groep zorgbehoevende burgers van dit onderzoek aan te kunnen duiden, is het van belang om een interdisciplinaire benadering toe te passen. De reden voor een dergelijke benadering is terug te vinden in de veelvoudigheid aan factoren die meespelen bij het tot stand komen van deze zorgervaring. Zo zorgen gevoelens vanuit verschillende levensdomeinen van het dagelijks leven voor een specifieke invulling. Deze aspecten impliceren daarom de noodzaak voor het insluiten van een psychologische visie in de onderzoeksbenadering. Anderzijds vormt de positie die deze groep inneemt op sociaal, cultureel en economisch vlak, maar voornamelijk de uitspraken, handelingen en gedragingen die voortkomen uit deze positie, ook deze zorgervaring. De vormgeving van deze positie en de uitingen die deze voortbrengt geeft zodoende het sociologische aspect van dit onderzoek weer en bijgevolg het belang van een sociologische visie. Maar ook de medische kant van de zorgervaring vraagt om een specifieke visie in dit onderzoek. Door te kijken naar de zorgervaring wordt de urgentie duidelijk voor een onderzoeksbenadering die een visie vanuit de gezondheidswetenschappen in acht neemt. Het onderzoek dient bewust te zijn van het feit dat deze zorgbehoevende burgers te maken hebben met unieke gezondheidsontwikkelingen, waar specifieke consequenties uit voortvloeien. Deze consequenties zorgen vervolgens voor een specifiek kader waarin de zorgervaring wordt geconstrueerd. Vanwege de erkenning van deze factoren bestaat de interdisciplinaire benadering in deze thesis uit een theoretisch model die is opgebouwd uit een samenstelling van deze 3 disciplines. Ten eerste is het theoretisch model gefundeerd met de gezondheidswetenschappelijke aanname dat de zorgvraag beïnvloed wordt door de levensdomeinen van de mens (Cummins, 1996). Aansluitend aan deze aanname is er vanuit de psychologie het vermoeden dat, door de beïnvloeding van de zorgvraag, de zelfredzaamheid van een persoon verandert (Grootegoed & van Dijk, 2012). Het vermoeden van deze verandering gaat samen met de sociologische verwachting dat ook de mogelijkheid tot participeren wordt gemanipuleerd door de beïnvloeding van de zorgvraag (Goffman, 1961).



**Zorgvraag.** Op 1 januari jl. is de Nederlandse gezondheidszorg gedecentraliseerd. Gemeenten zijn vanaf dat moment volledig verantwoordelijk voor jeugdzorg, werk en inkomen en zorg aan langdurige zieken en ouderen (WMO, 2015). Zoals in de introductie besproken is een deel van deze verantwoordelijkheid geplaatst onder het beleid van de WMO. Vanuit dit beleid is zorg gericht op de ondersteuning van burgers zodat zij weer zelfredzaam kunnen zijn en bijgevolg weer kunnen participeren in de samenleving. De onderliggende gedachte hier is dat de zorgvraag van de burgers, en daarmee ook de potentie tot zelfredzaamheid en participatie, wordt beïnvloed door de levensdomeinen van de mens die schuil gaan in het dagelijks leven (Zorgmarkt, 2014). Zo supponeren verschillende studies binnen de gezondheidswetenschappen deze gedachtegang vanuit de theorie dat het persoonlijk welzijn in relatie staat met de levensdomeinen van de mens (Cummins, 1996; Schalock, 2004; Rojas, 2006). Deze studies stellen vervolgens dat, indien het slecht gaat binnen de levensdomeinen van de mens, het persoonlijk welzijn omlaag en als effect de zorgvraag omhoog zal gaan (Cummins, 1996). Ondanks de overwegende overeenstemming van deze gevolgtrekking, bestaat er een veelvoudigheid aan en onenigheid over het aantal levensdomeinen. Zo hanteren Cummins en Rojas beide 7, maar 7 verschillende levensdomeinen en werkt Schalock in zijn onderzoek met 8 levensdomeinen. In dit onderzoek wordt er echter voor gekozen om uit te gaan van de volgende 5 levensdomeinen; dagbesteding, sociale contacten, zingeving, gezondheid en financiën, doordat de richtlijnen van de WMO die uitgaan van deze levensdomeinen. De zorg en ondersteuning van burgers zijn zodoende ingespeeld op deze levensdomeinen en nemen aan dat, indien het (al) binnen 1 of 2 levensdomeinen van de burger slecht gaat, de zorgvraag stijgt (Zorgmarkt, 2014). Dat de zorg ingespeeld is op deze aanname is terug te vinden in het feit dat kwetsbare en zorgbehoevende burgers gevraagd worden naar hun levensdomeinen indien zij aanspraak doen op de professionele instanties. Daarnaast proberen begeleiders de situatie binnen deze levensdomeinen te bevorderen, wat voor sommige zorgbehoevende burgers echter meer werk zal opleveren dan bij anderen.

Zo is in veel studies gebleken dat de zorgbehoevende burgers van dit onderzoek voorbestemt zijn om een slechte situatie binnen hun levensdomeinen te creëren. Ter illustratie, dakloze mensen zijn een populatiegroep gebleken met een hoge gezondheidsrisico (Wright, 1990) en verslaafde mensen vertonen vaak wispelturig en agressief gedrag wat niet bevorderend werkt voor de sociale contacten (Lindqvist & Allebeck, 1990). Bovendien is de dakloze status vaak voortgekomen uit financiële problemen (Laere et al., 2009) en zijn zowel daklozen als verslaafden overwegend bezig met de huidige situatie en streven niet naar een situatie zonder problemen, wat veronderstelt dat zij niet bezig zijn met hun zingeving (Schaler, 2000). Kort samengevat, het lijkt onvermijdelijk dat de zorgbehoevende burgers van dit onderzoek problemen kunnen ondervinden binnen hun levensdomeinen. Voorgaande illustraties, tezamen met de assumptie over de stijgende zorgvraag, leiden tot de eerste veronderstelling van dit onderzoek. **Veronderstelling 1:** Door de slechte situatie binnen een aantal levensdomeinen is de zorgvraag van de zorgbehoevende



burgers van dit onderzoek verhoogd. Een verhoogde zorgvraag heeft mogelijk ook bijkomende consequenties voor deze burgers.

**Zelfredzaamheid.** In de huidige samenleving is zelfredzaamheid een van de belangrijkste concepten. Het zou kunnen omschreven worden als de mate waarin iemand in staat is voor zichzelf te zorgen of als het vermogen om het leven in te richten zonder de hulp van anderen (Vilans, 2013). Maar als men kijkt naar de gedachtegoed van de huidige samenleving en specifiek naar die van de WMO, gaat het bij zelfredzaamheid om het gegeven dat men zich kan redden zonder professionele ondersteuning. Zodoende wordt hier aangenomen dat zelfredzaamheid begrepen wordt als het vermogen van burgers om zichzelf te redden op alle levensdomeinen met zo min mogelijk professionele ondersteuning en zorg. Maar zelfredzaamheid werd niet altijd gezien als prioriteit binnen de Nederlandse samenleving. In de periode voorgaand aan de huidige publieke moraal, was het principe afhankelijkheid niet geheel ongebruikelijk (Hemerijck, 2012; Larrain, 2013). De overheid dacht de kwetsbare burgers te behoeden voor buitensluiting van de samenleving met een verschuiving van afhankelijkheid ten opzichte van de markt naar de afhankelijkheid ten opzichte van zichzelf (Hemerijck, 2012). Maar voor sommige kwetsbare burgers werkte deze verschuiving niet geheel als gewenst. Afhankelijkheid werd destijds hoofdzakelijk gekoppeld aan leeftijd (Taylor-Gooby, 1991). Zo ondervonden mensen vanaf de pensioen gerelateerde leeftijd een relatief lagere status op sociaal en economisch gebied in vergelijking met voorgaande jaren. Deze lage sociale en economische status werd vervolgens gekenmerkt door financiële afhankelijkheid ten opzichte van anderen, en met name ten opzichte van de overheid (Tinker, 2014). Door deze afhankelijkheid gaven gepensioneerde burgers aan een beperking te voelen in hun mobiliteit en bijgevolg minder middelen te hebben dan de periode voor hun pensioen (Dean & Taylor-Gooby, 1991). Om toch de middelen en mobiliteit te hebben, deden sommige burgers aanspraak op familie. Voor deze bevolkingsgroep is zodoende gebleken dat de afhankelijkheid ten opzichte van de overheid een negatief effect kan hebben op de gemoedrust (Dean & Taylor-Gooby, 1991; Gillespie et al., 2012). Oftewel, de hoge mate van afhankelijkheid waar deze zorgbehoevende burgers mee werden geconfronteerd, leidde tot een gevoel van limitatie.

Een andere bevinding die op één lijn lijkt te staan met deze psychische gevoel van limitatie, kwam naar voren in een recenter onderzoek naar de autonomie van zorgbehoevende burgers (Grootegoed & van Dijk, 2012). Autonomie wordt gezien als de zelfstandigheid van individuen en impliceert in zekere zin hetzelfde als zelfredzaamheid. Zo concludeerde Grootegoed & van Dijk (2012) dat mensen die langdurige zorg krijgen aangeboden, zich gevangen voelde tussen de algemene definitie van autonomie en hun eigen idealen van dit principe. Dit gevangen gevoel lijkt zelfs versterkt te zijn door de opkomende trend van zelfredzaamheid en participatie. Door dit opgesloten gevoel bekende meer dan 60 procent van deze invalide burgers een beperking te voelen in hun zorg (Grootegoed & van Dijk, 2012). Zij moesten steeds vaker terugvallen



op familie en naasten en de publieke gezondheidszorg was minder toegankelijk geworden. Kortom, de indicaties van de gevoelens van invalide en gepensioneerde burgers uit deze verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat een afhankelijke dan wel autonome positie ten opzichte van anderen invloed heeft op het psychische vermogen van deze burgers. Daarnaast dienden zij steeds vaker aanspraak te doen op familie en naasten. Ondanks dat beide studies niet de onderzoekspopulatie van dit onderzoek betreffen, zou deze gevolgtrekking ook kunnen gelden voor de zorgbehoevende burgers van dit onderzoek waardoor de tweede veronderstelling van dit onderzoek kan worden gevormd. **Veronderstelling 2:** Doordat de zorgbehoevende burgers steeds meer afhankelijk dienen te zijn van familie en naasten ervaren zij een daling in hun zelfredzaamheid.

**Participatie.** Naast de verwachting dat burgers zelfredzaam zijn, is er in de huidige samenleving ook de verwachting dat mensen participeren in het maatschappelijk leven. Een uitgebreidere definitie van participatie die in deze thesis gehanteerd zal worden luidt als volgt; “deelname van burgers aan de samenleving, zoals het hebben van werk, volgen van onderwijs, verrichten van vrijwilligerswerk en betrokken zijn bij leefbaarheid van de eigen omgeving, op een voor de persoon zinvolle manier” (ThesaurusZorgenWelzijn, 2013). Al enige tijd geleden heeft Goffman (1959) uitspraken gedaan over het handelen, aldus het participeren van mensen, die nog steeds van toepassing zijn. Het handelen van mensen en zodoende ook het handelen van zorgbehoevende burger wordt namelijk, zoals Goffman het verwoord, geuit in een ‘performance’. In een ‘performance’ wil men over het algemeen een bepaalde, positieve indruk achterlaten op de mensen die zich bevinden in diezelfde setting. Daarnaast spreekt Goffman in zijn sociologische theorie van performance ook over het principe sociale mobiliteit (Goffman, 1959). Zo is een samenleving ingedeeld op het principe dat mobiliteit mogelijk is door het toepassen van passende gedragingen. Gedraagt een persoon zich volgens de verwachtingen van de samenleving, dan is mobiliteit geaccepteerd en gestimuleerd. Echter, in het geval van de zorgbehoevende burgers van dit onderzoek, schijnt er geen sprake te zijn van passende gedragingen (de Graag, 2004). Het is namelijk vastgesteld dat deze zorgbehoevende burgers, vaak door persoonlijke problemen, niet het gedrag vertonen wat verwacht wordt voor het mogelijk maken van sociale mobiliteit waar Goffman (1959) op doelde. Zo komt deze groep burgers in aanmerking met drugs en hebben daarbij vaak alcoholische problemen waardoor zij verreweg van passende gedragingen toepassen (Toet et al., 2006). Er is daarnaast, tot op de dag van vandaag, herhaaldelijk onderzoek gedaan naar de connectie tussen de sociaal- economische positie van individuen en de mogelijkheid tot handelen in de samenleving en specifiek het handelen binnen de zorg (Currie, 2008; Stringhini et al., 2011 & Helman, 2014). Vanuit deze onderzoeken is aangetoond dat een dergelijke connectie daadwerkelijk aanwezig is. Zo hebben mensen met een relatief lagere sociaal- economische positie vaak minder mogelijkheden in hun toegang en behoud van en het participeren binnen de gezondheidszorg (Currie, 2008). Daarnaast hebben mensen met een lage





sociaal-economische positie, over het algemeen, ook een lage culturele status die belemmerend kan werken voor het meedoen in de samenleving (Stronk & Hulshof, 2001). Dit veronderstelt dat deze burgers niet volgens de verwachtingen van de huidige samenleving kunnen participeren (Hemerijck, 2011). Uit het onderzoek van Hemerijck is gebleken dat deze verwachting leidde tot een gevoel van onbegrip bij zorgbehoevende burgers.

Uit ander onderzoek is gebleken dat, zorgbehoevende burgers die voor een langere periode zorg krijgen aangeboden nadien moeilijk weer terug kunnen komen in de samenleving (Goffmann, 1961). Zo deed Goffman onderzoek naar mensen in een verzorgingstehuis en concludeerde dat zij het moeilijk te bevatten vonden hoe zij moesten meekomen in de samenleving, die is door blijven ontwikkelen gedurende hun verblijf in het verzorgingstehuis. Zij waren gewend geraakt aan afhankelijkheid en aan het feit dat bepaalde handelingen door anderen werden gedaan. In de huidige Nederlandse samenleving is afhankelijkheid niet meer gewenst. Zodoende lijkt de positie die zorgbehoevende burgers op cultureel, sociaal en economisch gebied, samen met de duur van aangeboden zorg, ervoor te zorgen dat zorgbehoevende burgers niet kunnen participeren in de samenleving (Penninx & Sprinkhuizen, 2011). Deze theorieën over participatie hebben geleid tot de laatste veronderstelling van dit onderzoek. **Veronderstelling 3:** Door de positie van zorgbehoevende burgers, maar ook door het feit dat zij al enige tijd zorg verleend krijgen, participeren zorgbehoevende burgers niet in het maatschappelijk leven. Alle drie de veronderstellingen blijken in te gaan tegen de huidige moraal van de samenleving en specifiek de gedachtegoed van de zorg die wordt vergeven.

### Theoretisch model

Dit onderzoek gaat uit van het volgende theoretisch model wat is opgesteld uit bovenstaande theorie;

<u>Zorgvraag afhankelijk van:</u>	<u>Effecten van (zorg)beleid op:</u>	<u>subject van studie:</u>
Dagbesteding	zelfredzaamheid  participatie	zorgervaring
sociale contacten		
zingeving		
gezondheid		
financiën		

### Vraagstelling en deelvragen

Vanuit de kennis van de probleemstelling en de theoretische verkenning is voor dit onderzoek de volgende vraagstelling geconstrueerd:

*“Hoe ervaren zorgbehoevende burgers uit de regio Haaglanden, die zijn overgeplaatst van begeleid wonen in een zorginstelling naar (begeleid) zelfstandig wonen, de veranderingen aangaande hun zorg in hun dagelijks leven?”*





Daarbij komend zijn de volgende deelvragen naar voren gekomen;

1. *Waaruit bestaat het dagelijks leven van deze zorgbehoevende burgers?*
2. *Wat voor zorg krijgen (en kregen) deze zorgbehoevende burgers?*
3. *Wat zijn de ervaringen van deze zorgbehoevende burgers?*



### 3. Onderzoeksopzet

In dit hoofdstuk wordt de opzet van het onderzoek weergegeven. Deze is onderverdeeld in twee delen: de praktische aspecten en de operationalisering. Onder de praktische aspecten worden (a) het onderzoekstype, (b) de onderzoekspopulatie, (c) de onderzoeksmethoden en (d) de analyse van het onderzoek verstaan die respectievelijk worden aangehaald. De operationalisering daarentegen, is het uitvoerbaar maken van het onderzoek waardoor de mogelijkheid wordt gecreëerd om, na het verzamelen en analyseren van de data, een antwoord te geven op de vraagstelling. Hiervoor worden de belangrijkste concepten van de vraagstelling toegelicht en aangegeven hoe deze gemeten gaan worden met behulp van de onderzoeksmethoden.

#### Praktische Aspecten

**Onderzoekstype.** Het onderzoek is om te beginnen kwalitatief van aard. De wijze waarop een dergelijk onderzoek wordt uitgevoerd kent geen afgesproken formule en staat niet vast (Bernard, 2006). De keuze voor een formule en daarbij de uitvoering van dit onderzoek, is zodoende geheel afhankelijk van de situatie. De keuze voor een kwalitatief karakter van dit onderzoek was hierdoor voortgekomen uit een aantal situationele kenmerken. Deze was allereerst beïnvloed door het moment waarop dit onderzoek plaatsvond. Het onderzoek betreft namelijk een analyse van de zorgervaring van zorgbehoevende burgers, waar, naar aanleiding van de veranderde publieke moraal, onlangs aanzienlijke veranderingen in zijn doorgevoerd. Doordat deze recentelijk zijn doorgevoerd is er weinig bestaande data beschikbaar over deze ontwikkelingen en bijgevolg de ervaring van zorgbehoevende burgers. Zodoende was het uitvoeren van kwalitatief onderzoek bij uitstek de manier om deze ervaring in beeld te kunnen brengen. Ten tweede betreft het onderzoek een moeilijk benaderbare onderzoekspopulatie. Zo is onder andere gebleken dat deze doelgroep een lage spanningsboog heeft wat snel tot verveling kan leiden (Mortelmans, 2013). Gedurende het uitvoeren van kwalitatieve onderzoeksmethoden, kan er rekening worden gehouden met deze lage spanningsboog door af en toe ruimte te creëren voor onderwerpen waar de respondent in is geïnteresseerd om later weer terug te komen op het onderzoek. Op deze manier wordt de kans ingeperkt dat de respondent zijn aandacht verliest.

**Onderzoekspopulatie.** De onderzoekspopulatie van dit onderzoek, betreft zorgbehoevende burgers uit de regio Haaglanden die zijn overgeplaatst vanuit een zorginstelling naar een (begeleid) zelfstandige woning. De reden voor opname in een zorginstelling was voortgekomen uit de dak-/thuisloze status en/of de verslavings-/psychische problematiek die deze burgers hadden en/of hebben. De zorg voor deze doelgroep wordt in de regio Haaglanden hoofdzakelijk uitgevoerd door zes grote zorginstellingen die zijn aangewezen voor de zorg omtrent Beschermd Wonen. Dit zijn Parnassia, de



Stichting Anton Constandse, de Kessler Stichting, Limor, RIBW Fonteyenburg en het Leger des Heils. Zodoende hebben de respondenten zorg gekregen, of krijgen nog steeds zorg aangereikt, van een van deze zorginstellingen.

**Onderzoeksmethoden.** In dit onderzoek is er gebruik gemaakt van meerdere onderzoeksmethoden. Doordat er gebruik is gemaakt van meerdere onderzoeksmethoden kan er ook wel worden gesproken van methodentriangulatie. Volgens Maso & Smaling (1998) bevordert methodentriangulatie de interne betrouwbaarheid van het onderzoek. Betrouwbaarheid kan worden gezien als de afwezigheid of het minimaliseren van toevallige vertekeningen en zegt iets over een adequate uitvoering van het onderzoek (van Zwieten & Willems, 2004). Kort gesteld, het idee achter methodentriangulatie is dat de methoden elkaar kunnen controleren op toevallige vertekeningen die, indien er geen gebruik wordt gemaakt van meerdere methoden, mogelijk over het hoofd waren gezien.

*Semi-gestructureerde interviews.* Het houden van semi-gestructureerde interviews met respondenten die onder de onderzoekspopulatie vielen betrof de eerste methode van dit onderzoek. Deze vorm van interviewen is zowel informeel als begrijpelijk (Bernard, 2006). Het houdt in dat de interviewer gaat zitten met de respondent om simpelweg een interview af te nemen. De reden waarom juist deze methode geschikt oogde voor dit onderzoek is te danken aan de minimale mate van controle die wordt gehouden over de antwoorden van de respondent. Vanwege de informatie waar dit onderzoek achter probeert te komen, een indicatie van de zorgervaringen van zorgbehoevende burgers, is het van uiterst belang om zo min mogelijk controle te behouden over de respondent. De respondent wordt op deze manier in de gelegenheid gesteld zich open te stellen en zich uit te drukken in zijn/haar eigen woorden en in zijn/haar eigen tempo (Bernard, 2006). Door deze vrijheid leek voorafgaand het onderzoek de kans, in verhouding met andere interviewvormen, aanzienlijk groot dat de zorgervaringen aan het licht zouden komen tijdens het onderzoek.

Om deze zorgervaringen aan het licht te brengen is in de semi-gestructureerde interviews onder andere gevraagd naar de zorg die de respondenten op het moment krijgen en naar de zorg die de respondenten voorheen kregen. Daarnaast werd er geïnformeerd naar hun dagelijks leven en naar de verschillende levensdomeinen die schuilgaan in het dagelijks leven. Deze levensdomeinen beïnvloeden (mogelijk) de zorgvraag van de cliënten. Vervolgens werd er tijdens het bespreken van deze punten gerefereerd naar de concepten zelfredzaamheid en participatie (De lijst met thema's voor de semi-gestructureerde interviews is bijgevoegd als bijlage III). Het bespreken van deze punten maakt het zodoende mogelijk om de zorgervaringen van de veranderingen in de huidige gezondheidszorg te kunnen omvatten. Uiteindelijk zijn er 16 semi-gestructureerde interviews afgenomen waarin deze punten besproken werden die allen niet langer dan 60 minuten duurden.

Naast de semi-gestructureerde interviews met respondenten, is er ook gesproken met enkele begeleiders. De aanleiding voor deze gesprekken lag in het feit dat (a) de begeleiders vanuit de



zorginstellingen nog in contact staan met de respondenten sinds zij overgeplaatst zijn naar (begeleid) zelfstandig wonen en (b) er voorafgaand het onderzoek bepaald was dat er niet individueel met cliënten mocht worden gesproken vanwege de achtergrond en problematiek van de respondenten. Zodoende zijn er informele gesprekken gehouden met de begeleiders van de respondenten die vaak voor of na een interview plaatsvonden. Soms waren deze begeleiders in de ruimte zelf en in andere gevallen in de ruimte ernaast. Hierdoor ontstond de mogelijkheid om (a) bepaalde zaken die tijdens het interview naar voren kwamen te verifiëren en/of (b) te informeren hoe zij de ervaringen van de respondenten zouden omschrijven.

*(Participerende) observatie.* De laatste methode van dit onderzoek wordt ook wel gezien als de karakteristieke methode van de discipline antropologie; participerende observatie (Bernard, 2006). Het idee achter deze methode is dat de onderzoeker zowel kan fungeren als insider, die aspecten van het leven om zich heen observeert en noteert, als outsider, waarin hij/zij participeert in sommige aspecten van het leven om zich heen en zoveel mogelijk van deze beleving noteert. In het eerste geval is de onderzoeker een observerende participant, en in het laatste geval is de onderzoeker een participerende observeerder (Bernard, 2006). Deze methode werd in dit onderzoek toegepast in de vorm van huisbezoeken aan een aantal respondenten, waarin, naast de woordelijke weergave vanuit het interview, ook een schets gemaakt kon worden van het dagelijks leven van de respondenten via eigen observatie. Hierbij moet gedacht worden aan het observeren van de respondent in de huiselijke omgeving en hoe deze omgeving mogelijk invloed kan hebben op de ervaringen van de respondent. Na afloop van het bezoek werden alle gemaakte observaties in chronologische volgorde uitgewerkt. In deze uitwerkingen zijn de merkwaardigheden van het bezoek besproken. Zoals aangegeven zijn de huisbezoeken bij een aantal van de respondenten uitgevoerd en duurden gemiddeld 1,5 uur. De keuze voor deze respondenten had te maken met (a) het feit of een huisbezoek van belang was voor de stagebegeleider en (b) aan de afweging van de respondent of hij/zij zijn/haar vertrouwde omgeving open wilde stellen voor het onderzoek. Zodoende hebben er in totaal 11 huisbezoeken plaatsgevonden.

Naast de (participerende) observaties gedurende de huisbezoeken, zijn er ook observaties uitgevoerd tijdens de werkgroep bijeenkomsten tussen de gemeente Haaglanden en de zes grote zorginstellingen. Deze bijeenkomsten worden sinds de aanloop van de definitieve invoering van de WMO maandelijks gehouden. Hierin worden de belangrijkste afspraken omtrent Beschermd Wonen geëvalueerd. Deelname aan deze werkgroepen heeft geleid tot een beter begrip van de context van deze zorgsector. Vanwege het gebruik van (participerende) observatie als onderzoeksmethode, en de observaties zodoende onderdeel zijn van de resultaten, was het van belang om de observaties te blijven evalueren gedurende het gehele onderzoek (Spradley, 1980). Daarom is ervoor gekozen om notities bij te houden in een onderzoeksdagboek waarin de overwegingen, bevindingen en hersenspinsels van de onderzoeker in staan verwerkt. De observaties van zowel de huisbezoeken als de werkgroep bijeenkomsten, maar ook de overwegingen, bevindingen en



hersenspinsels uit de notities zijn allen, samen met de bevindingen van de interviews, meegenomen in de analyse en bijgevolg in de beantwoording van de vraagstelling.

**Analyse van het onderzoek.** Het uitwerken van de semigestructureerde interviews en de (participerende) observaties heeft in de meeste gevallen direct na afloop plaatsgevonden. De interviews waren opgenomen met een voicerecorder en zijn vervolgens letterlijk getranscribeerd. De (participerende) observaties zijn met het blote oog uitgevoerd en zijn direct na het huisbezoek genoteerd. Zoals aangegeven is er vanwege het toepassen van observaties gebruik gemaakt van een onderzoeksdagboek. Naast dat deze kan worden gezien als onderzoeksmethode, is het gebruik van een onderzoeksdagboek ook een vorm van data-analyse. Dit komt omdat het (onbewust) ervoor heeft gezorgd dat de data op een bepaalde manier is geïnterpreteerd, gestructureerd en opgeschreven gedurende het coderen van de data. Deze eerste indicatie van de onderzoeksdata, tezamen met de uitgewerkte concepten van de theoretische verkenning, maken deel uit van open coderen. Open coderen houdt in dat kleine fragmenten data, dit kunnen woorden, zinnen of paragrafen betreffen, zorgvuldig zijn overwogen en vergeleken (Lewins & Silver, 2007). Lewins & Silver (2007) veronderstellen dat verschillende vormen van coderen helpt op verschillende momenten in het analyseproces. Zodoende is de data, na het open coderen, verder bekeken op overeenkomsten en verschillen middels axiaal coderen. Hierdoor krijgen codes een precieze definitie en zijn zodoende gevalideerd (Boeije, 2005). Dit is gedaan met behulp van het analyseprogramma NVivo 10. De codeboom die na axiaal coderen is gevormd kan terug worden gevonden als Bijlage III. Doordat er gebruik is gemaakt van meerdere analysetechnieken kan er worden gesproken van analysetriangulatie. Analysetriangulatie vergroot de validiteit van het onderzoek door te zorgen voor meer complete inzichten en een dieper of breder begrip. Er is als het ware steeds vanuit een andere hoek naar dezelfde data gekeken of naar delen daarvan waardoor de kans op systematische vertekeningen verkleind of zelfs helemaal wordt weggenomen (Kimchi et al., 1991).

## **Operationalisering**

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is het van belang om de belangrijkste concepten van de vraagstelling toe te lichten. Zodoende zullen de concepten zorgbehoevende burgers, het dagelijks leven, de zorg en de zorgervaring respectievelijk worden behandeld.

**Zorgbehoevende burgers.** De zelfredzaamheid en de participatie van kwetsbare en zorgbehoevende burgers staat centraal in de huidige samenleving en in de WMO. In zowel de samenleving als de WMO worden verschillende groepen burgers gezien als kwetsbaar en zorgbehoevend. Hierbij kan men denken aan burgers met een beperking die is voortgekomen uit ouderdom of een handicap, een chronische ziekte dan wel een psychologische ziekte (Kooiker & Hoeymans, 2014). Zoals eerder aangegeven richt dit onderzoek zich tot zorgbehoevende burgers die (a)



een indicatie hebben van een psychische stoornis, (b) dak-/thuisloos zijn (geweest) en/of (c) te maken hebben (gehad) met verslavingsproblematiek.

**Het dagelijks leven.** Het dagelijks leven is het patroon van gebruikelijke handelingen en bezigheden die volgens een min of meer regelmatig ritme terugkeren (Nijhoff & Moordegaai, 2011). In het dagelijks leven van mensen gaan verschillende levensdomeinen schuil als dagbesteding, sociale contacten, zingeving, gezondheid en financiën. Vanuit de theorie is verondersteld dat deze levensdomeinen de zorgvraag beïnvloeden. Middels het schetsen van het dagelijks leven van de zorgbehoevende burgers van dit onderzoek wordt duidelijk wat voor zorg zij hebben gekregen en krijgen voor deze levensdomeinen. Deze schets kan gemaakt worden door tijdens de semi-structureerde interview ten eerste te vragen “hoe een gemiddelde dag [van de respondent] eruit ziet”. Vanuit deze vraag wordt er verder ingegaan op de levensdomeinen en hoe deze in relatie staan tot de verkregen zorg.

**De zorg.** Gezondheidszorg wordt door Van der Meer & Schouten (1997) omschreven als “het geheel aan zorgverleners, instellingen, middelen en activiteiten die zijn gericht op behoud en de verbetering van de gezondheid van mensen en zich zodoende bezig houden met het reduceren, opheffen, compenseren en voorkomen van tekorten daarin”. Kort samengevat, zorg wordt geleverd voor de gezondheid van burgers. Maar zoals eerder aangegeven is de onderliggende gedachtegoed van de geleverde zorg veranderd. Deze is steeds meer gericht op de participatie en zelfredzaamheid van burgers. Vanuit de schets van het dagelijks leven wordt getracht inzicht te krijgen in de zorg die de zorgbehoevende burgers kregen maar bovenal krijgen en of deze principes zichtbaar zijn in de zorg. Dit wordt bereikt door de respondenten te vragen of zij zorg of hulp krijgen binnen hun levensdomeinen en hoe deze hulp of zorg eruit ziet.

**De zorgervaring.** De interne gevoelens en de externe uitingen van zorgbehoevende burgers construeren de zorgervaring. Zij geven aan hoe de zorgbehoevende burgers denken over de aangeboden zorg en hoe zij hierop reageren. Deze zorgervaring worden in dit onderzoek omvat door (a) tijdens de interviews in te gaan op het dagelijks leven van de cliënten en te vragen naar hun gevoelens en (b) tijdens de huisbezoeken door te kijken naar de gedragingen, uitspraken en handelingen van de zorgbehoevende burger in de huiselijke omgeving. Bij het laatste punt is dit onderzoek bewust van het feit dat het lastig is objectief de uitingen van de respondenten en zodoende de emoties te omvatten via observatie. Zodoende zal er bedachtzaam omgegaan worden met deze gegevens en de uitspraken die op basis hiervan zullen worden gemaakt.



## 4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de semi-gestructureerde interviews en de (participerende) observaties gepresenteerd. De resultaten worden weergegeven aan de hand van de concepten van de theoretische verkenning. In de inleiding is aangegeven dat de veranderingen in de Nederlandse gezondheidszorg hebben geleid tot zorg die is toegespitst op het maatschappelijk doel om de zelfredzaamheid en participatie van zorgbehoevende burgers te bevorderen. Vanuit de theorie wordt echter verwacht dat de zorgvraag van de respondenten, door de slechte situatie die zij hebben gecreëerd binnen hun levensdomeinen, is verhoogd. De resultaten van het concept zorgvraag zullen daarom als eerste worden gepresenteerd. Vanwege deze verhoogde zorgvraag, is de aanname voortgekomen dat deze burgers hoogstwaarschijnlijk een daling ervaren in hun zelfredzaamheid doordat zij, vanwege de publieke moraal, afhankelijker dienen te zijn van familie en naasten. Het concept zelfredzaamheid, en de resultaten van dit concept, zullen na de zorgvraag worden behandeld. Daarnaast is in de theoretische verkenning ook de aanname voortgekomen dat zorgbehoevende burgers niet participeren in het maatschappelijk leven. Zo wordt verondersteld dat de positie van deze burgers, maar ook het feit dat zij al enige tijd zorg krijgen verleend, in de weg staan voor participatie. De resultaten van het concept participatie zullen na de zelfredzaamheid worden behandeld. Als laatste zullen de resultaten, die niet onder een van deze drie concepten vielen, worden gepresenteerd.

### Zorgvraag

Om in te kunnen gaan op de zorgvraag, dienen eerst de resultaten van het dagelijks leven gepresenteerd te worden.

#### **Het dagelijks leven.**

**Dagbesteding.** Over het algemeen waren de respondenten overwegend positief over hun dagbesteding waardoor kan worden gesteld dat zij een redelijke situatie binnen hun levensdomein dagbesteding hebben gecreëerd. De meesten respondenten hielden zich bezig met vrijwilligerswerk of dagbesteding. Enkele respondenten deden dit niet maar gaven aan zich daarentegen bezig te houden met andere activiteiten, zoals klussen en/of schilderen, om zichzelf bezig te houden. De respondenten die wel vrijwilligerswerk of dagbesteding uitoefenen waren in de meeste gevallen hier zelf naar op zoek gegaan zoals de volgende citaat aantoont:

*“Ja...jaa.. ik ben gelijk al ik kwam al binnen en ik had gelijk al vrijwilligerswerk geregeld. Zelf gevonden”.* [Respondent 7]

Anderen hebben een dagbesteding aangeboden gekregen vanuit hun instelling, wat juist blijkt uit de volgende citaat:



*“(Zorginstelling).. Daar bedien in de koffiekamer, is me aangeboden door de begeleiding van daarzo. (...)Kunnen ze kijken of het goed met me gaat”.* [Respondent 13]

Uit de semi-gestructureerde interviews van alle respondenten, was op te merken dat zorginstellingen zich beperkt bezig hielden met de dagbesteding van deze respondenten. Zij hebben dagbestedingsprogramma's maar lijken dit, volgens de respondenten, weinig met hun te bespreken. De oorzaak hiervan zou kunnen liggen in het feit dat de meeste respondenten al dagbesteding of vrijwilligerswerk hebben en dat de respondenten toch liever zelf willen beslissen over hun dagbesteding:

*“En binnenkort, ik geloof dat het volgende maand is, dat je dan bijstand hebt gaat eh de gemeente die gaat dan eisen van je dat je vrijwilligerswerk doet. Ja dan ga ik liever zelf iets zoeken, dan kan ik iets doen wat ik zelf graag wil”.* [Respondent 8]

**Sociale contacten.** De meeste respondenten waren overwegend negatief over hun sociale contacten. Dit doet veronderstellen dat zij een negatieve situatie hebben gecreëerd binnen hun levensdomein sociale contacten. De meeste respondenten gaven aan veel vrienden verloren te hebben door de problemen die zij hebben gehad. Dit komt goed naar voren in de volgende citaat:

*“Ja kennissen, echte vrienden dat is uhh.. dat is anders. (..) Echte vrienden ken je op bouwen, 100%, maar tegenwoordig ken je op niemand meer bouwen zowat. Mijn vrienden ben ik allemaal kwijtgeraakt”* [Respondent 5]

Dat respondent 5 spreekt over kennissen is typerend voor meerdere respondenten. Zo gaven nog 5 andere respondenten aan eerder te willen spreken van kennissen dan van vrienden. Ook gaven zij aan op weinig mensen te kunnen steunen. Dit geldt voor zowel nu als de periode waarin hun problemen een hoogtepunt hadden bereikt. Naast de beperkte kennissenkring hebben de respondenten wisselend contact met familie. Enkele respondenten hebben bewust ervoor gekozen te breken met familie terwijl andere aangaven steun van familie te hebben in tijden waar zij maar weinig mogelijkheden hebben.

Uit de semi-gestructureerde interviews met de respondenten is gebleken dat er weinig zorg wordt geboden voor de sociale contacten. Respondenten werden echter wel gewaarschuwd voor het behouden van contact met 'lotgenoten' uit de zorginstelling vanwege de problemen die deze met zich mee zouden kunnen brengen. Daarbuiten is er slechts 1 respondent die duidelijk aangaf zorg verkregen te hebben voor de sociale contacten in de vorm van speeddaten:

*(zorginstelling).. Ik ben daar wel eens naar een speeddating gegaan ook..”.* [Respondent 16]





**Gezondheid.** De gezondheid van de respondenten lijkt op het eerste gezicht een slechte situatie te hebben gecreëerd binnen dit levensdomein. Maar het opvallende van het bespreken van dit levensdomein, was dat respondenten bijna altijd reageerde met goed of prima indien er naar de gezondheid werd gerefereerd. Later, indien er nogmaals werd gevraagd naar de gezondheid, kwamen de fysieke gezondheidskwaaltjes op tafel. Dit komt goed naar voren in de volgende citaat:

*“Goed goed.. Ja gaat het goed met uw gezondheid? Jaa..(..) Nou ik heb wel een versleten knie, klinkt als een natte krant...”*. [Respondent 11]

Verder bleek een kwart van de respondenten recentelijk onder het mes te zijn geweest en nog eens een kwart had last van gezondheidsproblemen gerelateerd aan ouderdom zoals een hartaandoening of versleten knieën. Buiten dat de respondenten niet snel begonnen over de fysieke problemen, waren zij bovenal voorzichtig in het bespreken van hun psychische gezondheid. Desondanks gaven zij uiteindelijk aan dat het goed ging met hun psychische aandoening door de medicatie of psychologische begeleiding die zij krijgen. Enkele bleken hun indicatie enkel aan te houden zodat zij nog zorg krijgen:

*“Als zij mij nu beter verklaren.. Dan moet ik eruit. Ikke niet, ik heb wel wat verzonnen en dat doen we samen met hen dat is de grootste flauwekul die er is maar wij hebben voor mij de indicatie verzonnen.”* [Respondent 4]

De zorg vertaalt zich aldus in de medicatie en psychologische begeleiding die de respondenten nog krijgen vanuit de zorginstellingen. Maar deze begeleiding is minder geworden. Zij krijgen niet meer de standaard groeps- en/of individuele therapie vanuit de zorginstellingen die zij voorheen kregen. De respondenten krijgen op het moment slechts ambulante zorg.

**Zingeving.** De respondenten lijken vanuit de semi-gestructureerde interviews een redelijke situatie te hebben gecreëerd binnen het levensdomein zingeving. Zij zijn erg bezig met vooruitgang en de meeste hebben doelen voor zichzelf gesteld. Daarnaast zijn de meeste respondenten bezig met het vormen van een betere toekomst en geven aan daar naar toe te willen werken. Dit komt naar voren in de volgende citaten:

*“Nu, ik voel me nog steeds een beetje ondergewaardeerd. Maar als ik gewoon zo doorga waar ik nu mee bezig ben dan zien ze wel waarschijnlijk. Ik volg gewoon mijn eigen pad, mijn eigen doelstellingen enne ik doe wat ik leuk vind”*. [Respondent 7]

Daarnaast geven de respondenten aan dat de begeleiders vanuit de zorginstellingen in sommige gevallen helpen bij het bewerkstelligen van hun doelstellingen. Zo vertelde een respondent dat, als hij vragen had of ergens niet uitkwam, hij zijn begeleider belde voor hulp:



*“Ik ben niet zo goed met dat internet, dus als ik iets moet weten bel ik soms mijn begeleidster en dan zoekt zij het voor mij uit.”* [Respondent 9]

**Financiën.** Financiële problemen heeft voor het overgrote deel van de respondenten een slechte situatie gecreëerd binnen het levensdomein financiën. De meeste respondenten hebben door en vanwege hun problemen hoge schulden opgebouwd. Door deze schulden zitten zij op het moment in de schuldsanering waardoor zij gedurende drie jaar het met vrij weinig geld moeten zien te redden. De volgende citaat geeft duidelijk de frustraties weer over deze financiële situatie:

*“Ik moet het doen met een paar tientjes per week! Daar haal ik nog niet eens mijn shag mee..”.*  
[Respondent 10]

De overige respondenten die niet in de schuldsanering zitten, hebben een uitkering waar zij van dienen rond te komen. Maar ondanks dat deze respondenten niet in de schuldsanering zitten, hebben ook zij, net als de vorige groep respondenten, financiële hulp. Zo hebben de respondenten er, bewust of onbewust, voor gekozen om hun financiën uit handen te geven. Alle respondenten krijgen zodoende een bepaald bedrag per week of maand waarvan zij moeten leven en de rest wordt door de begeleiders of financiële dienstregeling geregeld. Deze financiële hulp is voor sommige respondenten pas ingesteld sinds zij zelfstandig zijn gaan wonen wat aantoont dat, in tegenstelling tot de overige levensdomeinen, het levensdomein financiën vraagt om meer zorg dan voorheen.

Door het behandelen van de levensdomeinen en de zorg die hiervoor nodig is, wordt aangetoond dat de zorgvraag in zijn geheel niet is verhoogd. Slechts 1 levensdomein, de financiën, heeft voor de respondenten van dit onderzoek gezorgd voor vraag om meer zorg.

De respondenten waren overwegend positief over de zorg die zij kregen. Slechts 2 respondenten, waar het relatief slechter mee ging, gaven aan niet tevreden te zijn met hun zorg, waarvan de volgende citaat afkomstig is van een van deze respondenten:

*“Ik krijg de begeleiding niet die ik nodig heb (...) Ik bezweer het je, ik ga wat doen... en dan zit ik in de gevangenis en wordt er voor mij gezorgd, geen spanningen meer. Alles is dan voor mij geregeld”*  
[Respondent 2]

Zoals gesteld waren de meeste respondenten positief over hun zorg, wat wordt weergegeven in de volgende citaat:

*“De mensen op de vloer zijn gewoon hartstikke goed, daar heb ik niets op te zeggen”.* [Respondent 12]

## **Zelfredzaamheid**

Vanuit de semi-gestructureerde interviews maar ook uit de observaties van de huisbezoeken was het waarneembaar dat de meeste respondenten zelfredzaam zijn. Zo doen respondenten de meeste



handelingen uit het dagelijks leven grotendeels zelf. Zij doen zelfstandig het huishouden, hebben een dagbesteding of vrijwilligerswerk en behoeven (bijna) uitsluitend hulp bij hun financiële zaken. Enkele respondenten gaven hierdoor volmondig aan dat zij zelfredzaam waren, wat de volgende citaat duidelijk weergeeft;

*“Jaaa.. ik ben 100% zelfredzaam”*. [Respondent 15]

Andere respondenten gaven echter op een bescheiden manier aan dat zij redelijk zelfredzaam zijn maar desondanks hulp nodig hebben voor sommige handelingen:

*“(Zelfredzaam) Nee nog niet.. nee nee.. daar is het nog.. njaa een been wel en een been niet.. beetje een Jaaa.. ik doe alles zelf.. dat wel uhh... ik heb niet altijd iemand nodig..”* [Respondent 12]

De respondenten bleken zodoende niet een beperking te ervaren in hun zelfredzaamheid vanwege de verwachting dat zij terug dienden te vallen op familie en naasten. Deze verwachting kwam eigenlijk helemaal niet naar voren. Dit gaf de volgende respondent aan met de volgende citaat:

*“Nee ik heb gebroken met mijn ouders, als ik iets nodig heb krijg ik het wel op een andere manier...”*. [Respondent 10]

Ondanks dat zij zelfredzaam waren, kwamen er uit de semi-gestructureerde interviews andere belemmeringen van zelfredzaamheid naar voren dan het gebrek aan steun van familie en naasten.

**Belemmeringen zelfredzaamheid.** Dat het steunen op familie en naasten niet als een belemmering kan worden gezien voor de zelfredzaamheid van deze respondenten, brachten zij andere factoren aan het licht die dit, volgens hun, wel doen. Deze factoren zullen in het vervolg besproken worden.

**Hulp.** De eerste factor die als belemmering gezien kan worden is het vragen om hulp. Sommige respondenten gaven aan dit niet te willen doen door koppigheid en andere respondenten gaven aan dit niet te doen vanwege hun karakter. Maar wat deze respondenten bijna allemaal wel aangaven was dat, indien zij om hulp zouden hebben gevraagd, dit hoogstwaarschijnlijk wel zouden hebben verkregen. Dit geeft de volgende citaat mooi weer:

*“Ja ik moet zeggen, ik heb er zelf nooit om gevraagd hoor. Als ik mijn bek open had gedaan was dat misschien wel gelukt”*. [Respondent 8]

**Mogelijkheden.** De tweede factor die de respondenten zagen als belemmering tot zelfredzaamheid was de informatie over de mogelijkheden die zij hadden. Zo wisten zij vaak niet welke zorginstellingen zij konden benaderen of wat voor hulp zij nog meer zouden kunnen krijgen.



Hieronder worden enkele voorbeelden gegeven van het gebrek aan kennis over meerdere mogelijkheden:

*“Ja er waren wel dingen.. zo zou je bijvoorbeeld een fiets kunnen krijgen als je in de (zorginstelling) zat.. Dan kreeg je een bon van 100 euro en dan kon je een fiets uitzoeken bij (winkel) van der Kolf Stichting...Ja dat hoorde ik pas toen ik wegging.. Nou dan krijg je die natuurlijk niet meer”.*  
[Respondent 5]

*“Nou ik moet je heel eerlijk zeggen dat ik het hele bestaan van (zorginstelling) niet wist. (...) maar ook niet van de dingen die de gemeente voor je kan doen, voor mensen die achter je kunnen staan, de hulpverlening die er is. Nooit geweten, ik heb er nooit wat mee te maken gehad.”* [Respondent 4]

**Warm nest.** De laatste factor die de respondenten aangaven als belemmering van de zelfredzaamheid was de zorg die in zorginstellingen wordt vergeven. Veel respondenten vergeleken deze instellingen met een warm nest. De respondenten vonden dat zij daar verwend werden en daardoor lui waren geworden. Op deze manier is de overgang naar de wereld buiten de instelling erg groot en is het lastig om weer op eigen benen te kunnen staan. Dit geeft de volgende citaat weer:

*“Dat is de bekende befaamde zwarte gat waar iedereen het over heeft. Mensen denken van uh ik zie mensen ook wel eens klaar met behandeling die komen in ene keer uit die warme nest, de veilige haven die kom je dan uit, en terug naar je oude situatie en bam je bent gewoon weer in je oude situatie”.* [Respondent 7]

## **Participatie**

Net als de zelfredzaamheid van de burgers is het ook voor het principe participatie duidelijk dat de respondenten hier wel degelijk aan doen. Sommige respondenten geven aan niet enkel een uitkering te willen trekken. Meedoen in de samenleving wordt zodoende als belangrijk ervaren. Dit komt naar voren in onderstaande citaten:

*“Dusse, ik deed gewoon mijn eigen ding. Dat is dus eigenlijk waar het op neerkomt he, je moet gewoon doen”.* [Respondent 3]

*“(Participatie) Ja, dat vind ik heel belangrijk. Ik vind dat iedereen dat moet doen. Absoluut”.*  
[Respondent 4]

Ook het feit dat, zoals eerder aangehaald, de meeste respondenten zelf hun dagbesteding of vrijwilligerswerk hebben geregeld, aangeeft dat de respondenten van dit onderzoek willen participeren in de samenleving.

Uit de theorie werd verondersteld dat de positie van de respondenten en het feit dat zij al enige tijd



zorg verleend krijgen, ertoe zouden leiden dat zij niet participeren in de samenleving. Dit is niet gebleken uit de resultaten van dit onderzoek. Zoals eerder aangegeven hebben de respondenten van dit onderzoek niet de ideale positie in de samenleving door de financiën en de sociale contacten, maar de respondenten zien dit niet als belemmering voor participatie. Dit komt naar voren uit de volgende citaat:

*“Ik voeg op dit moment nog niet toe aan de samenleving. Ik zou dat uiteindelijk wel willen. Maar dan moet ik eerst een opleiding afmaken”.* [Respondent 14]

Anderzijds lijkt het feit dat de respondenten gedurende een lange tijd zorg verleend hebben gekregen ook geen belemmering te zijn geweest voor hun participeren. Echter, zoals onder belemmeringen van participatie zou blijken, volgens de respondenten van dit onderzoek, dat dit gegeven wel terug zal komen bij zorgbehoevende burgers die nog niet dezelfde omslag hebben doorgemaakt.

**Belemmeringen participatie.** Ook voor de participatie bleken er een aantal andere factoren als belemmerend te gelden voor de participatie in de samenleving. Deze zullen in het vervolg worden weergegeven.

**Bewuste omslag.** Een van de belemmeringen die uit de semi-gestructureerde interviews naar voren kwam, was het ontbreken van een bewuste omslag. Zo gaven respondenten aan dat er een wil moet zijn om daadwerkelijk een nieuwe situatie op te kunnen bouwen. Dit schijnt moeilijk te zijn bij de problematiek waar de respondenten mee te maken hebben gehad:

*“Er moet een soort zelfbesef komen en iemand die je daar goed in begeleid”* [Respondent 12]

*“Alle hulp krijg je daar aangeboden.. (... )Alle kansen om te keren jaa.. Maar ze doen het niet..”.* [Respondent 13]

**Angst.** Een andere belemmering die in veel semi-gestructureerde interviews naar voren leek te komen waren de stappen die gemaakt moesten worden om weer volledig te participeren. Respondenten waren angstig om alle stappen te maken die hiervoor nodig zijn. Zo hadden velen inderdaad vrijwilligerswerk of een dagbesteding, maar een buurthuis binnenstappen om nieuwe sociale contacten op te doen blijkt voor veel respondenten lastig. Dit blijkt ook uit de volgende citaat:

*“Durf ik nu ook niet zo goed meer dat is ook allemaal.. dat is heel gek. Ik kan best wel boven mezelf staan en op mij neerkijken van dat en dat doe je allemaal verkeerd.. en zo was je ben je nooit geweest. Ik ben nu wat dat betreft een schim van wat ik eigenlijk geweest ben.. En daar heb ik best moeite mee omdat je wel.. ik weet wel eh wat de mogelijkheden allemaal zijn. Alleen die schop of het alleen zijn..”* [Respondent 9]



Dat de respondenten angstig waren om de stap tot participeren te maken ging volgens de respondenten vaak samen met een andere, belemmerende factor van participatie.

**Leeftijd.** Bij vele respondenten die aangaven angst te hebben voor de stappen die ondernomen moesten worden voor participatie bleek leeftijd ook invloed te hebben. Leeftijd kan namelijk ook worden gezien als een belemmering van participatie. Respondenten vonden zich namelijk vaak te oud om bijvoorbeeld zich weer aan te sluiten bij een buurthuis of te gaan zoeken voor een nieuwe sociale kring. Vaak werd als excuus gebruikt dat andere mensen daar ook niet op zitten te wachten. Deze belemmering komt naar voren in de volgende citaat:

*“Als je een beetje ouder aan het worden bent.. tenminste ouder worden.. weetje wat het is op een gegeven moment is het niet makkelijk. Dan ben je gewoon te oud. Dan zitten ze niet meer op je te wachten”.* [Respondent 16]

**Andere bepalen.** De laatste belemmering die uit de resultaten naar voren kwam is deels vergeven onder het levensdomein dagbesteding; dat andere bepalen over bijvoorbeeld de dagbesteding. Veel respondenten zagen dit als iets negatiefs. Een respondent gaf aan elke keer een dagbesteding te moeten proberen waar hij niet achterstond. De volgende citaat laat dit duidelijk zien:

*“Dan stond ik daar op die (dagbesteding) en dan bleven mensen maar aan mijn kop zeuren, laat me met rust, ik heb daar helemaal geen zin in”.* [Respondent 11]

## **Zelfredzaamheid? Participatie? Of beide?**

Tijdens de analyse van de resultaten kwam naar voren dat sommige bevindingen niet direct te koppelen waren aan zelfredzaamheid dan wel aan participatie. Het is gebleken dat er een dunne scheidingslijn ligt tussen de factoren die vallen onder deze concepten. Zo zou bijvoorbeeld het warme nest, wat gezien wordt als belemmering van participatie, ook gezien kunnen worden als zelfredzaamheid. Is het niet dat het in dit onderzoek niet in die context is besproken. In het vervolg zullen daarom belemmerende factoren worden weergegeven die zowel voor de zelfredzaamheid als de participatie leken te gelden.

**Belemmerende factoren.** Zoals aangeven zijn er factoren die zich niet enkel beperken tot het belemmeren van enkel de zelfredzaamheid of de participatie van zorgbehoevende burgers. Zodoende zullen deze belemmerende factoren in het vervolg worden beschreven.

**Huisvesting.** De huisvesting van de respondenten bleek uit de resultaten de eerste factor te zijn die belemmerend kan werken voor zowel de zelfredzaamheid als de participatie van respondenten. Dit is naar voren gekomen na het interview en huisbezoek bij Respondent 1 (persoonlijke communicatie, 19 mei, 2015). De respondent had problemen gehad met bepaalde instellingen waardoor hij geen uitkering meer zou krijgen. Hij werd door het ontbreken van een



uitkering belet zelfredzaam te zijn. Hij kon zijn huur niet meer betalen wat bepaalde stress met zich meebracht. Het gevolg echter was dat hij, door deze stress, zijn dagbesteding niet meer wilde doen. Hij lag alleen maar in zijn bed en liet alle afspraken aan zich voorbij gaan. Dit geeft duidelijk aan dat problemen binnen de huisvesting, niet alleen de zelfredzaamheid in de weg staat, maar ook het participeren in de samenleving.

**Begeleiding.** Naast de huisvesting is ook gebleken dat begeleiding belemmerend kan werken voor zowel de zelfredzaamheid als de participatie van respondenten. Zo is gebleken dat, de respondent waar het slechter mee ging die negatief was over zijn begeleiding, ook problemen had met het behouden van zijn (begeleid) zelfstandige woning. Hij gaf aan geen begeleiding te hebben gehad en zodoende teruggevallen te zijn in zijn problemen. Dit geeft aan dat hij niet meer zelfredzaam is en participeren in de samenleving ook niet meer mogelijk is. Een andere respondent gaf aan door het ontbreken van begeleiding in het diepen gegooid te zijn, waardoor zijn mogelijkheden tot zelfredzaamheid en participatie verkleind werden. De volgende uitspraak van deze respondent gaf dit weer:

*“Moet ik erbij zeggen dat het fijne van (zorginstelling 1) is dat het mooier en beter is dan het vangnet van wat ik destijds bij (zorginstelling2) gehad heb. Maar dat was meer zoiets van dat je de ene op de andere dag gewoon op straat gezet wordt en dergelijke en je hebt gewoon niks.”* [Respondent 5]

**Bevorderende factoren.** Daarnaast is gebleken dat er ook factoren waren die bevorderend konden werken voor zowel de zelfredzaamheid als de participatie van de respondenten. Deze zullen in het vervolg worden behandeld.

**Voorbeeldfunctie.** Een aantal respondenten gaven aan te kunnen worden gezien als een voorbeeldfunctie. Oftewel, zij vonden dat, in verhouding met andere zorgbehoevende burgers in soortgelijke situatie, zij goed bezig waren. Tijdens de huisbezoeken wilden zij graag aangeven dat zij het thuis op orde hadden en bleven graag praten over hun dagbesteding. Zo was een van deze respondenten ambassadeur bij de zorginstelling en deed de volgende uitspraak:

*“Ik kan gezien als voorbeeld (...) We moeten proberen de grote massa te bereiken, via televisie. Ik kan ze vertellen over de problemen maar ook over de periode achter de problemen”.* [Respondent 3]

Deze mensen waren trots op wat zij hadden bereikt en wilde dit graag overbrengen aan anderen, wat gezien zou kunnen worden als een vorm van participatie.

**Afstand houden lotgenoten.** Zo kan afstand houden van mensen uit dezelfde circuit gezien worden als de tweede bevorderende factor van dit onderzoek. Zo gaven respondenten aan dat het op afstand houden van respondenten zij geen problemen hadden in het behouden van hun zelfredzaamheid. Daarnaast, door het op afstand houden van deze mensen, waren zij niet meer geneigd



*“Ik ga er helemaal mee stoppen met mensen uit de scene (stilte) Ook als ze clean zijn .. (stilte) ze sleuren me alleen maar naar beneden”.* [Respondent 10]

**Belemmerend? Bevorderend? Of beide?** Naast dat uit de analyse is gebleken dat er factoren belemmerende factoren voor zowel

**Vertrouwen.** Vertrouwen is volgens de respondenten ook een belangrijke factor die zowel negatief als positief kan werken. Zo geven veel respondenten veel te hebben meegemaakt met familie, kennissen en zorginstellingen. De ervaringen van deze gebeurtenissen zijn naast positief, soms ook negatief. Een aantal respondenten verklaren deze negatieve ervaringen overwegend aan het feit dat, in het geval van de zorginstellingen, de zorginstelling dingen beloofd die niet worden nagekomen. De volgende citaat was een reactie op zo'n gebeurtenis:

*“Ik ga niemand meer vertrouwen, want ik ben door uhh (instelling) knap in de maling genomen”*  
[Respondent 5]

Andersom kunnen de gebeurtenissen ook een positieve uitwerking hebben. Zoals aangegeven kan begeleiding belemmerend werken voor de participatie van respondenten. Maar een goede band met de begeleider kan ook positieve ervaringen voor de respondenten met zich meebrengen:

*“Veel vertrouwen van begeleider gekregen in alles wat ik doen.. dus.. dat is goed”.* [Respondent 12]

### **Samenvatting resultaten**

Kort samengevat, de respondenten bleken niet bepaald een ideale situatie gecreëerd te hebben binnen hun levensdomeinen. Zo waren zij ontevreden over hun sociale relaties en de financiën brachten ook niet bepaald positieve gevoelens met zich mee. Ondanks de ontevreden gevoelens binnen deze levensdomeinen was de zorgvraag in het geheel niet gestegen. Bovendien bleken de respondenten ook overwegend zelfredzaam te zijn en met het uitoefenen van vrijwilligerswerk of een dagbesteding deel te nemen aan het maatschappelijk leven.





## 5. Conclusie en Discussie

In deze scriptie is onderzocht wat de zorgervaringen waren van zorgbehoevende burgers, die zijn overgeplaatst van begeleid wonen in een zorginstelling naar (begeleid) zelfstandig wonen in de regio Haaglanden, middels het kijken naar het dagelijks leven van deze burgers. Hiervoor is een vraagstelling centraal geplaatst en zijn er drie deelvragen opgesteld. Om deze vragen te kunnen beantwoorden zijn er onder andere (a) semi-gestructureerde interviews afgenomen en (b) observaties uitgevoerd tijdens huisbezoeken met zorgbehoevende burgers. Dit hoofdstuk is opgedeeld in twee delen. In het eerste deel wordt aan de hand van de resultaten uit het vorige hoofdstuk eerst kort antwoord gegeven op de deelvragen om vervolgens de hoofdvraag te beantwoorden en de conclusie van het gehele onderzoek te construeren. In het tweede deel, de discussie, zal een terugkoppeling zijn naar de theoretische verkenning van het onderzoek, het belang van vervolgonderzoek worden aangedragen, aanbevelingen worden aangevoerd voor vervolgonderzoek en praktijk en ten slotte zal er een reflectie op het onderzoek worden weergegeven.

### Conclusie

**Beantwoording van de deelvragen. 1. Waaruit bestaat het dagelijks leven van zorgbehoevende burgers?** Het dagelijks leven van de respondenten wordt grotendeels gevuld met het uitvoeren van een dagbesteding en/of vrijwilligerswerk. Daartegenover wordt maar een klein deel van het dagelijks leven besteed aan familie en vrienden (kennissen). Het overwegende deel van de respondenten geeft aan een kleine kennissenkring te hebben en veel respondenten heeft nog maar beperkt contact met familie. Voor veel respondenten is dit een gewenste situatie, maar enkele zouden dit liever anders zien. Het merendeel van de respondenten geeft volmondig aan gezond te zijn waardoor het lijkt alsof gezondheid een kleine rol speelt in het dagelijks leven van de respondenten. Maar na het vragen om toelichting blijken veel respondenten desondanks last te hebben van beperkingen door ongeval en ziekte. De meeste respondenten houden zich bezig met zingeving en hebben zichzelf serieuze doelen gesteld voor in de toekomst en zijn hier overwegend tevreden mee. De beperkende financiële situatie van veel respondenten brengt negatieve gevoelens met zich mee. Zij moeten zich met weinig redden.

#### **2. Wat voor zorg krijgen (en kregen) deze zorgbehoevende burgers?**

Voorheen in de instelling hadden de respondenten 24 uur per dag beschikking over zorg. Een aantal respondenten vergeleken deze instellingen met een 'warm nest' waarin *alles* voor ze gedaan werd. Op het moment krijgen de respondenten wekelijks of eens in de twee weken begeleiding vanuit een zorginstelling. Deze begeleiding is verplicht gesteld vanuit de woningbouwcorporaties om de respondenten te controleren. Veel respondenten geven aan deze begeleiding eigenlijk niet nodig te hebben maar het desondanks fijn vinden om bepaalde handelingen dan wel klusjes (hierbij kan men



denken aan het ordenen van de post en het bijhouden van financiële administratie of overheidszaken) uit te kunnen besteden aan hun begeleider.

### **3. Wat zijn de ervaringen van deze zorgbehoevende burgers?**

De resultaten van het dagelijks leven gaven aan dat respondenten de levensdomeinen wisselend ervoeren. Sommige levensdomeinen gaven positieve ervaringen af en andere negatieve. Daarnaast ervoeren de respondenten de zorg die zij verkregen als overwegend positief. Ook de overplaatsing van een zorginstelling naar een (begeleid) zelfstandige woning bracht positieve ervaringen met zich mee. De principes waar de huidige zorg op zouden zijn gebaseerd, zelfredzaamheid en participatie, waren belangrijk voor de respondenten en ondanks de mogelijke belemmeringen hiervoor ervoeren zij ook deze relatief gezien positief.

**Beantwoording van de hoofdvraag. “Hoe ervaren zorgbehoevende burgers uit de regio Haaglanden, die zijn overgeplaatst van begeleid wonen in een zorginstelling naar (begeleid) zelfstandig wonen, de veranderingen aangaande hun zorg in hun dagelijks leven?”** De respondenten ervaren de veranderingen aangaande hun zorg als overwegend positief. Zij geven aan nu op eigen benen te moeten staan nu zij het ‘warme nest’ verruild hebben voor een (begeleiding) zelfstandige woning. De veranderingen aangaande hun zorg betreft daardoor de overgang van 24- uurs begeleiding naar wekelijkse of tweewekelijkse begeleiding. Verder lijken de respondenten niet bewust te zijn van doelstelling van de veranderingen in de zorg om burgers weer zelfredzaam te zijn en weer te laten participeren in de samenleving. Mogelijk komt de situatie waarin zitten en de daarbij horende zorg, al redelijk in richting van deze principes werken. Daarnaast ervaren deze respondenten dat, de zorgbehoevende burgers die nog niet de bewuste omslag hebben gehad, het mogelijk niet zouden redden met de zorg die zij krijgen.

**Conclusie van het onderzoek.** Vanuit dit onderzoek kunnen een aantal conclusies worden getrokken. Ten eerste blijkt het niet voor alle zorgbehoevende burgers van de Nederlands samenleving een groot probleem te zijn dat de zorg toegespitst is (of gaat worden) op zelfredzaamheid en participatie. Zo is de zorgvraag van de zorgbehoevende respondenten van dit onderzoek niet verhoogd. Daarnaast is er geen daling ervaren in de zelfredzaamheid en ondanks de ingenomen positie in de samenleving en het feit dat er gedurende lange tijd zorg is gekregen, wel degelijk sprake van participatie. De meeste respondenten van dit onderzoek zijn in hun dagelijks leven (onbewust) al bezig met de principes zelfredzaamheid en participatie, vooral nu zij (begeleid) zelfstandig zijn gaan wonen, en ervaren daar geen problemen bij. Zo zijn zij, als antwoord op de maatschappelijke vraagstelling, overwegend tevreden met de (beperkte) zorg die zij krijgen. Ondanks dat de zorgbehoevende burgers overwegend tevreden zijn, stellen zij dat zorgbehoevende burgers die nog niet de bewuste omslag hebben gemaakt, mogelijk meer zorg nodig hebben dan dat er op het moment wordt geboden. Dit



bevestigd, ondanks de resultaten van dit onderzoek, de verwachtingen die in de probleemstelling zijn geconstrueerd.

## Discussie

**Terugkoppeling naar theoretische verkenning.** In de theoretische verkenning zijn een aantal veronderstellingen naar voren gekomen die in het vervolg besproken gaan worden. Zo werd in de eerste veronderstelling van het onderzoek aangenomen dat de zorgvraag van de zorgbehoevende burgers verhoogd zal zijn doordat zij naar verwachting een slechte situatie hebben gecreëerd binnen hun levensdomeinen. Uit de resultaten kwam deze veronderstelling echter niet naar voren. De meeste respondenten bleken inderdaad problemen te hebben binnen een aantal levensdomeinen. Zij waren bijvoorbeeld uiterst ontevreden over hun financiële situatie vanwege het feit dat zij zich moeten redden met weinig geld. Ook waren de respondenten niet geheel tevreden over hun sociale contacten. Veel respondenten hadden een beperkte sociale kring en spraken in de meeste gevallen over kennissen in plaats van vrienden en voelden zij zich vaak door anderen misleid. Ondanks dat het minder goed ging binnen deze levensdomeinen, bleek de zorgvraag niet groter geworden. De zorgvraag leek juist verkleind te zijn. Dit zou te verklaren zijn op basis van het onderzoek van Biswas-Diener & Diener (2006). Zij deden onderzoek naar het persoonlijk welzijn van dakloze mensen en ondervonden, tegen de verwachtingen in, dat zij hun persoonlijk welzijn positief ervaarden ondanks het feit dat zij een slechte situatie hadden gecreëerd binnen hun levensdomeinen. Biswas-Diener & Diener concludeerde zodoende dat, buiten de levensdomeinen om, er nog een afhankelijke variabele aangeduid kan worden die invloed had op het persoonlijk welzijn. Zo bleek het feit of de daklozen zichzelf wel of niet in een positief daglicht stelden mee te spelen. Dit zou ook voor het persoonlijk welzijn van de respondenten van dit onderzoek en bijgevolg hun zorgvraag kunnen gelden. Veel respondenten gaven namelijk aan tevreden te zijn over wat zij hadden bereikt en wat zij mogelijk nog gaan bereiken. Hun persoonlijk welzijn is aldus positief wat een verlaagde zorgvraag als gevolg zou kunnen hebben.

De tweede veronderstelling van het onderzoek was dat zorgbehoevende burgers een beperking ervaren in hun zelfredzaamheid doordat zij steeds vaker dienen terug te vallen op familie en naasten. Uit dit onderzoek is deze samenloop niet gebleken. Ten eerste voelden de respondenten geen beperking in hun zelfredzaamheid en ten tweede vielen zij niet terug, maar bovenal hadden zij niet het gevoel dat zij terug dienden te vallen op familie en naasten indien problemen zich zouden voordoen. Door het bijwonen van de werkgroep bijeenkomsten tussen gemeente en zorginstellingen, is een verklaring voor deze gebeurtenis te vinden in de werkwijzen van de zorginstellingen. Tijdens een van deze werkgroep bijeenkomsten (persoonlijke communicatie, 7 mei, 2015) is namelijk gebleken dat zorginstellingen streven naar een overgang, van het oude naar het nieuwe beleid, waarin de cliënten geen tot weinig verandering ervaren. In ieder geval voor de nabije toekomst. De zorginstellingen gaan namelijk uit van de gevolgtrekking dat drastische veranderingen tot omvangrijke problemen kunnen



leiden voor de cliënten. Dit zou kunnen verklaren waarom de veronderstelling over de zelfredzaamheid niet is teruggekomen in dit onderzoek.

In de derde veronderstelling van het onderzoek werd er vanuit gegaan dat de zorgbehoevende burgers van dit onderzoek, door de positie die zij innemen in de maatschappij en het feit dat zij al enige tijd zorg verleend krijgen, niet participeren in het maatschappelijk leven. Uit onderzoek is dit niet helemaal naar voren gekomen. Zo waren er respondenten die aangaven hun 'eigen ding' te willen blijven doen en ervoor waakte dat er vanuit de gemeente bepaald gaat worden hoe hun dagbesteding eruit moet komen te zien. De respondenten waren alert op de bemoeienis van de gemeente over de manier waarop zij meedoen in het maatschappelijk leven. Aldus is maatschappelijke participatie een gegeven wat zij wel degelijk doen. Een verklaring voor de participatie van deze zorgbehoevende burgers is te vinden in het boek van Diclamente (2006). Diclamente beschrijft in zijn boek hoe verslaafden herstellen van hun verslaving. Uit deze beschrijving kwam naar voren dat verslaafden, willen zij kunnen herstellen, bereid moeten zijn te herstellen van hun verslaving. Er moet als het ware een omslag zijn. Daarnaast beschrijft Diclamente dat, willen verslaafden dit volhouden, zij moeten re-integreren in de samenleving. Het liefst in een voor hun onbekende omgeving zodat de mogelijkheid tot terugval wordt verkleind. Beide conclusies, zowel de omslag als de re-integratie in een onbekende omgeving, hebben betrekking op de meeste respondenten van dit onderzoek. Alhoewel dit voornamelijk een verklaring is voor de ex- verslaafden binnen de onderzoeksgroep, gaven de respondenten met andere problemen ook aan dat de oude omgeving mogelijk weer tot problemen zou leiden.

**Het belang van vervolgonderzoek.** “Beschermd woonvorm in gevaar” was voorpaginanieuws van de Volkskrant van 30 april jl. (Huisman, 2015). Zo is gebleken dat de begroting voor Beschermd Wonen in Dordrecht, die de overheid had opgesteld voor de gemeente, niet accuraat is. Zo stelde Lambrechts in datzelfde krantenartikel dat “met een tekort van ruim 4 miljoen euro dit jaar op Beschermd Wonen, kan ik deze zorg *niet* [nadruk toegevoegd] voor iedereen in mijn regio garanderen.” (p.1). Er wordt gesuggereerd dat mensen met ernstige psychische problemen of verslavingen op straat komen te staan in de nabije toekomst. Tijdens de werkgroep bijeenkomsten in de periode van dit onderzoek, bleek ook voor de regio Haaglanden het begrotingsprobleem en de aansluitende toekomstige gevolgen, te gelden. De zorginstellingen hebben te weinig geld toegezegd gekregen voor de zorg die zij bieden aan deze specifieke groep kwetsbare en zorgbehoevende burgers (persoonlijke communicatie, 2 april, 2015). De inhoud van de zorg is ook nog onduidelijk waardoor de zorginstellingen niet weten waar zij aan toe zijn. Om in te kunnen spelen op het nieuwe beleid en om oplossingen te vinden voor de problemen omtrent het begrotingstekort, is vervolgonderzoek van uiterst belang. Zo zou een uitgebreider onderzoek naar de zorgervaring van de zorgbehoevende burgers van dit onderzoek kunnen leiden tot:

(a) een gedetailleerde indicatie van de



belemmeringen van zelfredzaamheid en participatie binnen de samenleving en;  
(b) een duidelijke aanleiding van de welbekende terugval van deze groep. Deze resultaten zouden aansluitend kunnen annoteren hoe de hoge kosten van re- hospitalisatie mogelijk ingeperkt kunnen worden.

**Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.** Zoals aangegeven is vervolgonderzoek van uiterst belang vanwege de toekomstige problemen waar zorgbehoevende burgers en zorginstellingen hoogstwaarschijnlijk tegenaan gaan lopen. Naar aanleiding van dit onderzoek zijn er onderwerpen naar voren gekomen die verder onderzocht dienen te worden om een beter inzicht te krijgen van de veranderingen binnen de gezondheidszorg en de ervaring die deze transitie met zich meebrengt voor deze specifieke groep zorgbehoevende burgers. Zo zou een uitgebreider onderzoek naar de huisvesting van belang zijn om niet alleen de overplaatsing, maar ook het verblijf na de overplaatsing te kunnen bevatten. Problemen omtrent de huisvesting bleken namelijk een grote bijdrage te leveren aan een mogelijke terugval voor deze groep zorgbehoevende burgers. Hetzelfde geldt voor de begeleiding van de zorgbehoevende burgers waar in de volgende sectie verder op zal worden ingegaan.

Om ervoor te zorgen dat vervolgonderzoek vlot en adequaat verloopt, geeft dit onderzoek de aanbeveling om, indien mogelijk, het onderzoek uit te laten voeren door iemand binnen de zorgsector. Zodoende kan de respondentenwerving en het verkrijgen van informatie soepeler verlopen dan voor dit onderzoek het geval is geweest. Daarbij zou de mogelijkheid aanwezig kunnen zijn om zorgbehoevende burgers in het onderzoek op te nemen waar het relatief minder mee gaat. Voor dit onderzoek is dit beperkt mogelijk geweest. Daarnaast doet dit onderzoek de aanbeveling om in het vervolg de onderzoekspopulatie te specificeren. Zo is gebleken uit de semi-gestructureerde interviews en observaties dat er verschillen zijn tussen bijvoorbeeld de respondenten die dakloos zijn geweest en respondenten die verslaafd zijn geweest. Mogelijk komen, na het specificeren van de onderzoeksgroep, gedetailleerdere resultaten naar voren die explicietere aanbevelingen voor de praktijk kunnen geven.

**Aanbevelingen voor de praktijk.** Tijdens het onderzoek werd duidelijk dat enkele respondenten negatieve ervaringen hebben gehad bij hun overplaatsing naar een zelfstandige woning en het krijgen van een nieuwe begeleider. Zo is gebleken dat deze overgang niet altijd even soepel is verlopen. Tijdens een gesprek met een begeleider (persoonlijke communicatie, 1 juni, 2015) is zelfs gebleken dat er geen uitwisseling is geweest met de vorige begeleider over de achtergrond en de problematiek van de cliënt. Hierdoor was het voor de begeleider niet volledig bekend wat er gaande was met de cliënt. Dit zou mogelijk bijgedragen kunnen hebben aan de problemen waar de cliënt op het moment van dit onderzoek mee worstelde. Zodoende is de aanbeveling voor de praktijk om ervoor te zorgen dat de overgang naar een (begeleid) zelfstandige woning plaats zal vinden zonder enige negatieve gevolgen of problemen. Ook doet dit onderzoek de aanbeveling om voor de respondenten



een overzicht te maken wat voor hun zoal mogelijk is. Zo gaf een aantal respondenten aan weinig informatie te hebben over de instanties en fondsen waarop zijn aanspraak zouden kunnen maken.

**Reflectie op het onderzoek.** Alle keuzes die tijdens het gehele onderzoeksproces zijn gemaakt hebben invloed gehad op de uiteindelijke resultaten en zodoende de conclusie van het onderzoek. Het is daarom van belang om deze keuzes te evalueren en daarbij bewust te zijn van de sterke punten en de tekortkomingen van dit onderzoek. Enkele van de sterke punten van het onderzoek, de methodologische keuzes, zijn beschreven in de onderzoeksopzet. Deze zullen eerstvolgend nog kort worden aangehaald. Maar het onderzoek betreft meer sterke punten zoals actualiteit en een brede toepasbaarheid die eveneens zullen worden aangehaald. De tekortkomingen daarentegen, zijn nog niet besproken en zullen na de sterke punten worden behandeld. Daarbij zullen aspecten als de rol van de onderzoeker, de selectie van respondenten en de invloed van een derde partij worden besproken.

De methodologische keuzes die zijn gemaakt betreffen de methoden en het kwalitatieve karakter van het onderzoek en zijn bijgevolg het eerste sterke punt van het onderzoek. Zo was er vanwege situationele factoren voor kwalitatieve onderzoeksmethoden als semi-gestructureerde interviews en (participerende) observaties gekozen. Deze kwalitatieve methoden hebben gezorgd voor een persoonlijkere benadering van de onderzoeksgroep wat tot een zeker niveau van vertrouwen heeft geleid. Dit was te merken aan de openheid en antwoorden van de gesproken respondenten. Een dergelijke indicatie van de ervaring van deze groep zorgbehoevende burgers was hoogstwaarschijnlijk niet op een andere manier verkregen.

Het tweede sterke punt betreft het actueel maatschappelijk probleem wat dit onderzoek behandelt. Het is zodanig actueel dat er tot op heden nog weinig bekend is over de (mogelijke) gevolgen van de veranderingen in de zorg voor deze specifieke groep zorgbehoevende burgers. Dit is enkel al op te maken uit het feit dat nieuws betreffende Beschermd Wonen meerdere malen de voorpagina heeft weten te bereiken gedurende het onderzoeksperiode. Uit deze krantenartikelen kwam de angst naar voren dat de onderzoekspopulatie van dit onderzoek zich mogelijk niet weet te redden in de huidige Nederlandse samenleving. Ook bleek uit deze artikelen dat de zorginstellingen problemen ondervinden bij het verstrekken van zorg en ondersteuning.

Het volgende sterke punt van het onderzoek is dat het breed toepasbaar is. Zo is het probleem omtrent Beschermd Wonen niet alleen zichtbaar in de regio Haaglanden maar ook in andere delen van Nederland zoals bijvoorbeeld Dordrecht (Huisman, 2015). Omdat de verantwoordelijkheid voor deze sector is komen te liggen bij de gemeenten, die zelf de inhoud mogen bepalen, kunnen er (kleine) verschillen zijn tussen het beleid en de problemen in de verschillende gemeenten. De zorgervaring van de zorgbehoevende burgers uit de regio Haaglanden zal niet ingrijpend anders zijn dan de zorgervaring in andere gemeenten. Zodoende zouden de resultaten en aanbevelingen die uit dit onderzoek voortkomen breed toepasbaar zijn.



De beïnvloeding die de onderzoeker mogelijk heeft op het onderzoek is de eerste tekortkoming van het onderzoek. Gedurende de meeste interviews en huisbezoeken leek de ‘status’ als onderzoeker niet direct invloed te hebben in de gesprekken met de respondenten. Toch werd deze gaandeweg af en toe merkbaar door opmerkingen als; “(...) ik heb de ervaringen en jij staat voor de wijsheid [gelach]” Respondent 3] en “Maar dat hoor jij wel te weten vanuit je opleiding” [Respondent 12]. Dit soort opmerkingen zorgde voor een voelbare ongelijkheid tussen de respondent en onderzoeker. Ook de rol van vrouwelijke onderzoeker zou gezien kunnen worden als een tekortkoming van het onderzoek. Zo lieten sommige cliënten foto’s zien van hun kinderen, terwijl een mannelijke begeleider aangaf (persoonlijke communicatie, 21 mei, 2015) dat een van deze cliënten juist criminele verhalen aan hem vertelt tijdens zijn bezoeken. Zo zou, in het geval van een mannelijke en niet academische onderzoeker, andere observaties en bijgevolg andere conclusies gemaakt kunnen zijn in een soortgelijk onderzoek. De tweede tekortkoming van het onderzoek is de selectie van respondenten. De onderzoeker heeft geen invloed gehad op de selectie en was grotendeels afhankelijk van de respondentenkeuze van de zorginstellingen en de begeleiders. Zodoende is er geen evenredige weerspiegeling geschetst van de cliënten uit de zes zorginstellingen aangaande Beschermd Wonen. Er is bijvoorbeeld met weinig cliënten gesproken die teruggevallen zijn in hun problematiek omdat zij volgens de zorginstellingen niet in staat waren tot deelname aan dit onderzoek. Daarnaast werd dit onderzoek belemmerd door het stroeve contact met enkele zorginstellingen. Volgens een begeleidster (persoonlijke communicatie, 9 juni, 2015) had dit te maken met de chaotische periode waarin deze zorginstellingen op het moment in zitten. Hierdoor zouden de zorginstellingen minder bereid zijn geweest te helpen bij het onderzoek en is het uiteindelijk niet gelukt om de gestreefde aantal respondenten te behalen. De laatste tekortkoming van het onderzoek is de invloed die de aanwezigheid van een derde partij mogelijk kan hebben. Vanwege de problematiek van de cliënten moest er altijd een begeleider in de buurt zijn tijdens de interviews en huisbezoeken. Afgezien van het profijt van de aanwezigheid van een begeleider, dat informatie geverifieerd kon worden, zouden de respondenten zich mogelijk beperkt gevoeld kunnen hebben in het delen van hun gevoelens en bijgevolg de ervaringen van de zorg die zij krijgen.

Ondanks dat het onderzoek te maken heeft gehad met deze (mogelijke en in sommige gevallen onontkoombare) tekortkomingen, is getracht de beïnvloeding die deze kunnen hebben op de resultaten en conclusie, te verlagen. Zo is de invloed die de onderzoeker heeft continue geëvalueerd, hebben de respondenten op een gegeven moment geholpen bij de respondentenselectie en is zoveel mogelijk aan de begeleiders gevraagd of zij plaats wilde nemen in de ruimte naast waar het interview werd gehouden. Zodoende is dit onderzoek een degelijke weerspiegeling van de zorgervaring van de zorgbehoevende burgers van dit onderzoek. In de toekomst zou er echter meer aandacht gelegd kunnen worden aan deze tekortkomingen zodat deze zo goed mogelijk of geheel worden weggenomen. Dit zou





mogelijk kunnen zijn door meer onderzoekers mee te laten werken aan het onderzoek en zoals bij de aanbevelingen werd voorgedragen, mensen uit de zorgsector te betrekken in het onderzoek.





## 6. Referentielijst

- Bergman, S.E. (1998). Swedish Models of Health Care Reform: a Review and Assessment. *The International Journal of Health Planning and Management*, 13(2), 91-106.
- Bernard, H.R. (2006). *Research Methods in Anthropology*. Oxford: Altamira.
- Biswas-Diener, R. & Diener, E. (2006). The Subjective Well-Being of the Homeless, and Lessons for Happiness. *Social Indicators Research*, 76(2), 185-205.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in Kwalitatief Onderzoek*. Amsterdam: Boom Onderwijs.
- Bolwijn, M. (2015). Leger des Heils Vult Gat in Zorg. *De Volkskrant*, p.1.
- Clegg, A., Young J., Rikkert, M.O & Rockwood, K. (2013). Frailty in Elderly People. *The Lancet*, 381(3), 752-762.
- Collins, C. & Green, A. (1994) Decentralization and Primary Health Care: Some Negative Implications in Developing Countries. *International Journal of Health Services*, 24(1), 459-475.
- Cummins, R.A. (1996). The Domains of Life Satisfaction: An Attempt to Order Chaos. *Social Indicators Research*, 38(1), 303-328.
- Currie, J. (2008). Healthy, Wealthy, and Wise: Socioeconomic Status, Poor Health in Childhood and Human Capital Development. *Journal of Economic Literature*, 47(1), 87-122.
- CVZ (2006). *Zorgcijfers 2000-2005*. Diemen: College voor zorgverzekeringen.
- Dankers, T., & Wilken, J. P. (2012). *Supportgericht Werken in de WMO*. Utrecht: Movisie.
- Dean, H. & Taylor-Gooby, P. (1992). *Dependency Culture: The Explosion of a Myth*. New York: Routledge.
- Devlin, A.S. & Arneill, A.B. (2003). Health Care Environments and Patient Outcomes: A Review of the Literature. *Environment and Behavior*, 35(5), 665-694.
- Diclemente, C.C. (2006). *Addiction and Change: How Addictions Develop and Addicted People Recover*. New York: The Guilford Press.
- Gillespie, L.D., Robertson, M.C. & Gillespie W.J. (2012). Interventions for Preventing Falls in Older People Living in the Community. *The Cochrane Library*, 9(1), 1-420.
- Graag, M. van der (2004). Zorgketens en een Maatschappelijk Steunsysteem. in: Boutellier, H. (2006). *Leven in de Risicosamenleving*. Amsterdam: Amsterdam University Press. pp. 25-36.
- Goffman, E. (1959). *The Presentation of Self in Everyday Life*. London: Penguin Psychology.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Books.
- Groetegoed, E. & Dijk, D. van. (2012). The Return of the Family? Welfare State Retrenchment and Client Autonomy in Long-term Care. *Journal of Social Policy*, 41(4), 677-694.
- Haan, I. de. (2014). *Het Hegemoniale Discours van de Participatiesamenleving; Kritiek van de 'Doe-democratie'*. Utrecht: Boom Lemma Uitgevers.



- Helman, C.G. (2014). *Culture, Health and Illness: An Introduction*. London: Butterworth & Co Publishers.
- Hemerijck, A. (2011). Een Nieuwe Richting Voor een Verzorgingsstaat: Nederland. *Sociale Zekerheid*, 53(3), 1-233.
- Hemerijck, A. (2012). *Changing Welfare States*. Oxford: Oxford University.
- Hooren, F. van. & Becker, U. (2012). One Welfare State, Two Care Regimes: Understanding Developments in Child and Elderly Care Policies in the Netherlands." *Social Policy & Administration*, 46(1), 83-107.
- Houten, M. van. & Winsemius, A. (2010). *Participatie Ontward*. Utrecht: Libertas.
- Huisman, C. (2015). Beschermde Woonvorm in Gevaar. *De Volkskrant*, p. 1.
- Karbounlaris, S., Wilken, J.P. & Tuk, A. (2012). De Ontwikkeling van een Maatschappelijk Steunsysteem. in: Wilken & T Danken. J. P. (2012). *Supportgericht werken in de WMO* Utrecht: Libertas. pp. 67-76.
- Kimchi, J., Polivka, B. & Stevenson, J.S. (1991). Triangulation: Operational Definitions. *Nursing Research*, 40(6), 364-366.
- Kodner, D.L. & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated Care: Meaning, Logic, Applications, and Implications- A Discussion Paper. *International Journal of Integrated Care*, 2(14), 1-6.
- Kooiker, S. & Hoeymans, N. (2014). *Burgers en Gezondheid: Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Laere, I.R., Wit, M.A., de. & Klazinga, N.S. (2009). Pathways into Homelessness: Recently Homeless Adults Problems and Service Use Before and After Becoming Homeless in Amsterdam, *BMC Public Health*, 9(3), 311-329.
- Lewins, A. & Silver, C. (2007). *Using Software in Qualitative Research: A Step-by-step Guide*. London: Sage Publications.
- Larkin, M. (2011). *Vulnerable Groups in Health and Social Care*. London: Sage Publications.
- Larrain, J. (2013). *Theories of Development: Capitalism, Colonialism and Dependency*. Cambridge: Polity Press.
- Lindqvist, P. & Allebeck, P. (1990). Schizophrenia and Assaultive Behaviour: The Role of Alcohol and Drug abuse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82(3), 191-195.
- Lunnemann, K.D. & Boutellier, J.C.J. (2009). *WMO en het Nut van een Beschermingsarrangement*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Maso, I. & Smaling, A. (1998). *Kwalitatief Onderzoek. Praktijk en Theorie*. Amsterdam: Boom.
- Meer, J. van der. & Schouten J. (1997). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997*. Maarssen: Elsevier.
- Mortelmans, D. (2013). *Handboek Kwalitatieve Onderzoeksmethoden*. Hasselt: Drukkerij Acco.
- Nader, R. (2011). *Cutting Corporate Welfare*. London: Seven Stories Press.
- Nijhof, P. & Mordegaai, J. (2011). *De Dramaturgie van het Dagelijks Leven: Schijn en Werkelijkheid in Sociale Interacties*. Utrecht: Bijleveld.



- Oorschot, W. van (2008). The Dutch Welfare State: Recent Trends and Challenges in Historical Perspective. *European Journal of Social Security*, 8(1), 57-78.
- Penninx, K. & Sprinkhuizen, A. (2011). *Krachtgerichte Sociale Zorg: Sociaal Werk in de Participatiesamenleving*. Utrecht: Libertas.
- Plesk, P.E. & Greenhalgh, T. (2001). The Challenge of Complexity in Health Care. *BMJ*, 323(7313), 625- 628.
- Putters, K. (2013). *De Verzorgingsstad: Tussen Verzorgingsstaat en Participatiesamenleving*. Den Haag: Opmeer.
- Rojas, M. (2006). Life Satisfaction and Satisfaction in Domains of Life: Is It a Simple Relationship? *Journal of Happiness Studies*, 7(1), 467-497.
- Saltman, R.B., Bankauskaite, V. & Vrangbaek, K. (2007). *Decentralization in Health Care: Strategies and Outcomes*. Berkshire: Open University Press.
- Schaler, J.A. (2000). *Addiction is a Choice*. Illinois: Carus Publishing Company.
- Schalock, R.L. (2004). The Concept of Quality of Life: What We Know and Do Not Know. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(3), 203-216.
- Spradley, J.P. (1990). *Participant Observation*. New York: Sage Publications.
- Stringhini, S, Dugravot, A. & Shipley, M. (2011). Health Behaviors, Socioeconomic Status, and Mortality. *PLoS Medicine*, 8(2), 18-31.
- Stronks, K & Hulshof, J. (2001). *De kloof Verkleinen: Theorie en Praktijk van de Strijd tegen Gezondheidsverschillen*. Assen: Van Gorcum.
- Taylor- Gooby, P. (1991). *Social Change, Social Welfare and Social Science*. Worchester: Harvester Wheatsheaf Publisher.
- ThesaurusZorgenWelzijn (2013). *Participeren in de Samenleving*. Geraadpleegd van <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/index2.htm>
- Tinker, A. (2014). *Older People in Modern Society*. New York: Routledge.
- Toet, J., Haks, K., Mazurkiewics, E. & Vries, R. de. (2006). *Themarapport: Zorg voor Sociaal Kwetsbaren*. Utrecht: Nashuatec.
- Tonkens, E. (2014). Herover de Participatiesamenleving. *S&D*, 71(1), 85-95.
- Tonkens, E. (2015). Vijf Misvattingen over de Participatiesamenleving. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 93(1), 1-3.
- TransitieBureau (2012). *Decentralisatie Betekent Transitie & Transformatie: Nieuwe Verantwoordelijkheden, Rollen en Opgaven in Maatschappelijke Ondersteuning*. Den Haag: Opmeer Drukkerij.
- Vilans (2013). *Handreiking Zelfredzaamheid Voor Wijkverpleegkundigen: Zelfredzaamheid*. Utrecht: Vilans.
- Vries, G. de. (2005). Politiek, Expertise en Individuele Verantwoordelijkheid in een Risicosamenleving. In: H. Boutellier (2006). *Leven in de risicosamenleving*. Amsterdam: Amsterdam University Press. pp. 12-24.



- WMO (2011). *Gekantelde Formulieren; Ondersteuning bij het Gesprek*. Geraadpleegd van [http://www.invoeringwmo.nl/sites/default/files/Gekantelde\\_formulieren.pdf](http://www.invoeringwmo.nl/sites/default/files/Gekantelde_formulieren.pdf)
- WMO (2015). *Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) 2015*. Geraadpleegd van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/wmo-2015>
- Wong, E.M., Ormiston, M.E. & Tetlock, P.E. (2011). The Effects of Top Management Team Integrative Complexity and Decentralized Decision Making on Corporate Social Performance. *Academy of Management Journal*, 54(6), 1207-1228.
- Zorgmarkt (2014). *Vraaggestuurde Gesprekken Binnen de WMO Succesvol*. Geraadpleegd van <http://www.invoorzorg.nl/ivz/praktijkvoorbeeld-huizen-vraaggestuurde-gesprekken-binnen-de-wmo-succesvol.html>
- Wright, J.D. (1990). Poor People, Poor Health: The Health Status of the Homeless. *Journal of Social Issues*, 46(4), 49-64.
- Zwieten, M. van, Willems, D. (2004). Methodologie van Kwalitatief Onderzoek: Waardering van Kwalitatief Onderzoek. *Huisarts & Wetenschap*, 47(13), 631-635.



## 7. Bijlagen

### Bijlage I: topiclijst voor de semi-gestructureerde interviews

#### *Hoe ziet een gemiddelde dag eruit?*

Hoe verhoudt de omschrijving van een gemiddelde dag zich met de volgende aspecten;

#### *Dagbesteding*

- Waarom ziet een gemiddelde dag eruit zoals omschreven? (werk, opleiding, dagactiviteit, verzorging/ behandeling/therapie)
- Wat voor hulp heb je nodig van anderen om deze dagbesteding aan te houden?
- Wat voor hulp krijg je op het moment?
- Waarom zou je zonder deze hulp kunnen of waarom kun je niet zonder deze hulp?
- Zou je aan de hand van je dagbesteding van jezelf zeggen dat je meedoet in de samenleving?
- Is recentelijk verandering gekomen in je dagbesteding? en waarom wel/ niet?
- Hoe ervaar je je huidige dagbesteding? En de hulp die je hierbij krijgt? ((on)tevreden)
- Hoe uit je deze ervaring? ((on)tevredenheid)

#### *Gezondheid*

- Hoe zou je je gezondheid omschrijven? (lichamelijk & psychisch)
- Wat voor hulp heb je nodig van anderen om deze gezondheid te behouden?
- Wat voor hulp krijg je voor het behouden/ verbeteren van je gezondheid? (lichamelijk & psychisch)
- Waarom zou je zonder deze hulp kunnen of waarom kun je niet zonder deze hulp?
- Is recentelijk verandering gekomen in je dagbesteding? En waarom wel/niet?
- Hoe ervaar je je gezondheid? En de hulp die je hierbij krijgt? ((on)tevreden)
- Hoe uit je deze ervaring? ((on)tevredenheid)

#### *Financiële situatie*

- Hoe zou je je financiële situatie omschrijven? (werkende, niet- werkende, arbeidsongeschikt, financiële problemen als in schulden )
- Wat voor hulp heb je nodig van anderen om deze financiële situatie aan te houden?
- Wat voor hulp krijg je op het moment?
- Waarom zou je zonder deze hulp kunnen of waarom kun je niet zonder deze hulp?
- Is recentelijk verandering gekomen in je financiële situatie? En waarom wel/niet?
- Hoe ervaar je je financiële situatie? En de hulp die je hierbij krijgt? ((on)tevreden)
- Hoe uit je deze ervaring? ((on)tevredenheid)

#### *Sociale relaties*

- Hoe zou je je sociale relaties omschrijven? (partner, kinderen, vrienden)
- Wat voor hulp heb je nodig van anderen om deze sociale relaties te behouden?
- Wat voor hulp krijg je op het moment?
- Waarom zou je zonder deze hulp kunnen of waarom kun je niet zonder deze hulp?



- Is recentelijk verandering gekomen in je sociale relaties? En waarom wel/niet?
- Hoe ervaar je je sociale relaties? En de hulp die je hierbij krijgt? ((on)tevreden)
- Hoe uit je deze ervaring? ((on)tevredenheid)

### ***Zingeving***

- Hoe zou je je zingeving omschrijven?(doelen, toekomst, passie)
- Wat voor hulp heb je nodig van anderen om deze positie te behouden? (buiten de hulp aangehaald bij voorgaande punten)
- Wat voor hulp krijg je op het moment?
- Hoe ervaar je je positie in de samenleving? En de hulp die je hierbij krijgt? ((on)tevreden)  
Hoe uit je deze ervaring? ((on)tevredenheid)

### ***Woonsituatie***

- Hoe zou je je huidige woonsituatie kunnen omschrijven? (zelfstandige woning maar...begeleiding, extramurale zorg)
- Wat voor hulp heb je nodig van anderen om deze woonsituatie te behouden?
- Wat voor hulp krijg je op het moment?
- Is recentelijk verandering gekomen in je woonsituatie? En waarom wel/niet?
- Waarom zou je zonder deze hulp kunnen of waarom kun je niet zonder deze hulp?
- Hoe ervaar je je huidige woonsituatie? En de hulp die je hierbij krijgt? ((on)tevreden)
- Hoe uit je deze ervaring? ((on)tevredenheid)
- Waarom is dit (niet) de ideale woonsituatie voor je?

Wat zou je omschrijven als zelfredzaamheid?

Wat zou je omschrijven als participeren in de samenleving?

## Bijlage II: Toestemmingsverklaring

Van Ayla van Brink  
Afdeling Directie/ staf Parnassia B.V  
Datum 2 maart 2015  
**Onderwerp Toestemmingsverklaring interview**

Geachte heer/mevrouw,

Mijn naam is Ayla van Brink, ik loop stage bij de Parnassia Groep en doe onderzoek voor mijn studie Arbeid Zorg en Welzijn, Beleid en Interventie aan de Universiteit Utrecht. Als onderdeel van mijn stage doe ik onderzoek naar mensen die van begeleid wonen in een zorginstelling, zijn verhuisd naar een zelfstandige huurwoning met ambulante woonbegeleiding. Graag zou ik u willen vragen om mee te doen aan het onderzoek door een kort interview te geven en/of het toestaan van een huisbezoek.

### Waarom meedoen?

De veranderingen in de zorg zijn zo recent dat we nog niet weten wat voor effect dit heeft op mensen die van begeleid wonen naar zelfstandige woningen zijn verhuisd. Door jouw ervaringen te delen kunnen we belangrijke inzichten krijgen in wat de mogelijke consequenties van de aanpassingen zijn voor cliënten zoals u. Ik begrijp dat meedoen licht belastend kan zijn voor u en daarom staat er een kleine vergoeding tegenover meedoen met het onderzoek.

### Wat houdt het in?

Meedoen aan het onderzoek bestaat uit het afnemen van een interview van maximaal 60 minuten. Om het interview af te nemen zou ik samen met een voor u bekende begeleider bij u op huisbezoek kunnen komen of we kunnen afspreken op de Zoutkeetsingel 40 in Den Haag (of de zorginstelling die bij u bekend is).

### Wat gebeurt er met uw gegevens?

Het onderzoek en de antwoorden die u geeft, zijn anoniem en zullen vertrouwelijk behandeld worden. De gegevens zullen gebruikt worden voor het onderzoek en verwerkt worden tot een rapport. Voor de privacywetgeving moet ik u voorafgaand aan het schriftelijk interview om toestemming vragen. Ik heb daarvoor deze toestemmingsverklaring meegenomen.

### Kan ik me terugtrekken?

U kunt zich altijd terug trekken uit het interview. Als u niet langer wilt meewerken aan het onderzoek kunt u dat aangeven. Daarna zal ik al uw gegevens verwijderen uit het onderzoeksbestand.

Ik hoop dat u hiermee genoeg achtergrond informatie heeft. Mochten er nog vragen zijn, laat u het mij dan gerust weten. Dit kan via de mail.

Bij voorbaat dank, mede namens Parnassia.

Ayla van Brink  
aylavanbrink@gmail.com

Toestemmingsverklaring Interview

Naam deelnemer:.....  
Datum: .....

Ja, ik wil meedoen aan het onderzoek  
(handtekening)



### Bijlage III: Codeboom

