

Anne van Haren
4085779

*DE ILLUSIE VAN
INFORMELE ZORG
VOOR KWETSBARE
BURGERS*

Een onderzoek naar de vraag of kwetsbare burgers zorg
uit hun sociale netwerk willen en kunnen ontvangen.

1e lezer: Rosanne Oomkens
2^e lezer: Dorota Lepianka

Voorwoord

Voor u ligt de master thesis “de illusie van informele zorg voor kwetsbare burgers”. Een onderzoek gehouden in Zwolle bij een maatschappelijke zorg instelling; ‘Creating Balance’. Dit onderzoek heeft zich gericht op de vraag of kwetsbare burgers informele zorg uit hun sociale netwerk willen en kunnen ontvangen. Deze master thesis is geschreven in het kader van het afstuderen aan de master opleiding Arbeid, Zorg en Welzijn; beleid en interventie aan de Universiteit van Utrecht. Van februari 2015 tot en met juni 2015 ben ik bezig geweest met het onderzoek doen en het schrijven van deze master thesis.

Deze master thesis schrijven is bij tijd en wijle een flinke uitdaging geweest. Gelukkig stonden mijn begeleider R.F. Oomkens en de professionals bij Creating Balance altijd voor mij klaar. Ik werd door hen altijd opnieuw gemotiveerd om verder te gaan en zij brachten mij nieuwe inzichten.

Bij dezen wil ik alle participanten aan dit onderzoek heel hartelijk danken voor uw bijdrage, zonder u was deze thesis niet tot stand gekomen. Tevens wil ik mijn begeleider R.F. Oomkens bedanken voor de fijne samenwerking en de sturing. In het bijzonder wil ik Marieke te Velde bedanken voor de mogelijkheid om dit onderzoek uit te voeren binnen de organisatie ‘Creating Balance’. Mijn naaste omgeving, en lieve vriend bedankt voor jullie lieve woorden en wijze raad.

Ik wens u veel leesplezier!

Anne van Haren

Arnhem, 30 juni 2015.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting	4
1. Inleiding	6
2. Theoretische verkenning	9
2.1 Begripsafbakening	9
2.2 Actief burgerschap en de sociale investeringsstaat	10
2.3 Framing & Feeling rules	11
2.4 Solidariteit& Wederkerigheid	13
2.5 Familiale zorg & Intergenerationaliteit	15
3. Onderzoeksopzet	17
3.1 Doelgroep	17
3.2 Vraagstelling van het onderzoek	17
3.3 Kwalitatief onderzoek	18
3.4 Werving en wijze van selectie	19
3.5 Data verzameling	20
3.6 Data analyse	20
3.7 ASW verantwoording	21
4. Resultaten	22
4.1 Sociaal netwerk	22
4.1.2 Familie	23
4.1.3 Vrienden & doelgroep contacten	25
4.2 Zorg uit sociaal netwerk	27
4.3 Zorg kunnen ontvangen	28
4.4 Zorg uit netwerk willen ontvangen	29
5. Conclusies	33
Sociaal netwerk van kwetsbare burgers	33
Zorg <i>willen</i> ontvangen	34
Zorg uit sociaal netwerk <i>kunnen</i> ontvangen	35
5.1 Discussie	36
5.2 Aanbevelingen	37
Voor de professional	37
Voor beleidsmakers	37
Voor wetenschappers	38
6. Literatuurlijst.....	39

Bijlage 1	42
Bijlage 2	43
Bijlage 3 Codeboom.....	44

Samenvatting

De Nederlandse samenleving verandert. Er zijn vragen gerezen over de betaalbaarheid en de houdbaarheid van het bestaande zorgstelsel in Nederland. Volgens Steyaert & Kwekkeboom (2010) is de verzorgingsstaat te lang voorgesteld als enkel formele zorg. Burgers zijn te lang passief solidair geweest door premies te betalen met als gevolg dat (kwetsbare) burgers gebruik kunnen maken van zorg wanneer zij die nodig hebben (Trappenburg, 2013). De Nederlandse regering is van mening dat burgers er profijt van hebben wanneer zij in toenemende mate voor elkaar zouden gaan zorgen en wanneer zij meer hun eigen leven zouden organiseren. Desalniettemin is er sprake van bezuinigingen in het Nederlandse sociale domein, de verzorgingsstaat is niet langer houdbaar (Ministerie van Algemene Zaken, 2013).

Vanwege de toenemende schaarste in de zorg wil de overheid dat burgers steeds meer gebruik gaan maken van informele zorg (Steyaert & Kwekkeboom, 2012). De tendens is dat maatschappelijke zorg op lokaal niveau geregeld wordt. Gemeenten sluiten volgens de huidige regering beter aan bij de burger, daar zou dan ook de verantwoordelijkheid voor maatschappelijke zorg moeten liggen. Kwetsbare burgers worden geacht, alvorens gebruik te maken van professionele zorg, binnen hun netwerk te zoeken naar informele zorg. De informele zorg uit sociale netwerken van burgers is in alle beleidshervormingen omtrent de Wmo de buffer waaruit de schaarse zorg opgevangen moet worden. Dit onderzoek richt zich op de vraag of kwetsbare burgers zorg uit hun sociale netwerk willen en kunnen ontvangen.

Via een maatschappelijke zorg instelling zijn meerdere kwetsbare burgers benaderd en uiteindelijk zijn er 25 mensen bereid gevonden te participeren in dit onderzoek.

Vanuit verschillende theoretische invalshoeken is informele zorg uit sociale netwerken bestudeerd in de literatuur. Opmerkelijk genoeg is er nooit onderzoek gedaan naar wat kwetsbare burgers vinden van het gestelde feit dat zij zorg uit hun sociale netwerk dienen te realiseren.

Trappenburg stelt dat van lager opgeleiden meer actieve solidariteit verwacht wordt omdat kwetsbare burgers veelal in de zelfde armere wijken wonen (Trappenburg, 2010).

Grootegoed (2012) laat in haar onderzoek zien dat kwetsbare burgers de behoefte hebben om iets terug te kunnen doen in de zorgrelatie. Om de balans te herstellen of te behouden wordt zorg soms niet gevraagd door de kwetsbare burger aan het sociale netwerk. Linders (2010) concludeert tevens dat kwetsbare burgers geen zorg vragen. Volgens Linders wordt dit veroorzaakt door vraagverlegenheid en ongevraagd wordt er geen hulp geboden blijkt uit haar onderzoek.

Gelet op de onderzoeksresultaten kunnen we stellen dat kwetsbare burgers zwakke sociale netwerken hebben en de sociale relaties die zij hebben zijn veelal disfunctioneel. Opvallend veel participanten hebben contacten met familieleden verbroken. Kwetsbare burgers hebben veelal contact met elkaar, anders geformuleerd hebben zij doelgroep contacten. Volgens de participanten hebben dergelijke contacten een negatieve invloed op hun herstel. Dientengevolge moeten we ons zelf de vraagstellen of kwetsbare burgers daadwerkelijk zorg *kunnen* dragen voor elkaar. Eveneens *willen* kwetsbare burgers veelal geen zorg uit hun sociale netwerk ontvangen uit schaamte gevoel en zij vinden dat hun netwerk ondeskundig en beperkt is. Tevens hechten kwetsbare burgers veel waarde aan de vriendschappen die zij hebben, voor het merendeel van hen zijn deze erg beperkt. Kwetsbare burgers wensen vandaar dat vriendschappen niet belemmerd worden door een beroep op zorg. Als deze kwetsbare burgers al zorg ontvangen dan is dit voor hun kinderen en niet voor zichzelf. Als zij zorg vragen en ontvangen is dit vaak in geval van nood en kortdurend dit betreft evenzeer enkel de kinderen.

Concluderend, kwetsbare burgers *willen* en *kunnen* geen zorg uit hun sociale netwerk ontvangen omdat hun netwerk te beperkt is. Kwetsbare burgers hebben contacten die veelal disfunctioneel zijn. Kwetsbare burgers hebben een sterke voorkeur zien voor professionele zorgverlening.

Dit onderzoek is tot stand gekomen in een kort tijdsbestek hetgeen er toe geleid heeft dat er een accent lag op het beantwoorden van de hoofdvraag. Evengoed moet er in vervolg onderzoek aandacht besteedt moeten worden aan kwetsbare burgers die zich niet binnen de hulpverlening bevinden. Gelet op de resultaten van dit onderzoek is het aannemelijk dat ook deze kwetsbare burgers geen gebruik willen maken van zorg uit sociaal netwerk. Alsmede zou er meer aandacht gericht moeten zijn wat de onderzoeksresultaten betekenen voor sociale uitsluiting van kwetsbare burgers. Wanneer zij geen zorg willen ontvangen van sociaal netwerk en professionele zorgverlening mijden dreigen zij mogelijk buitengesloten te raken van de maatschappij.

Wetenschappers worden om bovenstaande reden aanbevolen vervolg onderzoek te doen naar de vraag of kwetsbare burgers (buiten de zorgverlening) zorg willen ontvangen uit hun sociale netwerk en wat dit betekent voor hun positie in de maatschappij.

1. Inleiding

De zorg in de westerse samenleving staat onder druk met als gevolg dat steeds meer mensen een beroep doen op de zorg en daardoor steeds minder mensen beschikbaar zijn om zorg te bieden (Steyaert & Kwekkeboom, 2010). Oorzaken zijn de demografische ontwikkelingen en de stijgende kosten van de zorg. De westerse samenleving vergrijsst wat betekent dat de gemiddelde leeftijd steeds hoger wordt terwijl de jonge generatie krimpt. Ouderen hebben in toenemende mate zorgbehoefte. Ook maken zij meer aanspraak op publieke dienstverlening. Vergrijzing is al lang een beoogd probleem in Nederland maar ook in de rest van Europa (Sintonen & Pehkonen, 2014). Daarnaast krimpt het actieve deel van de samenleving op de arbeidsmarkt. Indien de vraag naar zorg blijft groeien en het aantal deelnemers aan de arbeidsmarkt krimpt dan ontstaat er schaarste in de zorg. Er zullen onvoldoende mensen zijn om de zorg te dragen. De krimp in beroepsbevolking en het budget voor de zorg zullen de kwaliteit schaden. De zorg zou niet meer menswaardig kunnen blijven (Steyaert & Kwekkeboom, 2010).

Om een antwoord te geven op de beoogde problemen rondom betaalbaarheid van de zorg kwam onder andere de ‘Big Society’ op in Europa. In Groot Brittanië kwam de term op en het heeft zich verder over Europa verspreid (Evans, 2011). Het was een verschuiving van denken over de verzorgingsstaat. Er zijn vele beleidsbepalingen uit ontstaan. De kern van ‘Big Society’ is het reduceren van de kosten van een veel te grote publieke sector. Het reduceren van de kosten gaat gepaard met een roep om “full employment”, eigen verantwoordelijkheid, decentralisering en een roep om vrijwilligerswerk. In Nederland wordt deze roep vertegenwoordigd door liberalen. Met "full employment" wordt bedoeld dat in de westerse samenleving wordt ingezet op activering; zoveel mogelijk mensen moeten actief deelnemen op de arbeidsmarkt zodat alle burgers een financiële bijdrage levert aan de maatschappij (Van der Veen, Mascini, & Soentken, 2011). Nederland kent een dergelijke ontwikkeling welke is vorm gegeven in de Wet maatschappelijke ondersteuning. De Wet Maatschappelijk ondersteuning welke is ingevoerd in 2007 moet antwoord geven op de vraag naar flexibelere zorg en op zorgen rondom betaalbaarheid en kwaliteit van zorg.

Om de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg te kunnen blijven garanderen is in de Wet Maatschappelijke Ondersteuning onder andere de aandacht gelegd op het gebruiken van informele zorg ter ondersteuning van burgers, zodat formele zorg niet altijd en op alle levensgebieden nodig is. De oproep vanuit de overheid werd beargumenteerd met de teneur

dat burgers zich van hun zorgtaken hadden onttrokken en dit overgelaten hebben aan de staat. Burgers moeten weer gaan ondersteunen in plaats van leunen (Steyaert & Winsemius, 2010). Gemeenten worden verantwoordelijk gemaakt voor de uitvoering van de zorg. Deze verantwoordelijkheid van de Gemeenten wordt aangesproken op het moment dat burgers niet middels hun eigen sociale netwerk zorg kunnen realiseren. Met deze wet roept de Nederlandse overheid burgers op verantwoordelijkheid te nemen en gebruik te maken van informele zorg uit sociaal netwerk alvorens gebruik te maken van professionele zorg, om zo kosten te drukken en zelfredzaamheid te vergroten. Professionele zorg is er voor mensen die het écht nodig hebben. De professional dient het sociale netwerk van de burger te betrekken in de zorgverlening. Zorg voor kwetsbare burgers is kortdurend en voorwaardelijk (Kampen, Verhoeven, & Verplanken, 2013). Elke burger wordt in de Wmo gezien als bron van informele zorg die zij aan kwetsbare burgers in hun sociale netwerk moeten kunnen geven (Steyaert & Kwekkeboom, 2010). De gemeente is vaandeldrager om de informele en formele zorg te kunnen combineren. Hierin is het voor de gemeenten belangrijk een optimale balans te creëren (Steyaert & Kwekkeboom, 2010; Van der Veen, Yerkes, & Achterberg, 2011). Volgens Kwekkeboom (2010) bestaat er al veel informele zorg in Nederland, toch heerst de gedachte dat burgers meer zorg kunnen bieden.

Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) heeft naar aanleiding van een bevolkingsonderzoek een voorspelling gedaan omtrent de informele zorg in de toekomst. Hieruit blijkt dat de informele zorg zal gaan groeien. In 2006 was het aantal informele zorgverleners 370.000 en in 2020 verwacht het SCP 380.000 informele zorgverleners (Boer & Timmermans, 2007). Volgens het SCP zal het gebruik van informele zorg slechts gering stijgen. Echter heeft de overheid hierover andere verwachtingen. Door schaarste in de zorg zou er juist een groter beroep gedaan worden op informele zorg (Steyaert & Kwekkeboom, 2012). Informele zorg uit sociale netwerken van burgers is in alle beleidshervormingen omtrent de Wmo de buffer waaruit de schaarse zorg opgevangen moet worden. Hierin lijkt het niet relevant wat de kwetsbare burger vindt van het gestelde feit dat zij zorg uit hun sociale netwerk dienen te realiseren. Daarnaast is er weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan of sociale netwerken van kwetsbare burgers wel zorg kunnen verlenen (Kampen, Verhoeven, & Verplanken, 2013; Steyaert & Kwekkeboom, 2012).

Dit onderzoek geeft weer wat de Nederlandse beleidsontwikkelingen betekenen voor de kwetsbare burger. Kwetsbare burgers zijn veelal niet in staat zelf hun kennis en ervaringen te delen met de maatschappij (Kampen, Verhoeven, & Verplanken, 2013). Doel van dit onderzoek is exploreren of kwetsbare burgers zorg uit hun sociale netwerk willen en kunnen

ontvangen. Gelet op de huidige beleidsontwikkelingen waarbij burgers in toenemende mate worden geacht zelfredzaam te zijn en een beroep te doen op hun eigen sociale netwerk, is het relevant te onderzoeken of ook kwetsbare burgers aan deze verwachting van de overheid kunnen en willen voldoen (Linders, 2010; Kampen, Verhoeven, & Verplanken, 2013; Steyaert & Kwekkeboom, 2010). Wetenschappelijk gezien is er nog maar een klein deel internationale literatuur over de wensen van kwetsbare burgers als het gaat om zorg ontvangen uit hun sociale netwerk. Er zijn theorieën over solidariteit, wederkerigheid en sociale uitwisseling die iets zeggen over de beweegredenen van mensen om behulpzaam te zijn (Cantillon & Lancker, 2012; Cropanzano & Mitchell, 2005; Trappenburg M. , 2013). Over de voorkeur om zorg al dan niet uit het sociale netwerk te willen ontvangen is zeer weinig literatuur beschikbaar. Kennis over de welwillendheid van zorg ontvangen uit sociaal netwerk draagt bij aan de wetenschappelijke onderbouwing van het huidige beleid. Bovendien worden de beleidsontwikkelingen met behulp van dit onderzoek vanuit het perspectief van de kwetsbare burger bekeken.

Dit onderzoek richt zich om deze redenen op de vraag of kwetsbare gebruikers wel zorg willen en kunnen ontvangen uit hun sociale netwerk (zie hoofdstuk 3).

2. Theoretische verkenning

In dit hoofdstuk worden de theoretische concepten die iets zeggen over de vraag of kwetsbare burgers zorg kunnen en willen ontvangen uit hun sociale netwerk weergegeven. In de eerste paragraaf worden de gehanteerde definities van het onderzoek uiteengezet. Vervolgens wordt de oorsprong van weergegeven van de huidige beleidshervormingen in Nederland. In de derde paragraaf wordt er uiteengezet hoe mensen veranderingen die hun gevoel aanspreken vormgeven. Deze theorie wordt gebruikt om de resultaten te kunnen duiden. Paragraaf vier beslaat theorieën over wederkerigheid en solidariteit. De slot paragraaf gaat over de intergenerationele theorie die stelt dat problemen in families en generaties doorgegeven kunnen worden.

2.1 Begripsafbakening

Allereerst worden hier de termen die voorkomen in de onderzoeksvraag toegelicht. Er zijn uiteenlopende definities van kwetsbare burgers te vinden. Hieronder worden er een aantal toegelicht.

Volgens een advies rapport van Movisie zijn kwetsbare burgers “mensen die onvoldoende hulpbronnen hebben om op eigen kracht bepaalde moeilijkheden en tegenslagen te overwinnen en om hun leven vorm te geven op de manier die zij wensen” (Winsemius, 2011). Dit rapport is bedoeld voor gemeenten om de omschrijving van kwetsbare mensen vorm te geven. Deze definitie is abstract en zou op alle mensen toepasbaar kunnen zijn. Tevens zijn de begrippen ‘bepaalde moeilijkheden’ en ‘tegenslagen’ subjectief. Het is onduidelijk om welke moeilijkheden en of tegenslagen het gaat. De definitie geeft geen beeld van kwetsbare burger; wie zijn dat en wat ervaren zij? Deze vraag blijft in de bovenstaande definitie onbeantwoord.

Behalve deze definitie worden in het rapport specifieke eigenschappen benoemd van deze kwetsbare burgers. Onder andere lichamelijke of verstandelijke beperking, chronisch psychische problemen, psychosociale problemen, financiële problemen, opvoed problemen, betrokken bij (huiselijk) geweld, meervoudige problematiek zoals verslaving en mensen die uitgestoten dreigen te worden vanwege hun seksuele oriëntatie (Winsemius, 2011). De specifieke eigenschappen geven meer informatie over kwetsbare burgers dan de definitie.

Op de website invoeringwmo.nl worden verschillende definities gegeven. De beste definitie is een door de Wmo gehanteerde definitie welke ook de kenmerken van kwetsbare burgers bevat; “Mensen met een lichamelijke beperking, chronisch psychische problemen,

verstandelijke beperkingen, psychosociale of materiële problemen, lichte opvoed- en opgroei problemen, mensen die betrokken zijn bij huiselijk geweld en personen met een meervoudige problematiek” (invoeringwmo.nl, 2015). Deze definitie vind ik het meest passend doch onvolledig. Aan de definitie wil ik toevoegen dat deze kwetsbare burgers het risico lopen om maatschappelijk uit te vallen en problemen kunnen ervaren met verslaving. Deze toevoeging verschilt van meervoudige problematiek, met andere woorden mensen kunnen op meerdere levensgebieden tegelijkertijd problemen ervaren, psychisch of lichamelijk (Klerk, Prins, Verhaak, & Berg, 2012).

De gehanteerde definitie van kwetsbare burgers in dit onderzoek klinkt dus als volgt; *“Burgers die risico lopen op maatschappelijke uitval met een lichamelijke beperking, chronische psychische problemen, problemen met middelengebruik, verstandelijke beperkingen, psychosociale, materiële problemen, lichte opvoed- en opgroei problemen, mensen die betrokken zijn bij huiselijk geweld en personen met een meervoudige problematiek.”*

Het sociale netwerk van kwetsbare burgers wordt in dit onderzoek als volgt gedefinieerd; *“een verzamelnaam voor een netwerk van betekenisvolle personen.”*, zoals vrienden of familie of andere personen die men zelf betekenisvol vindt (Steyart & Kwekkeboom, 2012).

2.2 Actief burgerschap en de sociale investeringsstaat.

In deze paragraaf wordt de context van de onderzoeksvraag geschetst. Hierin wordt beschreven waarop de ideeën over de actieve en verantwoordelijke burger is gestoeld. Dit is van belang om te begrijpen waarom er in de hedendaagse samenleving een beroep wordt gedaan op het sociale netwerk van de kwetsbare burger.

Een van de manieren om de veranderende westerse maatschappij vorm te geven zonder dat de kosten van alle demografische ontwikkelingen de pan uitreizen, is het zogenoemde "actief burgerschap". Actief burgerschap is een onderdeel van de door Giddens geïntroduceerde Third Way (Rose, 2000). Dit zou gezien kunnen worden als een van de eerste politieke ontwikkelingen richting het actief burgerschap (Jenson & Saint-Martin, 2003). Twijfel over de houdbaarheid van de verzorgingsstaat is reden voor het ontstaan van het Third Way denken in de jaren negentig. Het Third Way denken verbindt linkse en rechtse politieke stromingen met als doel de verzorgingsstaat te behouden. Rechtse politici zijn van mening dat de sociale uitgaven economische welvaart onderdrukt (Jenson & Saint-Martin, 2003). Er moet een verandering komen in het uitgaven patroon. Linkse politici vinden de sociale sector te

paternalistisch (Rose, 2000). Dat wil zeggen dat mensen die gebruik maken van sociale diensten weinig regie over hun eigen leven behouden. Het Third Way denken vindt voor beide gedachten een nieuwe inslag. Het streeft naar grotere gelijkheid tussen burgers door gelijke kansen te bieden met de nadruk op eigen verantwoordelijkheid. Het streven is alle burgers aan het werk door gelijke kansen en het decentraliseren van overheden.

Volgens Giddens moeten burgers door decentrale overheden ondersteund worden om bij te blijven in de moderne samenleving. Dit is nodig om Europese landen in de moderne tijden van globalisering sterk te houden zodat zij kunnen blijven concurreren op internationale markt (Rose, 2000). Giddens pleit voor een nieuwe samenwerking tussen de staat, de markt en de familie met als doel verantwoordelijkheden te verschuiven van de staat naar de markt en de familie/individuele burger (Jenson & Saint-Martin, 2003). In het vervolg daarop ontstaat er een situatie waarin burgers niet enkel beschermd worden tegen risico's maar waar zij verantwoordelijk risico's kunnen nemen (Jenson & Saint-Martin, 2003). Waar voorheen verzorgingsstaten erop ingericht waren om burgers te beschermen tegen de markt moeten burgers nu gefaciliteerd worden om succesvol te kunnen zijn op de markt (Jenson & Saint-Martin, 2003). Door te investeren in burgers zouden de sociale uitgaven van de verzorgingsstaat op lange termijn lager moeten worden en zouden de uitgaven effectiever worden. In de literatuur wordt deze nieuwe manier van inrichting van de verzorgingsstaat de investeringsstaat genoemd. Bescherming in de investeringsstaat wordt vormgegeven door het vergroten van flexibiliteit en vaardigheden middels levenslang leren en investeren in 'human capital' (Jenson & Saint-Martin, 2003).

De nadruk komt te liggen op het investeren in burgers in plaats van burgers opvangen in een sociaal vangnet. Als er geïnvesteerd wordt in de krachten van burgers zouden zij langdurig en zelfstandig kunnen participeren in de samenleving. In Nederland wordt het zelfde doel beoogt in de participatie samenleving. Tevens wordt er geïnvesteerd in jongeren zodat zij een veilige jeugd hebben en kunnen uitgroeien tot succesvolle volwassenen. Dit altezamen weerspiegelt een visie van activering van burgers.

2.3 Framing & Feeling rules

In de vorige paragrafen zijn de argumenten vanuit maatschappelijke ontwikkelingen benoemd waarom kwetsbare burgers hun sociale netwerk zouden moeten aanspreken in geval van zorgbehoefte. In deze paragraaf wordt ingegaan op theorie over hoe gevoel en besluitvorming jegens deze vraag van de overheid door mensen wordt vormgegeven.

Framing rules van Hochschild (1979) zijn een theoretische weergave van hoe mensen mogelijk hun gedachte over hun sociale netwerk en zorg vormgeven. Dit helpt een theoretische invulling te geven aan de vraag of mensen zorg uit hun sociale netwerk willen ontvangen.

Framing rules zijn de regels van waaruit wij de definities of meningen van situaties bepalen. *Framing rules* spitsen zich toe op het cognitieve frame waarin *feeling rules* zich afspelen (Tonkens, Grootegoed, & Duyvendak, 2013).

Feeling rules betreffen onze voorstelling over wat we al dan niet moeten voelen ten opzichte van een bepaalde situatie of verandering. Volgens Hochschild (2003) voelen wij als mens niet alleen, maar we denken over ons gevoel zowel individueel als collectief. We construeren als het ware ons gevoel aan de hand van sociale regels. Het feit dat burgers zorg uit hun netwerk moeten realiseren dient als framing rule waarin tevredenheid of onvrede over deze norm zich afspeelt (*feeling rule*).

Deze *framing rules* bestaan uit drie soorten. *Morele framing* reflecteert onze ideeën van onze normen, deze moraliteiten beïnvloeden het gevoel en je mening ten opzichte van de maatschappij. De tweede soort is *pragmatische framing*. Pragmatische framing deze bevatten regels over zaken die al wel beschikbaar zijn (Tonkens, Grootegoed, & Duyvendak, 2013). Als voorbeeld kan hierbij genoemd worden dat het sociaal netwerk aanspreken voor zorg als prettig ervaren wordt omdat men het als een geluk ervaart dat zij over sociaal netwerk beschikken. Tot slot beschrijft Hochschild (1979) *historische framing rules* welke refereren aan een andere tijd in iemands leven of de collectieve geschiedenis. Een voorbeeld hiervan kan zijn dat mensen zorg uit hun netwerk willen ontvangen omdat hun ouders ook gebruik moesten maken van hun sociale netwerk. Een ander voorbeeld is dat mensen niet gebruik willen maken van zorg uit hun sociale netwerk omdat zij vroeger wel professionele zorg konden ontvangen.

De vraag of kwetsbare burgers zorg willen ontvangen heeft dus te maken met drie framing rules die refereren aan het verleden van mensen, de morele normen en de beschikbaarheid van hun sociale netwerk. Feeling en framing rules zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. En daarom moeilijk van elkaar te scheiden in de praktijk. Feeling rules geven namelijk een interpretatie opgeroepen door framing rules. In dit onderzoek wordt geen specifiek onderscheid gemaakt. Er wordt gekeken naar de argumenten die mensen geven voor het al dan niet willen ontvangen van zorg en vanuit welke framing rules ze deze redenen vormgeven. Op deze manier wordt duidelijk hoe de ongeschreven maatschappelijke regels

zich verhouden ten opzichte van zorg ontvangen uit het sociale netwerk. Oftewel deze theorie wordt gebruikt om de resultaten van dit onderzoek te duiden.

2.4 Solidariteit & Wederkerigheid

In de vorige paragraaf is er vanuit een klassieke sociologische visie gekeken naar de manier waarop mensen hun meningen en ervaringen vormen doormiddel van framing rules. De visie die in deze paragraaf wordt behandeld is gebaseerd op theoretische concepten als wederkerigheid en solidariteit.

Zorg voor anderen doet men uit solidariteit en gevoelens van wederkerigheid. Wederkerigheid en solidair zijn naar andere burgers vraagt een bepaalde verantwoordelijkheid van mensen (Cantillon & Lancker, 2012). Volgens onderzoek van Cantillon en Lancker (2012) zijn solidariteit en wederkerigheid van mensen niet altijd vanzelfsprekend. In de sociale investeringsstaat worden burgers aangesproken op hun eigen verantwoordelijkheid. Cantillon en Lancker (2012) hebben met een voorbeeld over spijbelen laten zien dat het irreal is van mensen te verwachten dat zij hun eigen verantwoordelijkheid te nemen. Omdat de kansen ongelijk verdeeld zijn in de samenleving zijn niet alle mensen in staat om verantwoordelijkheid te nemen. Met deze kansen worden bronnen bedoeld als financiën, informatie en tijd. Mensen met schaarse bronnen kunnen zelden verantwoordelijkheid nemen en sociale regelingen gericht op eigen verantwoordelijkheid zullen dus enkel nieuwe sociale uitsluitingen veroorzaken. Als kwetsbare burgers dus onvoldoende bronnen hebben om een beroep te doen op hun sociale netwerk zullen zij dus (nog meer) sociaal uitgesloten raken.

Gezien de beschrijving van kwetsbare burgers lijkt het aannemelijk dat kwetsbare burgers ook weinig bronnen hebben zoals financiën, informatie en tijd. Kunnen kwetsbare burgers dan verantwoordelijk zijn voor het feit dat zij een beroep dienen te doen op hun sociale netwerk?

Daarnaast stelt Trappenburg (2010) dat indirect van lager opgeleiden meer actieve solidariteit verwacht wordt omdat zij veelal in de zelfde armere wijken wonen. Zo komt de roep om warme solidariteit bij de omliggende wijkbewoners terecht. Zij noemt hierbij een voorbeeld van migranten, die jaren lang in dezelfde arme wijken geplaatst worden. Een beroep op de burger in de wijk komt dan logischer wijs terecht bij andere wijkbewoners. Dit zijn veelal kwetsbare burgers. Actieve solidariteit wordt dus verlangd van de al minderbedeelde groep (Trappenburg, 2010). Kwetsbare burgers lijken dus solidair aan elkaar

te zijn, omdat zij verweven zijn in elkaars sociale netwerk. Kunnen zij elkaar wel aanspreken voor zorg?

Uitgaande van de framing rules van Hochschild (1979) zou men volgens pragmatische framing wel zorg uit hun netwerk *willen* ontvangen omdat zij netwerk hebben. Maar er zijn vanuit de humanistiek andere visies zoals hieronder wordt toegelicht.

Volgens Trappenburg (2013) zijn burgers solidair uit eigen belang. Burgers gebruiken de gedachte zelf ooit afhankelijk te kunnen worden van zorg, om solidair te zijn naar anderen. Dit legaliseert ons gevoel. Trappenburg redeneert hier in de lijn van de sociale uitwisselingstheorie over wederkerigheid. Deze theorie gaat ervan uit dat mensen in sociale relaties kosten en baten afwegen. De mens wil zelf zo min mogelijk behulpzaam zijn binnen een sociale relatie en zelf zoveel mogelijk behulpzaamheid ontvangen (Cropanzano & Mitchell, 2005).

In de wetenschappelijke literatuur wordt beschreven dat sociale relaties door mensen als prettig ervaren worden wanneer de sociale evenwichtig is. De balans zit hem in het gelijk opgaan van geven en nemen (Davey & Eggebeen, 1998). Relaties waarin men veel moet geven, zoals zorg relaties geven volgens deze theorie weinig voldoening. Ook wanneer men meer ontvangt dan geeft, geeft de sociale relatie geen voldoening. Gesteld kan worden dat mensen die zorg ontvangen en niet kunnen geven ervaren geen voldoening uit de sociale relatie. Het zou dus kunnen zijn dat kwetsbare burgers geen zorg willen vragen uit hun sociale netwerk omdat zij zelf niets terug te geven hebben. Grootegoed (2012) laat in haar onderzoek zien dat kwetsbare burgers een grote wens hebben om iets terug te kunnen doen in de zorgrelatie. Om de balans te herstellen of te behouden wordt zorg soms niet gevraagd door de kwetsbare burger aan het sociale netwerk (Grootegoed, 2012).

Linders (2010) deed onderzoek in een volksbuurt in Den Haag en concludeert eveneens dat kwetsbare burgers geen zorg vragen. Linders stelt dat vraagverlegenheid hier de oorzaak van is. Ongevraagd wordt er geen hulp geboden, blijkt uit haar onderzoek. Mensen ervaren ongevraagd hulp bieden als vervelend omdat het de gepaste sociale afstand van buurtgenoten overschrijdt (Linders, 2010). Zorg wordt dus alleen gegeven wanneer het gevraagd wordt. Maar uit de bovenstaande literatuur lijkt het aannemelijk dat juist kwetsbare burgers met weinig bronnen om iets uit terug te kunnen geven, om deze reden geen zorg willen vragen uit hun sociale netwerk.

In de politiek wordt deze visie niet ondersteund zegt Trappenburg (2013). Politici stellen dat burgers warmer solidair willen zijn. Hiermee wordt bedoeld dat burgers zelf het heft in eigen hand willen nemen, de zorg is te bureaucratisch en daarom onpersoonlijk

volgens politici. Mensen willen volgens hen verantwoordelijkheid nemen in de samenleving en minder bemoeienis van de overheden en dus liever hun netwerk gebruiken dan professionele zorg. Trappenburg (2013) zegt dat burgers een voorkeur hebben voor goedgeregelde professionele zorg. Wanneer door bezuinigingen goede zorg schaars wordt ziet men zich genoodzaakt hulp zelf te organiseren. Men wil niet verstrikt raken in een langdradig bureaucratisch proces.

2.5 Familiale zorg & Intergenerationaliteit

De meeste informele zorg wordt gegeven door familieleden. Volgens Grootegoed (2012) zijn dat meestal moeder, dochter, partner of broer/zus. Grootegoed (2012) heeft onderzoek gedaan onder cliënten waarvan de indicatie voor zorg sterk gereduceerd werd. Deze mensen werden geacht bronnen van informele zorg aan te spreken. Uit dit onderzoek bleek onder andere dat cliënten zorg vroegen aan familieleden omdat zij hen als enige bron uit sociale netwerk zagen waaraan zij zorg konden vragen. Ook kwam uit het onderzoek naar voren dat sommige cliënten geen sociaal netwerk hadden om zorg van te ontvangen.

Verplanke (2013) heeft onderzoek gedaan naar de bevindingen van 'achter - de - voordeur - werkers' in Amersfoort, Amsterdam, Leeuwarden, Utrecht en Zwolle. De 'achter - de - voordeur - werkers' (in het onderzoek AdV genoemd) komen bij burgers ongevraagd zorg leveren, zogenaamde bemoeizorg. Deze professionals geven in het onderzoek aan dat hun cliënten vaak geen netwerk hebben. De professional is het sociale netwerk van de betreffende cliënten. Zij zouden de enigen zijn die zorg kunnen geven aan de kwetsbare burger (Verplanke, 2013).

In recente internationale literatuur wordt de rol van de familie het meest beschreven als zorggevers. Barret, Hale en Butler (2014) beschrijven dat informele zorg in toenemende mate verleend wordt door familieleden. Zij stellen zelfs dat zorg geven een verwachting is geworden van het familieleven (Barret, Hale, & Butler, 2014). De meeste mensen ontvangen dus zorg van hun familie. Maar kan familie deze zorg wel geven aan kwetsbare burgers?

“De appel valt niet ver van de boom”. Een bekend gezegde, maar volgens de literatuur meer dan een gezegde. Er zijn in het verleden vele onderzoeken geweest naar intergenerationele verbintenissen. Zo is onder andere een crimineel levenspad een verschijnsel wat generaties meegedragen wordt (Farrington, Jolliffe, Loeber, Stouthamer-Loeber, & Kalb, 2001). Ook alcohol- en drugsgebruik is een fenomeen wat vaak in generaties overgebracht wordt (Velleman, 1992).

Zoals op te maken valt uit de gehanteerde definitie van kwetsbare burgers, kunnen kwetsbare burgers te maken hebben met psychosociale problemen en met alcohol en/of drugs. Anti-sociaal gedrag is bijvoorbeeld crimineel of agressief gedrag. Deze gedragingen zijn een van de kenmerken van burgers met psychosociale problemen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2003). Kwetsbare burgers kunnen dus ook antisociaal gedrag vertonen omdat zij zich bevinden in deviante netwerken. Mensen die deviant gedrag vertonen hebben minder sociaal kapitaal en zij blijven vaak in deviante sociale netwerken.

Thornberry en collega's (2003) hebben onderzoek gedaan naar meerdere deviante gedragingen die doorgegeven worden in generaties. Veel blootstelling aan deviant gedrag en alcohol- of drugsgebruik binnen de familie heeft volgens hen impact op het toekomstig functioneren van kinderen (Thornberry, Freeman-Gallant, Lizotte, Krohn, & C.A.Smith, 2003). Als startpunt hebben zij de interactionele theorie gebruikt. Deze zegt dat het model van antisociaal gedrag, probleem gedrag en crimineel gedrag kan voorspellen. Deviant gedrag is ingebed in een causale lus; levensloop ontwikkeling beïnvloed deviant gedrag en deviant gedrag beïnvloedt de levensloop (Thornberry, Freeman-Gallant, Lizotte, Krohn, & C.A.Smith, 2003). Wanneer volwassenen deviant gedrag vertonen is de kans groot dat hij/zij geen effectieve ouder zal zijn. Zij hebben te weinig persoonlijke en sociale bronnen om verantwoordelijk te zijn in ouderschap (Thornberry, Freeman-Gallant, Lizotte, Krohn, & C.A.Smith, 2003).

Na een longitudinale studie binnen drie generaties concluderen de onderzoekers dat het conceptuele model gebaseerd op de interactionele theorie klopt. Probleemgedrag wordt dus doorgegeven binnen de familie. Kunnen familieleden dan wel adequate zorg verlenen? En als mensen die eenmaal dit gedrag hebben overgenomen vanuit de opvoeding blijven verkeren in deviante sociale netwerken, kunnen zij dan wel adequate zorg uit hun overige netwerk ontvangen?

Volgens Engbersen (2006) en Trappenburg (2013) lopen kwetsbare burgers meer risico om deviant gedrag te gaan vertonen.

Wanneer mensen een deviant sociaal netwerk hebben kunnen de leden van dit sociale netwerk dan wel adequaat zorg verlenen? Uitgaande van de interactionele theorie is dit misschien niet haalbaar. Redenerend vanuit de framing rules van Hochschild (1979) zouden mensen vanuit historische en morele framing antisociaal gedrag normaal vinden en in stand houden, omdat zij dit vroeger van ouders mee kregen en dit hun norm geworden is. Nu we weten dat hun netwerk dit gedrag waarschijnlijk in stand houdt, roept dit de vraag op of kwetsbare burgers wel zorg uit hun sociale netwerk moeten ontvangen?

3. Onderzoeksopzet

3.1 Doelgroep

Zoals eerder beschreven in dit onderzoek wordt het begrip kwetsbare burgers op de volgende manier gedefinieerd:

“Burgers die risico lopen op maatschappelijke uitval met een lichamelijke beperking, chronische psychische problemen, problemen met middelen gebruik, verstandelijke beperkingen, psychosociale, materiële problemen, lichte opvoed- en opgroeioproblemen, mensen die betrokken zijn bij huiselijk geweld en personen met een meervoudige problematiek.”

Gezien de complexiteit van de doelgroep van dit onderzoek is het moeilijk vast te stellen om hoeveel mensen in Nederland het exact gaat. Wel kan er gekeken worden naar het aantal mensen dat gebruik maakt van zorg van een psychiater of psycholoog. In Nederland betreft dit 8.6% van de volwassen mensen (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2015). Gezien de problematiek van kwetsbare burgers zal dit percentage redelijk overeenkomen met het aantal kwetsbare burgers in Nederland omdat zij te maken hebben met psychosociale problemen, chronisch psychische problemen en problemen met middelen gebruik. Met deze redenering kunnen we een grove schets vormen van het aantal kwetsbare burgers in Nederland. De exacte aantallen zijn moeilijk te herleiden aangezien er geen eenduidige definitie van kwetsbare burgers bestaat.

Dit onderzoek is gedaan in de Gemeente Zwolle. In Zwolle wonen 96.057 volwassenen (Zwolle, 2015). Dat zou betekenen dat er ongeveer 8260 kwetsbare burgers wonen in Zwolle. De organisatie waar dit onderzoek heeft plaatsgevonden biedt op dit moment zorg aan circa 100 kwetsbare burgers waarvan er voor dit onderzoek er 25 geïnterviewd zijn.

3.2 Vraagstelling van het onderzoek

Dit onderzoek gaat over de centrale vraag; "Willen en kunnen kwetsbare burgers zorg ontvangen uit hun sociale netwerk?"

Deelvragen die hiervoor gebruikt zijn;

- Hoe ziet het sociale netwerk van kwetsbare burgers eruit?

- Welke redenen worden er gegeven voor het al dan niet zorg kunnen ontvangen uit het sociale netwerk?
- Welke redenen worden er gegeven voor het al dan niet zorg willen ontvangen uit het sociale netwerk? En willen kwetsbare burgers balans bewaren in hun sociale relaties?

3.3 Kwalitatief onderzoek

Dit onderzoek gaat over het sociale netwerk van kwetsbare burgers, de draagkracht daarvan en de wens om al dan niet zorg uit dit netwerk te ontvangen. Willen en kunnen zij zorg ontvangen uit hun netwerk? Deze vraag gaat over de ervaring en mening van kwetsbare burgers. Dit onderzoek is kwalitatief van aard, omdat middels kwalitatief onderzoek de mening van mensen onderzocht kan worden. Omdat in dit onderzoek de vraag zich richt op de beleving van kwetsbare burgers is er gekozen voor kwalitatief omdat hierin bedenktijd, versprekingen en eventuele emotie meegenomen worden in de metingen (Boeije, 2010). Kwalitatief onderzoek is hier de beste keus omdat de methode van onderzoek ruimte laat voor participanten om hun mening en ervaring op te nemen in de meting. De informatie wordt namelijk gewonnen zonder vooraf bepaalde grenzen, zoals in een enquête het geval is (Boeije, 2010).

Daarnaast is het onderwerp van dit onderzoek nog een weinig onderzocht onderwerp. Dat maakt dat er geen gegronde theorie is om te toetsen zoals dat bij kwantitatief onderzoek het geval is. Kwalitatief onderzoek heeft een exploratieve natuur waardoor recente onderwerpen onderzocht kunnen worden (Boeije, 2010).

De meetinstrumenten die in dit onderzoek gebruikt worden zijn (diepte) interviews met kwetsbare burgers. De keuze voor interviews is gemaakt omdat met behulp van interviews inzicht verkregen kan worden in het sociale leven van mensen. Hun perspectieven en ervaringen worden in hun eigentaal omschreven (Boeije, 2010).

In de interviews worden de theoretische concepten zoals beschreven in het theoretisch kader gemeten. Het gaat ten eerste om het sociale netwerk van kwetsbare burgers wat gemeten wordt door het letterlijk uitvragen van sociale relaties op de volgende vlakken: gezin van herkomst, familie, vrienden, collega's en buurtgenoten. Er wordt gemeten of er sprake is van intergenerationele problemen door tijdens het uitvragen van het sociale netwerk te vragen naar de wijze waarop zij opgegroeid zijn binnen het gezin van herkomst. Omdat er in het onderzoek niet vooraf uitgegaan wordt van problemen binnen het gezin van herkomst wordt hier ook niet specifiek naar gevraagd. Dat is niet het doel. Er wordt ervan uitgegaan dat,

wanneer er (intergenerationele) problemen zijn, deze in het vragen van de wijze van opgroeien benoemd worden.

Of kwetsbare burgers zorg willen en kunnen ontvangen wordt in de interviews gemeten door de vragen letterlijk te stellen. De framing rules van Hochschild (1979) werden hierbij gebruikt om de redenen die gegeven worden te duiden in de resultaten.

Om te meten of mensen zorg ontvangen uit hun sociale netwerk wordt hier in de interviews naar gevraagd. Vervolgens wordt er gevraagd wie deze zorg geeft en waarom zij die zorg kunnen ontvangen. Wederkerigheid wordt gemeten door vervolgens in de interviews te vragen naar de behoefte om voor deze zorg wat terug te doen. Indien mensen geen zorg ontvangen uit hun sociale netwerk wordt de vraag alsnog gesteld in een voorstellende vorm. Tevens wordt solidariteit en de vorm van solidariteit gemeten door te vragen naar de redenen waarom mensen al dan niet zorg willen en kunnen ontvangen. Daarnaast wordt gevraagd naar de professionele zorg die zij ontvangen, of deze verschilt van de zorg uit het sociale netwerk en zo ja, wat die verschillen zijn. Op deze manier wordt gemeten of mensen actieve/warme solidariteit of passieve solidariteit de voorkeur geven. (Zie bijlage 1).

3.4 Werving en wijze van selectie

De participanten zijn in overleg met en instemming van een maatschappelijke zorgorganisatie die begeleiding biedt aan kwetsbare burgers (Creating Balance in Zwolle) geselecteerd. De enige voorwaarde van selectie was dat zij goed kunnen communiceren. Samen met directie van de organisatie zijn 28 cliënten geselecteerd. Met behulp van een lijst met alle cliëntnamen zijn deze cliënten willekeurig geselecteerd. Vervolgens werd bepaald door de directie of de cliënt communicatief in staat was om een interview aan te gaan. De professionals die deze participanten begeleiding bieden hebben de participanten gevraagd deel te nemen aan dit onderzoek. Deze manier van werven is tot stand gekomen in de teamvergadering van Creating Balance. De trajectbegeleiders zijn een vertrouwd gezicht voor de participanten en weten hoe zij te motiveren zijn. De participanten werden door de trajectbegeleiders direct geïnformeerd over het doel van dit onderzoek. Om uitval zoveel mogelijk te voorkomen zijn interviews afgenomen aansluitend aan een begeleidingscontact met de trajectleider. Er zijn enkele interviews onafhankelijk van een begeleidingscontact ingepland indien dit ten goede kwam aan de participant. Voorafgaand aan het interview werden de participanten nogmaals geïnformeerd over het onderzoek door de onderzoeker. Participanten gaven schriftelijke toestemming vastgelegd in een contract (zie bijlage 2).

3.5 Data verzameling

In april 2015 zijn de interviews afgenomen. Sommige participanten hadden moeite met het nakomen van de afspraken wegens omstandigheden en hun problematiek. Een aantal vooraf geselecteerde cliënten zijn in de tussentijd in crisissituaties terecht gekomen wegens terugval in gebruik of gedrag. In drie van deze gevallen was het in overleg met hun begeleider niet meer haalbaar een interview af te nemen in de laatste weken van april en de eerste week van mei. Uiteindelijk zijn er van de 28 geselecteerde cliënten 25 mensen geïnterviewd. Dit is ruim een kwart van de cliënten van Creating Balance.

Tijdens de interviews zijn de vragen gesteld zoals vooraf vastgelegd in de Topiclijst (zie bijlage 1). De vragen zijn gebaseerd op het theoretische kader van dit onderzoek. De vragen zijn tijdens de periode van interviewen niet veranderd. Wanneer de onderzoeker de indruk kreeg dat de participant de vragen niet goed begreep zijn de vragen herhaald of op een andere manier gesteld. In sommige gevallen was er behoefte aan een nadere uitleg.

Tijdens het afnemen van de interviews werd al snel duidelijk dat niet alle participanten alle vragen wilden of konden beantwoorden. Sommige participanten vonden vragen over bijvoorbeeld het gezin van herkomst of het ontstaan van contacten en de inhoud hiervan te privé. Onder andere om deze reden zijn de interviewtijden uiteenlopend. Een aantal interviews duurde 40 minuten waar andere 20 minuten duurden. Hierbij is er een gemiddelde duur van 30 minuten ontstaan. Nog een reden voor de tijdsverschillen was de grootte van het sociale netwerk van participanten. Veel participanten hadden een klein sociaal netwerk en wanneer zij daar weinig contact mee hadden waren zij snel uitgepraat over hun netwerk. Opvallend was dat sommige participanten het lastig vonden tijdens het interview geconcentreerd te blijven, dat heeft zich geuit in wiebelen, grapjes maken, zuchten en antwoorden herhalen.

3.6 Data analyse

De interviews zijn opgenomen op een voice-recorder en letterlijk getranscribeerd. Er is gekozen voor het letterlijk transcriberen van de interviews omdat in het spreken van de participanten de hun denkwijze van naar voren komt. Twijfel of bedenkingen kunnen van belang zijn voor de hoofdvraag van dit onderzoek. Met letterlijk transcriberen kunnen deze bedenkingen en twijfels herkend worden. Bijvoorbeeld doordat mensen veel uhm's laten vallen. Nog een reden voor letterlijk transcriberen is dat emotie herkend kan worden. De interviews zijn voor sommige participanten confronterend omdat er vragen gesteld worden

waarbij zij in het dagelijks leven niet altijd stil staan. Emotie die geuit wordt kan dan wat zeggen over de ervaring en beleving van de participant. Wanneer iemand emotioneel werd is dit in de transcripten opgenomen.

De gekozen methode van de data analyse is kwalitatieve deductieve analyse. Hiervoor is gekozen omdat de data verzameling gebaseerd is op theorieën. De topiclijst is gebaseerd op het theoretische kader van dit onderzoek. Aan de hand van de topiclijst is er een eerste codeboom opgesteld. Vervolgens zijn alle interviews grondig doorgenomen en onderverdeeld in de gemaakte codeboom. Tijdens dit proces is de codeboom steeds verder gaan vertakken. De concepten uit de topiclijst zijn de kern, daaronder zijn de voorkomende redenen, ervaringen en voorkeuren van mensen in hun verwoording toegevoegd aan de codeboom. In de interviews komen verschillende en overeenkomende thema's en redeneringen voor. Dit zijn de takken geworden van de codeboom (zie bijlage 3). Deze manier van coderen wijkt af van het starten met een open codering zoals besproken wordt in Boeije (2010). De besproken concepten zijn voortgevloeid uit de theoretische concepten. Dat betekent niet dat er geen ruimte is voor concepten die niet vooraf in de literatuurstudie aanbod gekomen zijn. Tijdens het proces van coderen zijn er ook andere thema's naar voren gekomen die niet vooraf in de topic lijst waren opgenomen.

3.7 ASW verantwoording

Dit onderzoek draagt bij aan de ASW doelstelling van interdisciplinariteit omdat het gebruik maakt van literatuur uit verschillende vakgebieden. De theorie over framing en feeling rules van Hochschild zijn een visie op hoe kwetsbare burgers bepalen of ze zorg uit hun sociale netwerk willen ontvangen. Deze visie van Hochschild is sociologisch **Ongeldige bron opgegeven.** De gebruikte theorieën van Trappenburg (2013) over solidariteit zijn ook sociologisch van aard maar zij gebruikt ook een antropologische visie. Vervolgens is er met psychologische theorie naar intergenerationele verbanden en de gevolgen van deze verbanden gekeken voor kwetsbare burgers (Thornberry, Freeman-Gallant, Lizotte, Krohn, & C.A.Smith, 2003). Naast de verschillende disciplines die aanbod komen in de theorie, draagt dit onderzoek ook bij aan de kennis van professionals zoals sociaal werkers die te maken hebben met kwetsbare burgers. Ook beleidsmakers kunnen leren van de inzichten die dit onderzoek zal gaan bieden. Op deze manier wordt er aan de interdisciplinaire doelstelling van de Faculteit Algemene Sociale Wetenschappen voldaan.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk zijn alle resultaten van dit onderzoek opgenomen. Per deelvraag wordt er een reflectie gegeven van de bevindingen. Elke deelvraag is een paragraaf. Allereerst worden de resultaten over de sociale netwerken van kwetsbare burgers gegeven. Vervolgens wordt er ingegaan op de vraag of kwetsbare burgers zorg uit hun sociale netwerk ontvangen. Tot slot worden de resultaten ten aanzien van zorg uit sociaal netwerk willen en kunnen ontvangen beschreven. In dit laatste gedeelte worden de resultaten over wederkerigheid ook opgenomen.

4.1 Sociaal netwerk

In deze paragraaf worden de resultaten ten aanzien van het sociale netwerk van kwetsbare burgers beschreven. De paragraaf is onderverdeeld in twee sub paragrafen over de meest voorkomende contacten van kwetsbare burgers.

Voor kwetsbare burgers blijkt het hebben van een stevig sociaal netwerk zeker niet vanzelfsprekend. Sterker nog, slechts één participant had contacten op alle facetten van het sociale netwerk zoals familie, vrienden en collega's of mensen van een vereniging.

Een aantal van de participanten had vrijwilligerswerk of een reguliere baan, merendeel van hen heeft geen betaald werk. Het hebben van een structurele dagbesteding vergroot het sociale netwerk aanzienlijk, men heeft dan meerdere keren in de week contact met anderen. Op de vraag of mensen contacten hadden met collega's werd veelal ontkennend geantwoord. Opvallend is dat participanten hele korte antwoorden geven op vragen die over contacten gaan. Wanneer de onderzoeker doorvraagt naar de contacten en de antwoorden zijn veelal 'nee', des te korter deze antwoorden worden. Veel participanten blijken deze vraag over het hebben van contacten confronterend te vinden.

“Hmm nee eigenlijk niet, ik ben een thuiszittende huismoeder om het zo maar te zeggen.” – participant 10

“Nee. Nee. Dat is al 7 jaar terug, dat ik aan het werk was. Nee. In het begin wel gehouden even en ik mocht gewoon terugkomen bij het bedrijf met werk en alles, maar goed, daar ben ik gewoon nog niet aan toe. Dus.”- participant 12

“Nee, hoor. Ik heb 15 jaar gewoon in de criminaliteit gezeten, daarin verdiend. Daarom, de meeste mensen die ken ik als gebruikers gewoon die bij mij drugs kochten. Maar collega's niet, nee.”- participant 23

Dat de meeste participanten geen werk hebben is gezien hun problemen ook niet vreemd. Veel van hen zijn een periode thuisloos geweest, hebben problemen met middelengebruik of hebben te kampen met chronische psychische problemen. Kwetsbare burgers hebben door hun kwetsbaarheid al een achterstand op een stevig sociaal netwerk. Hun problematiek belemmert het hebben van goede contacten.

“Ja, vanwege mijn problematiek, verslavingsproblematiek. We hadden ook geen telefoon en waren ze dus afhankelijk van dat ik belde vanuit de telefooncel, dus dat gebeurde niet zo heel veel op dat moment. En als ik dat wel deed, dan, ja, was ik vaak dronken of van de wereld, dus, ja, op een bepaald moment was het niet heel goed.”- participant 14

Contacten die vrijwel alle mensen wel hebben zijn buurtcontacten. Meestal zijn dit wel de meest oppervlakkige contacten die men heeft in hun sociale netwerk. Een enkeling nodigt een buurman of buurvrouw wel eens uit voor een kopje koffie. Meestal gaan deze contacten niet dieper dan een groet en een beleefde vraag hoe het gaat. Sommige participanten vinden hun buurtgenoten onprettige mensen. Een zeer duidelijk voorbeeld is het volgende;

“Met de burens op zich goed contact mee, ik weet wie ze zijn. En we zeggen; ‘hoi, en hoe is het?’ Dat is het wel, het is niet zo dat ik bij mijn burens op de koffie kom.”- participant 10

Veelal wonen mensen in wijken met veel sociale huurwoningen. Meestal wonen in deze wijken meerdere mensen met een lage sociale economische status. In deze wijken wonen mensen met problematiek dicht op elkaar. Sommige participanten hebben wegens de veel voorkomende problematiek weinig behoefte aan contact.

“Nee. Nee. Geen zin in. Met dat soort mensen wil ik niet omgaan.”- participant 4

4.1.2 Familie

Familie contacten liggen bij de participanten gecompliceerd. Eén van de opvallendste resultaten is dat maar liefst 10 van de 25 participanten alle familiebanden hebben verbroken. Daarnaast zijn er nog een aantal participanten die een deel van hun familiecontacten verbroken hebben.

“Niemand...Omdat mijn ouders van Marokkaanse afkomst zijn. En ik pas niet meer in dat beeld. Ik ben te veel 'vernederlandst' voor hun.”- participant 3

“Heb ik niet. Ik ben op mijn 14de het huis uit geschopt. Dat was voor mij definitief.”- participant 5

“Nee, al 27 jaar niet. Ik ben de deur uitgezet op kerstavond. Mijn vrienden en mijn uitgezochte kennissen zijn mijn familie.”- participant 11

“Ja, alleen met mijn broertje en mijn schoonzus heb ik goed contact. Maar voor de rest wil ik geen contact meer met familie. Ze accepteren het niet, dat ik weggelopen ben uit het kamp en gewoon mijn ding doe, dat vinden ze helemaal niet leuk.”- participant 22

Voor participanten die wel contacten hebben met familieleden is dit vaak het grootste onderdeel van hun sociale netwerk. Naast die familiebanden hebben zij opvallend vaak geen andere sociale relaties. Alle participanten met familiecontacten ervaren deze contacten als prettig. In deze familiecontacten lijkt altijd een balans te zitten, men doet veel voor elkaar (Zie 4.5).

“Het is eigenlijk een heel bedrijf. Die familie van me. Ja, we doen alles. Eigenlijk heel veel samen. Feestjes en we zijn altijd bij elkaar. Alleen ik ben dan een tijd weggeweest. Ik ben in een ander milieu terecht gekomen in Zwolle. Zijn dakloos en, ja, dan een beetje afstand krijg je dan tot je familie en dat heeft een aantal jaren geduurd en nu is alles weer sinds een paar jaar weer op de rails.”- participant 8

“Met mijn moeder en zusjes. Mijn vader is overleden. Die contacten zijn zeer goed. En tantes, ooms, neeffjes, nichtjes. Ja, vanuit de Antilliaanse gemeenschap is familie heel hecht.”- participant 23

In de interviews is gevraagd hoe mensen zijn opgegroeid binnen het gezin van herkomst. Hierbij werden soms hele open antwoorden gegeven over hun jeugd. Ook kwam het regelmatig voor dat mensen aangaven het niet te willen hebben over hun familieleden. Meestal wanneer participanten geen contact meer hadden met familie en de reden daarvan gevraagd werd wilden zij niet antwoorden of de reactie was “er is te veel gebeurd”.

Omdat participanten het soms moeilijk vonden hun verhaal te doen kon er niet bij alle interviews de problematiek van de familie uitgevraagd worden. Deze mensen lopen vaak al jaren in de hulpverlening en moeten steeds opnieuw hun verhaal doen. Vaak gaat dat gepaard met herbelevingen, dat is pijnlijk voor mensen. Ze hebben er geen behoefte aan om nog eens hun levensverhaal te vertellen. Wanneer mensen al moeite hebben met het doen van hun verhaal aan hulpverleners, is vertellen aan een onbekende onderzoeker wellicht nog moeilijker. Dat mensen moeite hebben met het doen van hun verhaal blijkt onder andere uit de volgende uitspraken:

“En dan moet ik weer helemaal opnieuw beginnen met mijn verhaal. Om mensen uit te leggen wat er aan de hand is met mij. Want er is natuurlijk wel wat aan de hand met mij, hè. “ – participant 8

“Daar ga ik geen antwoord op geven. Dat is een privékwestie.”- participant 4

De participanten die vertelden over hun gezin van herkomst en de problemen die daarin speelden, hebben nu te maken met de zelfde soort problemen. Opvallend hierbij is dat het gebruik van middelen en crimineel gedrag de meest genoemde factoren zijn. Mensen praten niet over psychische problematiek van ouders of financiën. Hieronder een aantal voorbeelden;

“Dat is eigenlijk in principe wat mij, mijn moeder en mijn zusjes aan gaat. Ze heeft nog een heel verhaal erbij. Het zijn echt alleen maar dreigementen en mishandelingen enzovoorts. Na twee jaar kwam mijn vader vast te zitten in de gevangenis. “- participant 25

Vervolgens vertelde deze participant:

“Mijn criminele verleden in combinatie van de problemen die thuis al speelden gingen niet goed.”- participant 25

Hieraan is te zien dat deze participant eerst vertelt over zijn thuis situatie als kind. En vervolgens blijkt dat hij/zij zelf ook een crimineel verleden heeft. Beide situaties gaan om strafbare feiten. In het onderzoek zijn er meerdere participanten die uiteindelijk verteld hebben over dergelijke situaties, waaraan intergenerationele problemen af te leiden waren. Dit was bijna de helft van de participanten. Daarnaast zijn er dus ook participanten die niet verder willen in gaan op hun verleden. Aannemelijk is dat dergelijke patronen bij meer van de participanten voorkomen.

4.1.3 Vrienden & doelgroep contacten

“Mijn vrienden en mijn uitgezochte kennissen zijn mijn familie.”- participant 11.
Dit blijkt voor participanten die geen contact hebben met familie vaker te gelden.

P: “Ja. Ik ga eerst het woord ‘vriend’ herleiden. Ik heb drie echte vrienden en ik heb een netwerk van 200 vrienden.”- participant 5

I: En zou je willen vertellen hoe die relatie is met je vrienden?

P: “Goed. Alsof het familie is.”- participant 5.

De meeste participanten hebben wel een vriend of een aantal vrienden om zich heen. Zij vinden het allemaal lastig te bepalen wie vrienden zijn en wie niet. Zoals hierboven te zien is in de quote van participant 5 maken mensen een onderscheid tussen kennissen en echte vrienden. Echte vrienden zijn schaars voor de participanten.

P: “Tenminste geen echte vrienden, laat ik het zo zeggen.”

I: Wat zijn het dan?

P: “Merendeel zijn vrienden die vaak wat van mij nodig hebben. En als ik het heb, krijgen ze het...” - participant 3.

Wat een opvallend resultaat is dat mensen vrienden of kennissen hebben die zelf ook problemen hebben of zelf ook middelen of alcohol gebruiken. Vervolgens proberen mensen deze contacten te mijden en af te breken. Meerder participanten noemen een daklozenopvang van Zwolle, waar zij “vrienden” hebben leren kennen.

“En daar heb ik hele nare dingen meegemaakt, ik heb er contacten aan overgehouden op straat. Veel mensen kom ik bij winkelcentra tegen, die ik dan ken uit de ... Ik ben er alleen maar eigenlijk slechter van geworden. Want ik heb er veel geweld gezien. Drugsgebruik. Alcoholisten, psychische patiënten. Zieke mensen. Ik heb er ook moeten vechten. Nu wil ik niet meer in de problemen komen die ik vroeger gehad heb. Mijn vrienden van vroeger, daar ga ik helemaal niet meer mee om. Terwijl ze dat wel willen. Ze zoeken wel contact eigenlijk met me, maar ik wil er niks meer mee te maken hebben.” - participant 8.

“In het begin dronk ik zelf en gebruikte ik, als dan de jongens kwamen gingen we direct drinken, een tray bier per dag. Zij gaven zorg door mee te drinken... Dat was dan foute zorg. Maar volgens hen was het goede zorg. Tegen de jongens heb ik gezegd dat het fout ging en de jongens hebben gezien dat ik de fout in ging. En nu gaan ze gewoon weg dat vind ik goed van de jongens. – participant 16

Deze vrienden proberen elkaar uit de weg te gaan. Vrienden hebben zij dus wel, maar ze zijn disfunctioneel. Zij roepen associaties op uit een vervelende tijd en vallen met elkaar in oud (deviant) gedrag. Opvallend hierbij is dat sommige participanten weten dat de contacten disfunctioneel zijn dit blijkt uit het feit dat zij specifiek benoemen dat ze elkaar liever mijden. Maar er zijn ook participanten die sociale relaties met probleem contacten niet als onprettig ervaren.

“Er zijn wel meer mensen die ik dan vrienden noem. En waar ik op kan bouwen en dat zijn er wel een aantal ook. Voornamelijk mannen eigenlijk via ... in Zwolle? Een sociaal cultureel centrum is dat. Dat is in de jaren 80 begonnen als kraakpand. Daar komen eigenlijk allemaal

mensen daar die problemen hebben of hebben gehad. Een verslaving of geestelijke problemen of, die een moeilijke jeugd hebben gehad of die in de gevangenis hebben gezeten. Het is daar eigenlijk een grote familie. “- participant 14.

4.2 Zorg uit sociaal netwerk

Een kleine minderheid van de participanten ontvangt op een bepaalde manier zorg uit hun sociale netwerk,¹² van de 25. Opvallend is dat 11 van deze 12 participanten kinderen heeft. Van de participanten die geen zorg uit hun netwerk ontvangen hebben er slechts 2 kinderen. Deze beide participanten hebben wel kinderen maar zien deze nauwelijks wegens een vechtscheiding of ruzie met de ex-partner. Aan de hand van deze gegevens zou gesteld kunnen worden dat mensen met kinderen sneller genegen zijn zorg te ontvangen uit hun netwerk.

Opvallend genoeg blijkt ook uit de interviews dat de zorg die zij ontvangen uit hun netwerk in de meeste gevallen voor de kinderen is. Ter ondersteuning in de opvoeding. 1 van de 25 participanten ontvangt zorg van zijn/haar kinderen.

In de interviews blijkt dat mensen zorg ontvangen voor en ter ondersteuning bij de opvoeding dat is terug te zien aan uitspraken als;

“Ja, eigenlijk wel voornamelijk van mijn broer ontvang ik wel eens zorg. Als er echt wat is. Ik zal even een voorbeeld noemen. Een paar weken geleden was ik heel erg ziek. Toen heb ik hem ingeschakeld, hij is een paar weken geweest om me te helpen met ... (zoontje). Anders had ik het gewoon echt niet getrokken.”- participant 10

“Ik heb sinds ik in Zwolle ben komen wonen, sinds 2005, één vriendin en dat is echt mijn beste vriendin. Voor haar ben ik hier komen wonen, zij woont in dat roze flatje. Zij is ook mijn mantelzorger. Als er iets is met mij neemt zij de kinderen over.” – participant 21

“Ja, ik vraag eigenlijk niet snel hulp. Ik ben heel erg op mezelf. Maar als ik er echt doorheen zit, dan bel ik wel op en dan zeg ik: ‘alsjeblieft kom hierheen, want ik trek het niet meer.’ En dan komen ze me helpen met mijn dochter.” – participant 22

Er zijn mensen die zorg ontvangen van familie, maar ook van vrienden. Dat is in de quotes hierboven tevens te zien. Mogelijk heeft dit te maken met het gegeven dat er veel mensen zijn die familiecontacten hebben verbroken. De zorg die mensen ontvangen is in alle gevallen kortdurend en zoals de meeste participanten het verwoorden: ‘als het echt niet anders kan’. Dit gaat om financiële bijdragen of een plek om je hart te luchten. Slechts één van de participanten heeft langdurig zorg ontvangen.

“Toen kwam ik die vrouw tegen en ik kende haar eigenlijk voornamelijk uit de kroeg. En toen vertelde ik haar dat verhaal dat ik geen huis had en zij was net gescheiden van haar man. En zij woonde in een belachelijk grote villa, dus toen zei ze: ‘je mag wel bij mij komen wonen’ en toen mocht ik daar op zolder wonen in ruil dat ik altijd ging koken, dus dat was een hele goede deal en dat is heel goed geweest ook, heel gezellig. Gisteren heb ik haar toevallig weer even gezien. Maar dat is wel heel bijzonder. Dat iemand die je helemaal niet kent eigenlijk dat doet voor je. “ – participant 20

Het merendeel van de geïnterviewden ontvangen dus geen zorg uit hun sociale netwerk. De redenen die zij hiervoor geven zijn uiteenlopend en hebben vaak te maken met de vraag of zij zorg *kunnen* ontvangen.

4.3 Zorg kunnen ontvangen

Zoals hierboven genoemd blijkt uit de interviews dat een meerderheid van de participanten geen zorg uit hun netwerk ontvangen. Meestal heeft dat te maken met redenen waarom dat niet zou kunnen. Vaak werd de complexiteit van eigen problematiek hierbij genoemd. En zij vinden hun netwerk daar niet deskundig genoeg voor.

“Kan niet omdat ik geen aanspraak kan maken op mijn netwerk, ik heb een heleboel vraagstukken waar ik mee zit en een aantal knelpunten, die wel meer deskundige aandacht hebben. Mijn hulpvragen zijn dusdanig dat ik niet iemand zou weten die verstand heeft van mijn psyche.”- participant 12

Dit is een vrij logisch resultaat. Omdat veel participanten mensen in hun netwerk hebben die zelf te maken heeft soortgelijke problematiek.

“Haha! Dan moet ik een bolletje bruin op tafel leggen en dan komen ze wel. Haha! Dan moet je eens zien hoe ze poetsen.” – participant 16. En eerder vertelde participant 16; “In het begin dronk ik zelf veel en gebruikte ik. Constant zit je daar.. Biertje, pijpje, biertje, pijpje.”

“In ieder geval niet van de mensen die ik nu ken. Nee. Dat zijn mensen, die hebben allemaal nog een 'battle' met zichzelf te voeren. Ik ben nu zelf een 'battle' aan het voeren.”- participant 24.

Voor de mensen met sociale relaties zonder problematiek is het niet aankunnen van de problemen van de betreffende participant een reden waarom zij geen zorg kunnen ontvangen. Dit wordt soms zelfs letterlijk zo genoemd.

“Omdat mensen de complexiteit veelal niet aankunnen, depressiviteit gecombineerd met suïcidaliteit is vrij moeilijk voor mensen.”- participant 12

Tevens zijn er participanten die een te klein sociaal netwerk hebben om zorg aan te kunnen vragen, of hun sociale relaties wonen te ver weg.

“Omdat mijn netwerk daar te beperkt voor is.” - participant 13

Nota bene is het voor sommige van de geïnterviewde moeilijk om zorg te vragen uit het sociale netwerk. Voor de participanten was het ingewikkeld uit te leggen waarom zij geen zorg uit hun netwerk konden vragen. Eén van de participanten gaf aan dat een negatieve ervaring met zorg vragen ervoor heeft gezorgd dat hij/zij nooit meer zorg heeft gevraagd aan het sociale netwerk. Andere participanten noemen het een gevoel dat zij hebben bij vragen, ze willen zich niet kwetsbaar opstellen. Wat opvalt is dat alle participanten wel zorg vragen bij professionele zorgverlening. Dus zorg vragen kunnen zij wel alleen kunnen zij dat niet in hun sociale netwerk zo lijkt.

“Ja, ja alleen het is gewoon heel moeilijk. Ik ben gewoon heel moeilijk met vragen. Om mij kwetsbaar op te stellen.” – participant 3

4.4 Zorg uit netwerk willen ontvangen

Uit de vorige paragraaf blijkt dat niet alle mensen uit hun netwerk zorg kunnen vragen. Vervolgens is aan de participanten gevraagd of zij zorg uit hun netwerk zouden willen ontvangen. Losstaand van het gegeven of zij al dan niet zorg ontvangen. Twintig van de vijfentwintig willen geen zorg ontvangen uit hun sociale netwerk. Dit is zelfs van toepassing op de mensen die al zorg uit hun sociale netwerk ontvangen. Dit heeft verschillende redenen. Veel participanten hebben moeite met het vertrouwen van anderen. Dat heeft zelfs invloed op het willen ontvangen van zorg.

“Nee. Wil ik ook niet, want ik ben niet zo dat ik ook iedereen maar alles toevertrouw.”- participant 1

“Nee wil ik ook niet. Ik zou het niet gaan vragen... als het er echt op aan komt, dan kun je alleen op jezelf vertrouwen. Echt.” - participant 18

Daarnaast willen de participanten graag zelfstandig zijn. Vaak is het krijgen van professionele zorg al een obstakel voor mensen, zorg uit hun netwerk is voor hen nog moeilijker. Men doet het liefst alles zelf.

“Ik probeer mezelf zoveel mogelijk te redden. Ik houd er niet van om mijn handjes op te houden of om dankjewel te zeggen.” – participant 2

“Ja, ik houd niet van vragen. Je moet zelf voor jezelf zorgen, ik heb geen hulp nodig. Ik ben alleen op deze wereld, dus je moet voor jezelf zorgen.”- participant 5

“Op je (leeftijd) zou het natuurlijk wel zo moeten zijn dat ik voor mezelf kan zorgen. Want dat zou iets beter zijn natuurlijk. Dat hoort zo eigenlijk.”-participant 6

Deze overtuiging over zelfstandigheid wordt nadrukkelijk naar voren gebracht alsof het een norm is. Het al dan niet willen ontvangen van zorg uit netwerk wordt dus veelal beredeneerd vanuit een moreel kader.

Vijf van de participanten wilden wel zorg uit hun sociale netwerk ontvangen. Opvallend binnen deze groep is dat zij allemaal weinig tot geen mensen om zich heen hebben. In hun antwoorden klinkt ook een soort eenzaamheid door. Zij willen zorg ontvangen uit hun sociale netwerk omdat deze (nog) beschikbaar is.

“..... graag. Ik vind dat mensen waar ik om geef en die om mij geven, dat vind ik heel fijn als dat zo is. Er zijn er niet zoveel. Ik heb nog maar een kleine familie, ik heb maar 1 broer, 1 tante en 1 pa. Voor de rest heb ik niet zoveel meer.”- participant 19

Enigszins verwant met het idee dat mensen zelfstandig willen zijn en geen hulp willen ontvangen uit hun sociale netwerk is het gevoel van schaamte. Veel participanten vinden het beschamend om zorg te vragen uit hun sociale netwerk.

“Mensen hoeven niet te weten dat ik het niet red...”- participant 3

“De familie hoeft niet te weten hoe diep ik gezonken ben.”- participant 2

“Op zo’n moment ben ik altijd in de war en dan heb ik toch weer schaamte. Dan zit ik liever een hele nacht in een parkeergarage van Albert Heijn in mijn eentje. Ja, belachelijk, hè?”- participant 14

Een aantal van de participanten vinden dat zorg uit hun sociale netwerk een belemmering is voor de sociale relaties. Het brengt stress met zich mee, omdat ze dan het gevoel krijgen dat ze iets terug moeten doen. Daarnaast moeten vrienden gewoon vrienden kunnen blijven.

“Als je op een dergelijke manier hulp gaat vragen, dat je echt wat van elkaar moet. Dan kan je heel veel kapot maken.”- participant 20

“Dus soms moet je gewoon onbezonnen van elkaar kunnen genieten in vriendschappen. Zonder dat je het continu over de problematiek van mij moet hebben.”- participant 1

Uit de interviews komt duidelijk naar voren dat participanten balans willen behouden in hun sociale relaties. Om deze reden geven participanten de voorkeur aan professionele zorg.

“Ik zeg altijd: ‘het is niet alleen nemen, je moet ook geven.’ En ja, ik ben een heel gevend persoon. Vind ik.” – participant 9

“Nou dat doe ik eigenlijk automatisch al wel. Het is geven en nemen in onze contacten, dat is van naturen al zo.” – participant 10

“Het moet niet eenzijdig zijn. Je geeft en neemt.”- participant 13

Een andere belangrijke reden om geen zorg uit het sociale netwerk te willen ontvangen is dat de meeste participanten vinden dat zij daar hun netwerk mee belasten. Dit hangt samen met de redeneringen dat zorg niet thuis hoort in sociale relaties.

“Nee, dat zou ik echt niet doen. Dan moet het wel echt uit de hand lopen. En dan nog zou ik professionele zorg vragen. Zoals ik nu ook heb gedaan. Ik heb al niet veel familie en niet veel mensen, ik vind niet dat zij mijn begeleiding horen te worden. Dat hoort gewoon goed contact te zijn. Met hen wil ik mijn lasten niet delen. Dat legt een druk die ik sowieso niet prettig vind en ook voor hen veel te zwaar zou zijn.”- participant 10

“Omdat ik vind dat je daar niet je vrienden mee hoeft te belasten. Dan word ik liever geholpen door gewoon een bedrijf waarvan ik weet dat die betaald worden om mij te helpen”.
– participant 20

Alle participanten ontvangen professionele zorg, onder andere bij Creating Balance waar dit onderzoek heeft plaatsgevonden. De participanten is gevraagd waarom zij deze zorg wel willen ontvangen en wat dan het verschil is met zorg uit hun sociale netwerk. Het gegeven dat de participanten professionele zorg willen ontvangen heeft te maken met het feit dat mensen hun netwerk niet willen en hoeven te belasten met zorg. Tevens wordt meerdere malen aangegeven dat mensen deskundigheid en kennis ervaren in de professionele zorg

waardoor zij beter geholpen kunnen worden. Alle participanten willen bij voorkeur zorg ontvangen van een professional.

“Ja, als niemand anders meer kan terugpraten op mijn niveau, niet mij kan helpen met mijn financiële gebeuren zoals met de gemeente Kampen om te gaan. Met het politiebureau. Met al die narigheid eromheen. Er moeten deuren voor mij geopend worden, want ik raak gefrustreerd en soms als ik kwaad word begin ik te slaan of met dingen te gooien.”- participant 11

“Doordat ik bepaalde dingen met jullie oppak waar ik zelf niet zoveel verstand van heb. Ik heb altijd maar gedaan en geleefd en mijn vader natuurlijk ook. Hij zegt misschien wel soms dezelfde dingen als jullie maar toch is het anders.”- participant 19

5. Conclusies

In dit hoofdstuk zijn de conclusies van dit onderzoek beschreven. De conclusies worden per deelvraag weergegeven vervolgens wordt per deelvraag de theorie aan de bevindingen gekoppeld. Tot slot volgt een algehele conclusie. Waarnaar er vervolgens in sub paragrafen de discussie en aanbevelingen beschreven zijn.

Sociaal netwerk van kwetsbare burgers

In dit onderzoek is de vraag gesteld of kwetsbare burgers zorg uit hun sociale netwerk willen en kunnen ontvangen. Om deze vraag te kunnen beantwoorden is het sociale netwerk van kwetsbare burgers onderzocht. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat de meeste kwetsbare burgers een beperkt sociaal netwerk hebben. Slechts enkele participanten hebben hechte contacten in de wijk. Familie en vrienden hebben een prominente rol in de sociale netwerken van kwetsbare burgers. Opvallend vaak hebben kwetsbare burgers een goede relatie met vrienden óf familie. Veel van hen hebben geen contacten meer met familie leden en vrienden van kwetsbare burgers blijken zelf vaak ook kwetsbaar met als gevolg dat vriendschappelijke relaties vaak disfunctioneel zijn. Het blijkt dat de sociale relaties die kwetsbare burgers hebben met elkaar ook herstel belemmeren. Dit heeft tot gevolg dat zij elkaar mijden wanneer zij werken aan hun problematiek.

Trappenburg (2010) laat in haar onderzoek zien dat van kwetsbare burgers méér actieve solidariteit verwacht wordt omdat zij bij elkaar in de wijk wonen en dus zorg voor elkaar zouden moeten dragen. In de resultaten van dit onderzoek komt naar voren dat de meeste sociale relaties van de geïnterviewde kwetsbare burgers eveneens kwetsbaar zijn. Dit is in lijn is met de bevindingen van Trappenburg (2010) dat van kwetsbare burgers verwacht wordt zorg te dragen voor elkaar. Geconcludeerd kan worden dat kwetsbare burgers zwakke sociale netwerken hebben en de sociale relaties die zij hebben regelmatig disfunctioneel zijn. We moeten ons afvragen of kwetsbare burgers wel daadwerkelijk zorg kunnen dragen voor elkaar. Daar lijkt het gezien de hierboven genoemde resultaten niet op. Verplanke (2013) toont, in lijn met dit onderzoek aan, dat kwetsbare burgers een beperkt sociaal netwerk hebben. Wat dus grotendeels bestaat uit contacten met problematiek en vaak zelf hulpbehoevend is. Dat participanten disfunctionele contacten hebben die hen alleen maar doen terugvallen in gebruik of gedrag wordt door dit onderzoek bevestigd.

Kwetsbare burgers vinden het moeilijk te praten over problemen in de gezins- of familiesituatie. Zoals te lezen in de resultaten is er in de gezinssituaties van kwetsbare burgers

sprake van recidive van deviante gedragingen van ouders. Het is echter moeilijk hier een stellige conclusie uit te trekken omdat veel participanten niet wilden of konden vertellen over de wijze van opgroeien. Bijna alle participanten die vertellen over hun gezin van herkomst en de problematiek die er speelde hebben nu te kampen met soortgelijke problemen. Volgens de intergenerationele theorieën herhalen sommige problemen zich veelal in meerdere generaties, hetgeen door de resultaten van dit onderzoek onderschreven wordt. Hierbij wordt er voornamelijk gedoeld op het gebruik van drugs en alcohol en antisociaal of crimineel gedrag (Farrington, Jolliffe, Loeber, Stouthamer-Loeber, & Kalb, 2001; Velleman, 1992).

De meerderheid van de participanten ontvangt geen zorg uit hun sociale netwerk. De participanten die wel zorg uit hun sociale netwerk ontvangen vragen deze zorg bijna altijd voor hun kinderen, meestal in de vorm van opvang of oppassen. Zorg voor henzelf vragen zij niet aan hun sociale netwerk, hiervoor doen zij bij voorkeur een beroep op de professionele zorgverlening. Uit de literatuur blijkt dat het veelal familieleden zijn die zorg geven (Grootegoed, 2012). In de interviews komt uitdrukkelijk naar voren. Dat zorg een verwachting geworden zou zijn van het sociale leven volgens Barret, Hale en Butler (2014), wordt dus in dit onderzoek niet bevestigd.

Zorg willen ontvangen

Uit de resultaten valt te concluderen dat vrijwel geen van de participanten zorg wil ontvangen uit hun sociale netwerk. Kwetsbare burgers hebben moeite met vertrouwen, hebben het gevoel hun netwerk te belasten of willen vriendschappen geen andere rol geven. Vriendschappen moeten niet belemmerd en familie liever niet belast worden met zorg. Ook vinden kwetsbare burgers hun sociale netwerk niet deskundig genoeg om zorg te geven. De participanten willen vooral zelfstandig zijn, zij vinden dat zij voor zichzelf moeten kunnen zorgen. Deze opvatting over zelfstandigheid wordt zo duidelijk uitgesproken alsof het een norm is. Slechts enkele participanten wil wel zorg uit hun sociale netwerk ontvangen. Deze participanten hebben echter nauwelijks een sociaal netwerk. Zij geven aan zorg te willen ontvangen van hen omdat zij het een prettig gevoel vinden dat iemand is die zich om hem/haar bekommert.

Het al dan niet willen ontvangen van zorg uit netwerk wordt veelal beredeneerd vanuit een moreel frame. Dit is een van de framing rules van Hochschild (1979) die invloed heeft op hoe men zich voelt bij het al dan niet willen ontvangen van zorg. Daarnaast speelt een gevoel van schaamte een rol. De schaamte die mensen voelen bij het krijgen van zorg blijkt overeen te komen met het onderzoeksresultaat van Linders (2010). Zij stelt dat mensen geen zorg uit hun netwerk willen vragen en noemt dit vraagverlegenheid. Resultaat van dit onderzoek is

echter dat kwetsbare burgers wel zorg vragen, ze hebben uitsluitend een sterke voorkeur voor professionele zorgverlening. Kwetsbare burgers willen geen zorg uit hun sociale netwerk. Deze bevindingen zijn juist in tegenspraak met Linders (2010), dit onderzoek laat nadrukkelijk zien dat kwetsbare burgers niet vraagverlegen zijn maar gewoonweg professionele zorgverlening willen.

Enkele participanten willen wel zorg ontvangen omdat zij daardoor het gevoel krijgen dat er naar hen omgekeken wordt. Hierop kunnen de framing rules van Hochschild (1979) worden toegepast. Deze redenering wordt pragmatisch geframed. Mensen willen zorg ontvangen uit hun sociale netwerk omdat deze (nog) beschikbaar is. Vanuit pragmatische frames redeneren mensen vanuit de beschikbaarheid van middelen. De beschikbaarheid van middelen bepaalt hun mening over het wel of niet willen ontvangen van zorg.

Zorg uit sociaal netwerk kunnen ontvangen

Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat de meeste kwetsbare burgers geen zorg voor zichzelf uit hun netwerk kunnen ontvangen. De zorg die wel gevraagd wordt uit het sociale netwerk is in de meeste gevallen zorg voor de kinderen. Veelal is er dan sprake van een noodgeval en is hulp kortdurend van aard. Het niet kunnen ontvangen van zorg uit het sociale netwerk heeft te maken met de ondeskundigheid van het sociale netwerk, hetgeen begrijpelijk is aangezien kwetsbare burgers veelal elkaars sociale netwerk zijn. Daarnaast kunnen kwetsbare burgers geen zorg ontvangen uit hun sociale netwerk omdat zij vinden dat hun problematiek te complex is voor de ander. Ook is hun sociale netwerk maar beperkt. Uit de resultaten blijkt bovenal dat mensen alleen zorg willen ontvangen van professionals. Professionals zijn deskundig en volgens de participanten wél te vertrouwen.

Uit de literatuur blijkt dat volgens politici burgers warm solidair willen zijn, dus zelf hun zorg willen organiseren en hun netwerk willen inschakelen indien nodig. Evenals Trappenburg (2013) kunnen we concluderen dat kwetsbare burgers een duidelijke voorkeur hebben voor professionele zorg.

Conclusie: kwetsbare burgers willen en kunnen geen zorg uit hun sociale netwerk ontvangen omdat hun netwerk te beperkt is, de contacten veelal disfunctioneel zijn en de kwetsbare burger een sterke voorkeur heeft voor professionele zorg. Sociale regelingen met de nadruk op eigen verantwoordelijkheid creëren bij groepen met kwetsbare bronnen zoals kwetsbare burgers meer sociale uitsluiting echter de maatschappij verwacht in toenemende mate eigen verantwoordelijkheid en actieve solidariteit van de burger om sociale uitsluiting tegen te gaan (Trappenburg, 2013).

5.1 Discussie

Dit onderzoek geeft een duidelijk antwoord op de hoofdvraag of kwetsbare burgers zorg willen en kunnen ontvangen uit hun sociale netwerk. Zij willen geen zorg ontvangen uit hun sociale netwerk, in sommige gevallen kunnen ze dit wel in noodgevallen en als er kortdurende zorg nodig is. Veelal gaat het om praktische zaken zoals opvang rondom de zorg voor de kinderen.

Er zijn echter aspecten in dit onderzoek die op een betere manier gemeten hadden kunnen worden.

Ten eerste uit de theorie blijkt dat mensen met kwetsbare bronnen evenals kwetsbare burgers sociaal uitgesloten raken wanneer sociaal beleid gericht is op eigen verantwoordelijkheid. In dit onderzoek is niet gemeten of de kwetsbare burger ervaart dat zij uitgesloten worden van de maatschappij. De nadruk is in dit onderzoek sterk op de hoofdvraag komen te liggen gelet op het tijdsbestek waarin het onderzoek plaats gevonden heeft. Om die reden heeft het theoretische concept de sociale uitsluitingstheorie spaarzame toewijding gekregen. In vervolg onderzoek zou er meer aandacht gericht kunnen worden op de vraag of de kwetsbare burger daadwerkelijk uitgesloten wordt van de maatschappij. Dit is van belang omdat uit eerder onderzoek blijkt dat sociale uitsluiting voorkomen kan worden door meer eigen verantwoordelijkheid en actieve solidariteit. Gelet op dit onderzoek lijkt actieve solidariteit de kwetsbare burger en zijn mede kwetsbare burgers te betreffen. Wanneer kwetsbare burgers elkaar nodig hebben om niet sociaal uitgesloten te raken is het mogelijk te denken dat er een afgesloten subcultuur ontstaat. Een dergelijke ontwikkeling kan niet het voornemen geweest zijn van de huidige beleidsontwikkelingen.

Ten tweede is er in dit onderzoek gebruik gemaakt van een doelgroep die al hulpverlening ontvangt. Mede daarom konden deze participanten benaderd worden. Mogelijk zijn onderzoeksresultaten anders indien kwetsbare burgers hadden deelgenomen aan onderzoek die nog geen contact hebben met hulpverlenende instanties. Mogelijk zijn het niet willen en kunnen zorg ontvangen uit het sociale netwerk nog sterker bij kwetsbare burgers die zorg mijden. Echter is het moeilijk te achterhalen waar deze burgers zich bevinden. Gezien de definitie van kwetsbare burgers is het aannemelijk dat zij gebruik maken van hulpverlening.

Tot slot is dit onderzoek tot stand gekomen en uitgevoerd binnen een tijdsbestek van een half jaar. Gezien de recente beleidsontwikkelingen in Nederland is het mogelijk dat kwetsbare burgers naar een langere periode meer gebruik zouden gaan maken van informele zorg uit hun sociale netwerk. Derhalve zou er over een aantal jaren opnieuw onderzoek

gedaan moeten worden. De beleidshervormingen zijn vrij recent, beleid heeft tijd nodig om volledig te integreren in de maatschappij. Desalniettemin zijn de bevindingen solide te noemen aangezien het de wil van de kwetsbare burger betreft. Het zou kunnen dat deze onveranderlijk is in wisselend beleid.

Tevens zou er langere tijd onderzoek gedaan kunnen worden, zodat er mogelijk een verschuiving te zien is van de effecten van de beleidshervormingen in de zorg. Echter zou dit belastend kunnen zijn voor kwetsbare burgers. Gelet op het gegeven dat dit onderzoek voor de participanten in veel gevallen al belastend was. De kwetsbare burger heeft rekening houdend met dit onderzoek moeite met vertrouwen en het herhaaldelijk vertellen van hun verhaal. Er zou gekozen kunnen worden voor een longitudinaal onderzoek mits de kwetsbare burger tijd en begrip van onderzoekers kan ontvangen zodat zij in alle veiligheid kunnen participeren in het onderzoek.

5.2 Aanbevelingen

Voor de professional

Naar aanleiding van dit onderzoek worden zorgprofessionals in Nederland aangeraden kritisch te beoordelen of cliënten een functioneel netwerk hebben. Er wordt aangestuurd op het betrekken van het sociale netwerk van cliënten. U wordt aangeraden om het sociale netwerk van cliënten te versterken alvorens er een beroep op te doen. Versterken van het sociale netwerk is niet afdoende, het netwerk dient versterkt te worden met positieve functionele contacten. Het onderzoek laat duidelijk zien dat de doelgroep bij voorkeur geen zorg uit het sociale netwerk wil ontvangen. Wanneer professionals dit ook ervaren in dagelijkse werkzaamheden met de doelgroep wordt hen aanbevolen gebruik te maken van hun professionele stem en visie, sta voor de cliënt en zorg dat zij de zorg krijgen die zij nodig hebben: bij deskundigen, die weten waar ze moeten zijn en die het vertrouwen krijgen van de kwetsbare burger.

Voor beleidsmakers

Gezien de resultaten uit het onderzoek worden beleidsmakers in het sociale domein aanbevolen beleid omtrent het betrekken van sociaal netwerk te herzien voor kwetsbare burgers in de samenleving. Deze burgers geven duidelijk aan geen gebruik te willen maken van deze informele zorg. Beleid kan op deze manier dus niet effectief zijn. Het gewenste resultaat; actief burgerschap kan niet behaald worden tegen de wens van de betreffende burger

in. Kwetsbare burgers zijn veelal elkaars sociale netwerk, zij beïnvloeden elkaar niet op een positieve manier. Uit de resultaten blijkt dat de doelgroep contacten kan leiden tot terugval in gebruik en probleem gedrag. Hoe is het dan mogelijk dat zij elkaar adequaat informele zorg verlenen? Het lijkt sterk op een gezegde; ‘de dove helpt de blinde’. Wellicht is deze vorm van beleid een utopie, een ideaal dat voor kwetsbare burgers niet haalbaar is.

Voor wetenschappers

Naar aanleiding van de resultaten uit dit onderzoek worden sociale wetenschappers aanbevolen vervolg onderzoek te doen naar informele zorg uit sociale netwerken van kwetsbare burgers. Het is van belang dat op meerdere plaatsen in verschillende contexten in Nederland onderzocht wordt of kwetsbare burgers zorg willen en kunnen ontvangen uit hun sociale netwerk. Op deze manier kan in de politiek en in het sociale domein gegronde aandacht gegeven worden aan de bevindingen uit dit onderzoek. Hiermee dient de zorg in de toekomst; adequaat vormgegeven te worden, toegespitst op de beleving van kwetsbare burgers en met de juiste handvatten voor professionals.

Bovendien is het van belang dat er goed onderzoek gedaan wordt naar de overgebleven wetenschappelijke puzzel. Te weten of kwetsbare burgers wie zorg mijndend zijn ook géén zorg uit hun sociale netwerk willen ontvangen. Dit zijn kwetsbare burgers die niet eerder onderzocht zijn. Wanneer zij zorg mijnden en geen zorg uit sociaal netwerk willen en kunnen ontvangen dreigen zij totaal uitgesloten te worden.

6. Literatuurlijst

- Barret, P., Hale, B., & Butler, M. (2014). Family Care and Social Capital. In P. Barret, B. Hale, & M. Butler, *Family Care and Social Capital: Transitions in Informal Care* (pp. 1-14). Dordrecht: Springer.
- Boeije, H. (2010). *Analysis in Qualitative Research*. Londen: SAGE Publications.
- Boer, A. d., & Timmermans, J. (2007). *Blijvend in balans: Een toekomstverkenning van informele zorg*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Cantillon, B., & Lancker, W. v. (2012). Solidarity and Reciprocity in the Social Investment State: What Can be Learned from the Case of Flemish School Allowances and Truancy? *Journal of Social Policy*, 4, 657-675.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2015). *Gezondheid en zorggebruik; persoonskenmerken*. Verkregen op 28-04-2015, van:
<http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=83005NED&D1=54-81&D2=0-13&D3=0&D4=1&HD=150430-1224&HDR=G2,G3,G1&STB=T>
- Cropanzano, R., & Mitchell, M. S. (2005). Social Exchange Theory: An interdisciplinary Review. *Journal of Management*, 31(6), 874-900.
- Davey, A., & Eggebeen, D. J. (1998). Patterns of Intergenerational Exchange and Mental Health. *Journal of Gerontology: PSYCHOLOGICAL SCIENCES*, 53(2), 86-95.
- Engbersen, G. (2006). *Publieke Bijstandsgeheimen: Het ontstaan van een onderklasse in Nederland*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Evans, K. (2011). "Big Society" in the UK: A policy Review. *Children & Society*, 25, 164-171.
- Farrington, D., Jolliffe, D., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., & Kalb, L. (2001). The concentration of offenders in families, and family criminality in the prediction of boys'delinquency. *Journal of Adolescence*, 24, 579-596.
- Grootegoed, E. (2012). Tussen zelfredzaamheid en eigen regie: Wmo en de autonomie paradox. In J. Steyeart, & R. Kwekkeboom, *De zorgkracht van sociale netwerken* (pp. 72-87). Utrecht : MOVISIE.
- Hochschild, A. R. (1979). Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure. *American Journal of Sociology*, 85(3), 551-575.
- invoeringwmo.nl. (2015). *invoeringwmo.nl*. Verkregen op 14-03-2015, van:
http://www.invoeringwmo.nl/sites/default/files/Bronckhorst_Einddocument_Definities%20kwetsbare%20burgers.pdf

- Jenson, J., & Saint-Martin, D. (2003). New Routes to Social Cohesion? Citizenship and the Social Investment State. *The Canadian Journal of Sociology*, 28(1), 77-99.
- Kampen, T., Verhoeven, I., & Verplanken, L. (2013). *De affectieve burger: Hoe de overheid verleidt en verplicht tot zorgzaamheid*. Amsterdam: Uitgeverij Van Genneep.
- Klerk, M. d., Prins, M., Verhaak, P., & Berg, G. v. (2012). *RVZ.nl*. Verkregen op 26-05-2015, van: www.rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudie_SCP_NJi_NIVEL.pdf
- Linders, L. (2010). *De betekenis van nabijheid*. Verkregen op 27-2-2015, van: http://www.canonsociaalwerk.eu/1947_wijk/de_betekenis_van_nabijheid.pdf
- Ministerie van Algemene Zaken. (2013). *Troonrede 2013*. Verkregen op 13-02-2015, van: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/toespraken/2013/09/17/troonrede-2013.html>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2003). *Psychosociale problemen bij adolescenten*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Rose, N. (2000). Community, Citizenship and the Third Way. *American Behavioral Scientist*, 1395-1411.
- Sintonen, S., & Pehkonen, A. (2014). Effect of social networks and well-being on acute care needs. *Health and Social Care in the Community*, 22(1), 87-95.
- Steyaert, J., & Kwekkeboom, R. (2010). *Op zoek naar duurzame zorg*. Utrecht: MOVISIE.
- Steyaert, J., & Kwekkeboom, R. (2012). *De zorgkracht van sociale netwerken*. Utrecht: MOVISIE.
- Thornberry, T., Freeman-Gallant, A., Lizotte, A., Krohn, M., & C.A.Smith. (2003). Linked Lives: The Intergenerational Transmission of Antisocial Behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(2), 171-184.
- Tonkens, E., Grootegoed, E., & Duyvendak, J. W. (2013). Introduction: Welfare State Reform, Recognition and Emotional Labour. *Social Policy and Society*, 12(3), 407-413.
- Trappenburg, M. J. (2010). *Actieve solidariteit*. Amsterdam: Vossiuspers UvA.
- Trappenburg, M. J. (2013). Active Solidarity and Its Discontents. *Health Care Analyses*.
- Trappenburg, M. J. (2013). De kern van solidariteit. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 157.
- Velleman, R. (1992). Intergenerational effects- A review of environmentally oriented studies concerning the relationship between parental alcohol problems and family disharmony in the genesis of alcohol and other problems. I: The generational effects of alcohol problems. *The international Journal of Addictions*, 27, 253-280.

- Verplanke, L. (2013). Professionals met lef en een groot hart. In T. Kampen, I. Verhoeven, & L. Verplanken, *De affectieve burger* (pp. 61-80). Amsterdam: Uitgeverij Van Genneep.
- Winsemius, A. (2011). *Tussen draaglast en draagkracht*. Utrecht: Movisie.
- Zwolle, g. (2015). *zwolle.nl*. Verkregen op 20-05-2015, van:
https://www.zwolle.nl/sites/default/files/zwolle_bij_de_hand_2014.pdf

Bijlage 1

Topiclijst

Leeftijd:

Geslacht: m/v

- 1) Hoe ziet uw sociale netwerk eruit?
 - Gezin van herkomst. Hoe was het om daarin op te groeien?
 - Familie
 - Vrienden
 - Buurtgenoten
 - Hoe zou u uw relatie met deze contacten omschrijven?

- 2) Ontvangt u zorg uit uw sociale netwerk? Waarom wel/niet?
 - Hoe is dit ontstaan?
 - Hoe ervaart u het om deze zorg ontvangen?
 - Wat maakt dat u zorg kan ontvangen uit uw sociale netwerk?

- 3) Indien u geen zorg ontvangt uit uw sociale netwerk, zijn er mensen in uw netwerk waaraan u zorg zou kunnen vragen? Waarom wel/niet?

- 4) Zou u zorg willen ontvangen uit uw sociale netwerk? Waarom wel/niet?

- 5) Als u zorg uit uw netwerk (zou willen) ontvangt, zou u wat terug willen doen? Waarom?



Onderzoek:

Master Arbeid, Zorg en Welzijn
Universiteit Utrecht

Naam onderzoeker:

Anne van Haren

Doel van het onderzoek:

Door veranderingen in de Nederlandse verzorgingsstaat komt er meer verantwoordelijkheid bij de burger te liggen. Zo wordt er verwacht dat burgers in hun sociale netwerk een beroep te doen voor zorg alvorens gebruik te maken van professionele hulp.

Het doel is om te onderzoeken of kwetsbare burgers eventueel zorg uit hun netwerk willen en kunnen ontvangen. Tot op heden is er onderzoek gedaan naar mogelijkheden om informele zorg uit te breiden, deze waren veelal kwantitatief van aard. Hierdoor is er weinig aandacht geschonken aan de kwetsbare burgers zelf. In dit onderzoek krijgen deze kwetsbare burgers een stem.

Uw medewerking:

De gegevens van mijn onderzoek worden verzameld via interviews die zorgvuldig zullen worden behandeld. Tijdens het interview bent u niet verplicht antwoord te geven op bepaalde vragen. U heeft altijd de mogelijkheid om een pauze te nemen of te stoppen met het interview. Het interview wordt opgenomen met een recorder. De gegevens zullen anoniem worden verwerkt. Na afronding van het onderzoek wordt de opname vernietigd. Indien u dit wenst (zie hieronder) kan ik u het uiteindelijke onderzoeksverslag of de samenvatting daarvan toesturen.

Door dit document te ondertekenen geeft u te kennen dat u akkoord gaat met uw deelname aan dit onderzoek. Ook na ondertekening kunt u nog altijd afzien van uw medewerking. Uw deelname wordt echter zeer op prijs gesteld.

Ik geef toestemming voor deelname aan dit onderzoek,

Naam:

Adres:

Plaats:

Handtekening:

Plaats:

Datum:

Hieronder aankruisen wat van toepassing is:

- Ik wens het onderzoeksverslag niet te ontvangen.
- Ik wil het complete onderzoeksverslag ontvangen.
- Ik wil alleen de samenvatting van het onderzoek ontvangen.

Indien u (een samenvatting van) het onderzoeksverslag wenst te ontvangen: hoe wilt u het document ontvangen?

- Per e-mail, op het volgende e-mailadres:
- Via mijn trajectleider, op papier.

Bijlage 3 Codeboom

Name	Sources	References
Geen zorg uit netwerk	13	16
Ontvangt zorg uit netwerk	10	17
Professionele zorg ontvangen	15	24
Kennis	11	14
Objectiviteit	5	7
Vertrouwelijkheid	7	10
Sociaal Netwerk	25	88
Contacten met problematiek	17	38
Groeiend	3	4
Intergenerationaliteit	9	15
Weinig contact	17	26
Afstand	7	9
Druk leven van de ander	3	3
Eigen problematiek in de weg	9	10
Geld	4	5
Gesteld op privé	3	3
Weinig vertrouwen	2	4
Wederkerigheid	23	37
Zorg uit netwerk KUNNEN	5	10
Beperkt netwerk	2	2
Kortdurend	12	17
Langdurig	3	3
Netwerk met problemen	6	9
Netwerk ver weg	2	2
Open staan	2	2
Te complexe problemen voor anderen	1	2
Vertrouwenspersoon	1	1
Vraagverlegenheid	9	16
Wegens ervaring met dezelfde problemen	1	2
Wel, vanuit cultuur (zuid)	3	5
Zorg uit netwerk WILLEN	7	9
Alleen in nood	9	13
Mensen opzadelen	9	14
Netwerk heeft problemen	4	5
Onbegrip	4	7
Ondeskundig netwerk	4	5
Oordelend	2	2
Schaamte	7	12
Vertrouwens persoon	5	5
Wantrouwen	6	12
Zelfstandigheid	13	21
Zorg is belemmering in relatie	5	8