

ZICHT OP KWETSBAIRE BURGERS

Een onderzoek naar de mogelijkheden van sociale professionals om maatschappelijke steunsystemen uit te breiden naar informele zorg



ZICHT OP KWETSBARE BURGERS

Een onderzoek naar de mogelijkheden van sociale professionals om maatschappelijke steunsystemen
uit te breiden naar informele zorg.

Hanneke van Lieshout

Studentnummer: 3356892

Eindhoven, juli 2010

Universiteit Utrecht

Faculteit: Algemene Sociale Wetenschappen

Master: Arbeid, Zorg en Welzijn: Beleid en Interventies

Universiteit Utrecht

Begeleider: Prof. dr. R.M. Maier

Tweede beoordelaar: Dr. R. Abma

Lectoraat Fontys Hogescholen Sociale Studies

Externe begeleider: Dr. L. Linders

Inhoud

Voorwoord.....	4
1 Inleiding.....	5
2 Achtergrond: context en transformaties van de verzorgingsstaat	8
2.1 Transformaties van de verzorgingsstaat	8
2.2 De WMO als instrument	9
2.3 Vermaatschappelijking	9
2.4 Maatschappelijk zorg als sociologisch concept.....	10
2.5 Het begrip informele zorg	12
3 Probleemstelling.....	14
3.1 Vraagstelling.....	14
3.2 Definities	15
3.3 Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie.....	15
3.4 ASW-verantwoording	16
4 Theoretisch kader: informele zorg voor de houdbaarheid van de verzorgingsstaat	17
4.1 Ontwikkelingen in informele zorg	17
4.2 Informele zorg in relatie tot formele zorg	18
4.3 Barrières voor informele zorg	18
4.4 Emoties en informele zorg.....	19
4.5 Informele zorg in de praktijk.....	20
4.5.1 <i>Ha Buurman, Ha Buurvrouw</i>	21
4.5.2 <i>Tijd Voor Elkaar</i>	21
4.5.3 <i>De Burenhulpcentrale</i>	22
4.5.4 <i>Eigen Kracht Conferenties</i>	22
4.6 Conclusie.....	23
4.6.1 <i>Good practice</i>	24
5 Het project: de Kruidenbuurt en Maatschappelijke Steunsystemen	25
5.1 De Kruidenbuurt.....	25
5.2 Maatschappelijke steunsystemen	26
5.3. De methoden: kwartiermaken en de presentietheorie.....	27

6	De opzet en aanpak van het empirisch onderzoek	28
6.1	De keuze voor kwalitatief onderzoek	28
6.2	Selectie van de respondenten	29
6.3	Betrouwbaarheid en validiteit	29
6.4	Data-analyse	29
7	De resultaten	31
7.1	Het sociaal netwerk van kwetsbare burgers	31
7.1.1	<i>Incompetent netwerk</i>	32
7.1.2	<i>Afbrokkelen van het sociaal netwerk</i>	33
7.1.3	<i>Familie</i>	34
7.1.4	<i>Formele zorg</i>	34
7.2	Het stimuleren van informele zorg door het werkveld	35
7.2.1	<i>Cultuuromslag in het werkveld</i>	36
7.2.2	<i>Ontmoeting tussen buurtbewoners</i>	37
7.2.3	<i>Contacten en samenwerking in het werkveld</i>	39
7.2.4	<i>Voorbeelden van het stimuleren van informele zorg</i>	41
7.2.5	<i>Vrijwilligerswerk</i>	42
7.2.6	<i>Bouwgroep</i>	43
7.3	Belemmeringen voor het ontstaan van informele zorg	44
7.3.1	<i>Reikwijdte van de hulp</i>	44
7.3.2	<i>Afhankelijkheid van cliënten</i>	45
7.3.3	<i>Vraagverlegenheid</i>	46
7.3.4	<i>Handelingsverlegenheid</i>	48
7.3.5	<i>Schaamte en sociale vaardigheden</i>	49
7.3.6	<i>Verbeterpunten voor de praktijk</i>	50
8	Conclusies en aanbevelingen	52
8.1	Conclusie	52
8.2	Aanbevelingen	55
8.3	Reflectie	57
	Literatuurlijst	58
	Bijlage I Respondenten	62
	Bijlage II Topiclijsten semigestructureerde interviews	65

Voorwoord

Mijn masterthesis mag dan wel af zijn, het verhaal is nog niet uit voordat ik een aantal mensen bedankt heb. Mijn dank gaat uit naar:

Lilian Linders, voor het delen van je omvangrijke kennis over informele zorg. Jij was een onmisbare informatiebron voor mij. Robert Maier, die mij met goede adviezen en waardevolle suggesties heeft bijgestaan in het proces. Mijn medestudenten Lobke, Elke en Minne voor de inspirerende bijeenkomsten. Jullie boden een plek voor discussie, om stoom af te blazen en voor veel gezelligheid. Eveneens wil ik de respondenten bedanken voor hun gastvrijheid en openheid. In het bijzonder gaat mijn dank uit naar de ervaringsdeskundig begeleiders. Jullie laten zien dat kracht begint met het bewandelen van de weg van kwetsbaarheid.

Tot slot, mijn broer Hein, voor het maken van de kافت en gewoon omdat je bent wie je bent.

Hanneke van Lieshout

Eindhoven, juli 2010

1 Inleiding

In Nederland, maar ook in andere landen in Europa, staat het traditionele aanbod aan zorg en hulpverlening onder druk. Het werkveld van sociale professionals is aan verandering onderhevig door maatschappelijke ontwikkelingen en beleidsontwikkelingen. Op maatschappelijk niveau is er sprake van een toenemende zorgvraag door de vergrijzing, een inkrimpende verzorgingsstaat en de nadruk op eigen verantwoordelijkheid van burgers. Op beleidsniveau verandert door de komst van de onbeheersbare zorgvraag, de besturingsfilosofie in de zorg- en welzijnsector. Er wordt ingezet op lokalisering, waarbij de lokale overheid verantwoordelijkheid draagt voor de zorg en het welzijn van burgers. Daarnaast doet de overheid een grotere aanspraak op informele zorg, als oplossing voor de beperkte formele zorg in de toekomst. Tevens richt de moderne verzorgingsstaat zich steeds meer op participatie in plaats van bescherming van burgers en het adagium is 'iedereen in de maatschappij moet meedoen' (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], 2010). Het stimuleren en mogelijk maken van een actieve deelname aan de samenleving, ook van de meest kwetsbare en geïsoleerde burgers, staat in de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) centraal.

Om iedereen te laten meedoen, moeten sociale professionals op pad om inwoners te bereiken en te stimuleren om de stap naar meer participatie te zetten (Bouma, Linders & Steyaert, 2008). WMO-specifieke instrumenten die professionals kunnen inzetten, zijn volop in ontwikkeling. In september 2009 zijn er zes werkplaatsen in Nederland gestart waarin WMO-doelstellingen, zoals meer zelfredzaamheid, grotere sociale samenhang en grotere participatie, concreter gemaakt worden. Deze werkplaatsen zijn opgezet vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De WMO-werkplaats Noord-Brabant richt zich op het thema *community care*: opvang in en door de samenleving - en met name op informele zorg. De werkplaats volgt en ontwikkelt onder leiding van het lectoraat van de Fontys Hogescholen Sociale Studies vijf innovatieve praktijken¹, met als uiteindelijk doel de projectresultaten te vertalen naar onderwijsontwikkeling en deskundigheidsbevordering van sociale professionals.

Eén van die praktijken richt zich op het inzetten van *maatschappelijke steunsystemen* om een professioneel en sociaal netwerk rondom kwetsbare burgers op te bouwen. Dit project is ontstaan als antwoord op de vermaatschappelijking van de zorg, een proces waarbij mensen met beperkingen door psychische problemen steeds meer in hun eigen leefomgeving geholpen worden. Dit hield in het begin niet meer in dan extramuralisering: het streven om zorg te bieden buiten de muren van (intramurale) instellingen. Door middel van het zorgvernieuwingsproject 'Maatschappelijke

¹ Deze praktijken zijn: familie als bondgenoot, maatschappelijke steunsystemen (vooral informeel), wederkerige burenhulp, zelfhulp en gedeelde mantelzorg.

Steunsystemen' (MSS) wil de Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven (GGzE) samen met andere organisaties de stap naar maatschappelijke integratie van kwetsbare mensen zetten. MSS combineert om dit doel te bereiken, kwartiermaken en de inzet van ervaringsdeskundigheid in een wijk- of dorpgerichte benadering (Sok, 2009).

Een maatschappelijk steunsystemeem is een gecoördineerd netwerk van personen, diensten en voorzieningen, dat kwetsbare mensen ondersteunt op verschillende levensgebieden, zodat ze zelfstandig kunnen leven en volwaardig kunnen deelnemen aan de samenleving. MSS helpt kwetsbare burgers om (weer) gebruik te maken van het ondersteunings- en participatieaanbod dat in de eigen buurt aanwezig is (Sok, 2009). Dat aanbod kan bestaan uit een buurvrouw om een kopje koffie mee te drinken, een vrijwilligersclub, een eetpunt in de wijk, lotgenotencontact of een familielid die een oogje in het zeil houdt. Er worden verschillende activiteiten ingezet om het sociaal netwerk op te bouwen, zoals huisbezoeken (waarbij het ook gaat om praktische ondersteuning) en het oprichten van een bouwgroep waarin de deelnemers elkaar onderling steun verlenen. Tevens leggen de kwartiermaker en ervaringsdeskundig begeleiders contacten met organisaties in de buurt die een bijdrage kunnen leveren aan MSS.

De GGzE wil maatschappelijke steunsystemen uitbreiden naar informele zorg. Vertaald naar de wijk betekent dit het creëren van een steuncultuur en een veilige plek voor kwetsbare burgers met psychische en psychosociale problemen. Daarnaast wil de GGzE de wijkgebondenheid van MSS aanvullen met elementen uit het persoonlijk netwerk van kwetsbare mensen.

In deze masterthesis is onderzocht hoe sociale professionals het vragen en aanbieden van informele zorg kunnen stimuleren, zodat kwetsbare burgers volwaardig kunnen deelnemen aan de samenleving. Dit kan hulp zijn van krachtige bewoners uit de buurt die kwetsbare bewoners steunen, maar het kan ook gaan om mensen het persoonlijke netwerk van cliënten zelf. Het doel van dit onderzoek omvat een kennisverschaffing aan professionals, die zich in de praktijk met het stimuleren en ondersteunen van informele zorg bezighouden. De probleemstelling die in dit onderzoek centraal staat, luidt als volgt: *Wat zijn de mogelijkheden van sociale professionals in de Kruidenbuurt om maatschappelijke steunsystemen uit te breiden naar informele zorg, zodat kwetsbare burgers volwaardig kunnen deelnemen aan de samenleving?*

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, is er na een analyse van de bestaande literatuur een empirisch onderzoek uitgevoerd door middel van observaties en open interviews met de kwartiermaker en ervaringsdeskundig begeleiders, sleutelfiguren uit samenwerkingsverbanden in de

Kruidenbuurt en cliënten van MSS. De focus ligt in dit onderzoek op professionals, omdat er tot op heden nog maar weinig aandacht is geweest voor de ervaringen van beroepskrachten ten opzichte van *community care*.

Het onderzoeksrapport kent de volgende opbouw. Allereerst schetst hoofdstuk twee de context en ontwikkelingen van de verzorgingsstaat die geleid hebben tot een grotere aanspraak op zorg door de samenleving. Daarnaast wordt het begrip informele zorg gedefinieerd. Vervolgens beschrijft hoofdstuk drie de vraagstelling en opzet van de literatuurstudie en het empirisch onderzoek. Daarna volgt in hoofdstuk vier het theoretisch kader waarin wetenschappelijke literatuur besproken wordt over informele zorg. Dit hoofdstuk eindigt met een conclusie die is afgeleid uit de theorie. In hoofdstuk vijf wordt de onderzoekslocatie, de Kruidenbuurt, gespecificeerd en het project 'Maatschappelijke Steunsystemen' nader toegelicht. Aansluitend komen de opzet en aanpak van het empirisch onderzoek naar voren in hoofdstuk zes, waarna de resultaten daarvan in hoofdstuk zeven gepresenteerd worden. Hoofdstuk acht geeft ten slotte de conclusies en aanbevelingen voor de toekomst.

2 Achtergrond: context en transformaties van de verzorgingsstaat

De Nederlandse overheid doet door ontwikkelingen als de vermaatschappelijking van de zorg, veranderingen van de verzorgingsstaat en de komst van de WMO een veel groter beroep op burgers om voor elkaar te zorgen. Deze transitie in de samenleving worden in dit hoofdstuk besproken. Daarnaast komt het concept *maatschappelijke zorg* aan bod, wat een combinatie is van professionele en informele zorg. Tot slot wordt het begrip *informele zorg*, dat centraal staat in deze thesis, gedefinieerd.

2.1 Transformaties van de verzorgingsstaat

Het Europees sociaal model, waaronder de Nederlandse verzorgingsstaat, staat onder grote druk en biedt niet meer de stabiliteit van de jaren '60 en '70 (Giddens, 2007). Onder invloed van verslechterde economische omstandigheden in de jaren '80, individualisering, globalisering en demografische veranderingen, zoals de vergrijzing - nam het beroep op de sociale zekerheid sterk toe en dreigde het stelsel onder zijn eigen gewicht te bezwijken. Hervormingen van het Nederlandse zorgstelsel werden noodzakelijk. Aanvankelijk waren de hervormingen vooral gericht op het beteugelen van de overheidsuitgaven. Later werd het hervormingsbeleid in toenemende mate gelegitimeerd vanuit de noodzaak om de verzorgingsstaat aan te passen aan bredere maatschappelijke ontwikkelingen, die het beleid in toenemende mate onder druk hebben gezet (Knijn, 2009).

De overheid zet allerlei strategieën in om deze ontwikkelingen het hoofd te bieden. Eén van die strategieën is het overlaten van maatschappelijke opdrachten aan de *civil society*. De traditionele rol van de verzorgingsstaat is - dat wat de markt en samenleving laten liggen - zelf op zich te nemen (Ewijk, 2006). De overheid is volgens Ewijk (2006) bezig zich van deze traditionele rol te ontdoen en maatschappelijke opdrachten 'terug te geven' aan de samenleving. Daarnaast zet de overheid in op privatisering. In Nederland is privatisering zichtbaar door nieuwe financieringssystemen, zoals het persoonsgebonden budget (PGB) en het contracteren van zorg- en welzijnsuitvoerders door lokale overheden (Ewijk, 2006). Ook lokalisering is terug te zien in de vernieuwingsbeweging. Dit blijkt uit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, die de gemeente en niet de centrale overheid verantwoordelijk stelt voor de zorg en het welzijn van kwetsbare burgers. Tevens kenmerkt de moderne verzorgingsstaat zich door actief burgerschap, waarbij de nadruk ligt op participatie en insluiting in plaats van bescherming. Actief burgerschap is als beleidsthema sterk in opkomst in Nederland en duikt regelmatig op in het denken over publieke dienstverlening (Bodd, Linders & Steyaert, 2005). Daarin is duidelijk terug te zien dat politici en beleidsmakers wensen dat burgers op allerlei terreinen intensiever deelnemen aan de samenleving.

2.2 De WMO als instrument

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning is een gevolg van ontwikkelingen in de verzorgingsstaat, die in de vorige paragraaf geschetst zijn. Deze wet werd op 1 januari 2007 ingevoerd in de Nederlandse gemeenten en verving de Welzijnswet, de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) en delen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). *'Het doel van de WMO is dat iedereen kan meedoen in de maatschappij'* (VWS, 2010). Deze brede participatie wet gaat in eerste instantie uit van de zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid van burgers. De sociale omgeving wordt aangesproken bij problemen die mensen niet zelf op kunnen lossen. Als deze informele hulp niet toerikend is, biedt de gemeente een vangnet aan om toe te werken naar een situatie waarin de burger zelfstandig kan leven. In de WMO zijn negen prestatievelden geconcretiseerd die door gemeenten op lokaal niveau ingevuld dienen te worden (zie figuur 1). De gemeenten hebben veel handelingsvrijheid om de wet vorm te geven, waardoor de uitvoering per gemeente kan verschillen (VWS, 2010).

Prestatieveld	Onderwerp
1	Leefbaarheid en sociale samenhang
2	Preventieve ondersteuning jeugd
3	Informatie, advies en cliëntenondersteuning
4	Mantelzorg en vrijwilligers
5	Bevorderen deelname
6	Verlenen individuele voorzieningen
7	Maatschappelijke opvang
8	Openbare geestelijke opvang
9	Verslavingsbeleid

Figuur 1. Prestatievelden WMO.

2.3 Vermaatschappelijking

Een andere belangrijke ontwikkeling in de samenleving is de vermaatschappelijking van de zorg. Volgens Yip (2000) is dit de laatste 30 jaar de meest invloedrijke beweging in de geestelijke gezondheidszorg.

De term vermaatschappelijking verwijst naar een verschuiving in de zorg van intramurale opvang naar zorg aan huis en zorg door de samenleving. In het Nederlandse beleid staat het behoud of herstel van een zelfstandige leefsituatie van mensen met een langdurige beperking centraal (Koops & Kwekkeboom, 2005). Door de vermaatschappelijking zijn er steeds meer kwetsbare burgers in de wijk terecht gekomen. Dit hield in het begin niet meer in dan het bieden van zorg buiten de muren van

instellingen, in de eigen woonomgeving (*extramuralisering*). Na verloop van tijd groeide het besef dat er meer nodig was voor de maatschappelijke integratie van kwetsbare mensen, dan alleen zelfstandige huisvesting. 'Er is weliswaar sprake van een fysieke integratie, maar niet van sociale integratie', beschrijven Plemper en Van Vliet (2003). Zonder sociale integratie en een draagvlak in de samenleving kan er uitsluiting en eenzaamheid ontstaan onder mensen met psychische beperkingen.

Met de komst van de WMO krijgen gemeenten de taak om het maatschappelijk draagvlak te vergroten. Er wordt getracht om mensen zoveel mogelijk in de eigen leefomgeving te helpen en deze omgeving ook te benutten. Duyvendak en Verplanke (2010) hebben een onderzoek gedaan, naar de ervaringen van psychiatrische patiënten en mensen met verstandelijke beperkingen, naar zelfstandig wonen in de wijk. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat mensen tevreden zijn met het eigen huis. Zelfstandig wonen blijkt belangrijk te zijn voor deze groep. Tegelijkertijd troffen de onderzoekers eenzaamheid aan onder mensen met psychiatrische problemen. De buurt speelt nauwelijks een rol in het maken van sociale contacten. Granerud en Severinsson (2003) beschrijven dat ondersteuning van mensen met psychiatrische problemen nodig is om gelijkwaardige burgers te worden, autonomie te ervaren en sociale contacten te ontwikkelen.

Sociale professionals moeten daarom volgens Yip (2000) werken aan een accepterende gemeenschap. Het opbouwen van maatschappelijke steunsystemen is een belangrijk middel om een netwerk rondom kwetsbare mensen te vormen. Maatschappelijke steunsystemen zijn gebaseerd op het concept *maatschappelijke zorg*: een combinatie van formele en informele zorg in en door de samenleving. Dit begrip wordt veelal gebruikt om een verschil aan te geven met zorg in instellingen. Sommige professionals hebben twijfels over maatschappelijke zorg (Plemper & Van Vliet, 2003). Zij worden geconfronteerd met een nieuwe werkwijze die niet overeenkomt met hun opleiding en verwachtingen van het beroep (Plemper & Van Vliet, 2003). Ze zijn bang voor de verschraling en verarming van de kwaliteit van het leven van burgers met beperkingen (Plemper & Van Vliet, 2003).

2.4 Maatschappelijk zorg als sociologisch concept

Maatschappelijke zorg heeft raakvlakken met twee begrippen die *Gemeinschaft* en *Gesellschaft* in de sociologie worden genoemd.² De *Gemeinschaft* wordt gekenmerkt door sterke wij-gevoelens: de mensen die er deel van uitmaken, bezitten affectieve bindingen met elkaar, zij hebben dezelfde soort levenservaringen en delen overtuigingen en gewoonten (Wilterdink & Van Heerikhuizen, 2003). Voorbeelden van een *Gemeinschaft* zijn een vriendengroep, een hechte familie, een hechte buurt en een geloofsgemeenschap. In de *Gesellschaft* is veel minder sprake van affectieve bindingen en berusten relaties tussen mensen op de belangen die mensen willen behartigen (Wilterdink & Van

² Ferdinand Tönnies (1855-1936) beschrijft in *Gemeinschaft und Gesellschaft* (1877) het onderscheid tussen *Gemeinschaft* (gemeenschap) en *Gesellschaft* (maatschappij).

Heerikhuizen, 2003). Mensen werken samen als ze gemeenschappelijke doelen bezitten. Voorbeelden van een Gesellschaft zijn belangenorganisaties, relaties in een stad en contractuele relaties. Een Gesellschaft is groter dan de Gemeinschaft, complexer en minder persoonlijk (Plemper & Van Vliet, 2003). Tönnies (1877) duidde de historische ontwikkeling in West-Europa aan als een overgang van een samenleving met kenmerken van een Gemeinschaft, naar een samenleving met kenmerken van een Gesellschaft, waarin we ons steeds meer verwijderen van een maatschappij die mensen geborgenheid biedt en waarin solidariteit centraal staat (zoals beschreven in Wilterdink & Van Heerikhuizen, 2003).

Nog steeds spreken sociologen met zorg over de affectieve bindingen tussen mensen en een 'verlies van gemeenschapszin'. Robert Putnam (2000) stelt in zijn boek 'Bowling Alone' dat er door individualisering een verzwakking van traditionele gemeenschapsbanden, erosie van sociaal kapitaal, is ontstaan in de Amerikaanse samenleving (zoals beschreven in Field, 2003). De erosie van sociaal kapitaal is volgens Putnam een reden om ons zorgen te maken en te investeren in de gemeenschap. Anthony Giddens (1991) stelt dat primaire affectieve bindingen in de samenleving niet minder intens, maar minder vanzelfsprekend en instabieler zijn worden (zoals beschreven in Wilterdink & Van Heerikhuizen, 2003).

Van oorsprong komt het concept maatschappelijke zorg uit Amerika waar het *community care* genoemd wordt. De socioloog Bulmer (1987) ontleedt het begrip *community care* in *caring for*: zich richten op fysieke en emotionele behoeften van een persoon en *caring about*: gevoelens van empathie voor een persoon en emotionele betrokkenheid (zoals beschreven in Van Vliet, Duyvendak, Boonstra, & Plemper, 2004). Ook maakt Bulmer een onderscheid tussen *care in the community*: zorg door betaalde medewerkers en *care by the community*: zorg door familie, vrienden, burens en vrijwilligers (zoals beschreven in Plemper & Van Vliet, 2003). Maatschappelijke zorg omvat een combinatie van deze begrippen. Het bestaat uit netwerken van formele en informele relaties waarvan de krachten worden gemobiliseerd in tijden van ziekte, rouw of nood - en waarbij sprake is van zowel verzorging als emotionele en sociale steun (Plemper & Van Vliet, 2003).

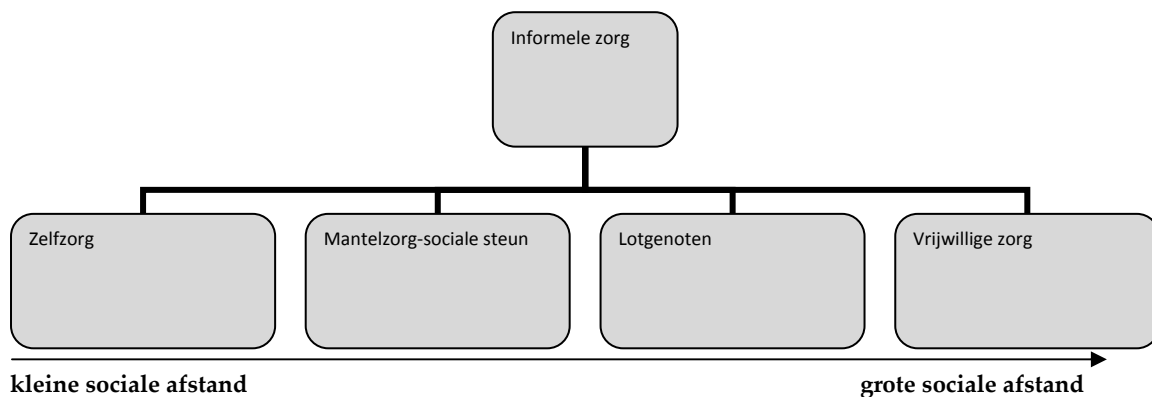
Caring For = Zorgen voor	Care in the community = Professionele zorg
Caring About = Geven om	Care by the community = Informele zorg

Bron: Plemper en Van Vliet, 2003.

Figuur 2. Community care volgens Bulmer (1987).

2.5 Het begrip informele zorg

Het begrip informele zorg is een onderdeel van maatschappelijke zorg. In de literatuur zijn verschillende definities van dit begrip terug te vinden. Informele zorg is te omschrijven als hulp die vrijwillig en onbetaald gegeven wordt. Volgens de definitie van De Boer en Timmermans (2005) gaat het om hulp aan iemand uit het sociaal netwerk die om een hulpbehoefte (als gevolg van ziekte of handicap) bepaalde activiteiten niet kan uitvoeren. Sommige onderzoekers stellen ook eisen aan de intensiteit van de hulp of nemen een specifieke groep hulpbehoevenden onder de loep (De Boer & Timmermans, 2005). Dit onderzoek verstaat onder informele zorg: verschillende typen zorg die niet beroepsmatig gegeven worden. Hiertoe behoren volgens Linders (2010) zowel zelfzorg, mantelzorg en sociale steun, lotgenotencontact als vrijwillige zorg. Deze definitie is breder dan die van de Boer en Timmermans (2005), omdat het ook zorg aan niet-hulpbehoevenden omvat. Voorbeelden daarvan zijn op elkaars kinderen passen, helpen bij een opruimactie of de computer van de burens installeren.



Bron: Linders (2010).

Figuur 3. Type informele zorg.

In het bovenstaande figuur is van links naar rechts een toenemende afstand te zien tussen de hulpbehoevende en de zorgverlener. Bij zelfzorg is deze afstand het kleinst. Het gaat bij zelfzorg om wat mensen zelf doen voor ze aanspraak maken op andere vormen van zorg, zoals mantelzorg, vrijwillige zorg of professionele zorg (Linders, 2010). De aandacht richt zich bij zelfzorg op het oplossen van de eigen psychische en fysieke problemen.

Een veel gebruikte definitie van mantelzorg is die van Kwekkeboom (1990): *'zorg die niet op basis van een dienstverlenend beroep wordt verleend aan mensen uit de sociale omgeving, waarbij de sociale relatie de basis vormt van het zorg verlenen'* (zoals beschreven in Tjadens & Duijnste, 2000). Mantelzorg omvat allerlei vormen van zorg voor naasten, zoals huishoudelijke hulp, verzorging en emotionele steun. Het gaat daarbij om meer dan een handje helpen, namelijk om structurele hulp. Zorgen voor naasten gebeurt vaak uit liefde, loyaliteit of plichtsgevoel en is niet altijd een bewuste keuze.

Bij sociale steun gaat het ook om allerlei kleinere klussen, waarbij geen sprake hoeft te zijn van ziekte of een lichamelijk of geestelijk probleem. Netwerkliden geven volgens Wellman (2001) elkaar emotionele en materiële steun, gezelschap, informatie en het gevoel erbij te horen, wat samengevat kan worden als sociale steun (zoals beschreven in Linders 2010).

Lotgenotencontact is het contact tussen mensen met ongeveer dezelfde problematiek. Deze vorm van informele hulp wordt vaak ingezet bij mensen met psychische problemen. Het doel van lotgenotencontact is het vergroten van de kennis, het inzicht en het vertrouwen van mensen zodat zij meer grip krijgen op de eigen situatie.

Bij vrijwilligerswerk kennen de hulpverlener en de hulpvrager elkaar niet vooraf en hebben zij niet per definitie een gemeenschappelijkheid, zoals bij lotgenotencontact het geval is. Vrijwilligerswerk is het bieden van zorg in enig georganiseerd verband, zonder dat daar voor betaald wordt. Voorbeelden van vrijwilligerswerk zijn een maatjesproject, bezoeken van vrijwilligers bij ouderen, assisteren in verenigingen en clubs en allerlei activiteiten van organisaties als Humanitas, de Zonnebloem en het Rode Kruis.

Zoals duidelijk wordt uit de beschrijvingen van de verschillende vormen van zorg is de uitgangspunt niet altijd hetzelfde. Mantelzorg overkomt mensen meestal, terwijl voor vrijwilligerswerk de keuze wordt gemaakt. Naast professionele zorg kunnen verschillende vormen van informele zorg elkaar ook verlichten.

3 Probleemstelling

Dit hoofdstuk presenteert de onderzoeksvraag voor de literatuurstudie en het empirisch onderzoek. Daarnaast worden de belangrijkste begrippen uit de onderzoeksvraag gedefinieerd. Paragraaf 3.3 beschrijft de wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie van het onderzoek. Als laatste komt de ASW-verantwoording aan bod, waarin wordt uitgelegd hoe het onderzoek in het vakgebied van Algemene Sociale Wetenschappen past.

3.1 Vraagstelling

Professionals krijgen de taak om met beperkte formele zorg, een grotere hoeveelheid informele zorg te faciliteren en te veroorzaken. Dit impliceert een andere rol en houding van sociale professionals die zich in de praktijk meer moeten richten op het informele sociale netwerk van kwetsbare burgers.

De doelstelling van dit onderzoek is een duidelijker beeld te krijgen van de mogelijkheden om informele zorg te stimuleren en te faciliteren. Specifiek wordt bestudeerd hoe maatschappelijke steunsystemen voor kwetsbare mensen met psychische en psychosociale problemen aangevuld kunnen worden met informele zorg. Om deze vraag te beantwoorden wordt de huidige praktijk in de Kruidenbuurt vergeleken met de theorie en een *good practice* die uit de literatuur is afgeleid. Door middel van deze vergelijking worden de mogelijkheden om maatschappelijke steunsystemen uit te breiden naar informele zorg besproken. Uiteindelijk volgen er aanbevelingen voor deze specifieke praktijk in de Kruidenbuurt. Deze aanbevelingen kunnen ook voor andere soortgelijke projecten en doelgroepen relevant zijn. Alle Nederlandse gemeenten hebben namelijk te maken met de uitvoering van de WMO en beperkte formele zorg in de toekomst.

De vraag die in deze masterthesis centraal staat, luidt als volgt: *Wat zijn de mogelijkheden van sociale professionals in de Kruidenbuurt om maatschappelijke steunsystemen uit te breiden naar informele zorg, zodat kwetsbare burgers volwaardig kunnen deelnemen aan de samenleving?*

Deelvragen bij deze hoofdvraag zijn:

1. Hoe ziet informele zorg er in Nederland anno 2010 uit en wat zijn de ontwikkelingen in informele zorg?
2. Welke *good practice* over het stimuleren van informele zorg is uit de literatuur af te leiden?
3. Wat is de huidige praktijk in de Kruidenbuurt en hoe stimuleren professionals informele zorg?

4. Welke ervaringen hebben cliënten van MSS met het ontvangen van informele zorg en hoe ziet het sociaal netwerk van deze doelgroep eruit?

Deelvraag één en twee worden beantwoord aan de hand van een literatuurstudie, de derde en vierde deelvraag door het empirisch onderzoek. De combinatie van de literatuurstudie en het empirisch onderzoek leiden tot een antwoord op de centrale vraagstelling.

3.2 Definities

Met sociale professionals worden sociale agogen bedoeld. De sociaalagogische opleidingen worden gevormd door de opleidingen: Maatschappelijk Werk en Dienstverlening (MWD), Sociaal Pedagogische Hulpverlening (SPH) en Culturele Maatschappelijke Vorming (CMV). Samen zetten zij zich in op de gebieden: zorg, welzijn en cultuur. Er is gekozen voor deze definitie, omdat dit de opleidingen zijn waar de deskundigheidsbevordering en beroepsinnovatie van het lectoraat zich op richt.

Informele zorg is een verzamelbegrip voor alle vormen van zorg die niet beroepsmatig gegeven worden, zoals zelfzorg, mantelzorg en sociale steun, lotgenotencontact en vrijwilligerswerk (Linders, 2010).

Een maatschappelijke steunsysteem is een gecoördineerd professioneel en sociaal netwerk van personen, diensten en voorzieningen, dat kwetsbare mensen ondersteunt op verschillende levensgebieden, zodat ze zelfstandig kunnen leven en volwaardig kunnen deelnemen aan de samenleving.

Kwetsbare burgers zijn mensen die het risico lopen om niet meer mee te doen in de samenleving of om in een sociaal isolement te raken. Deze mensen zijn vaak kwetsbaar vanwege hun psychosociale en psychische problemen, sociale uitsluiting, eenzaamheid, armoede, fysieke problemen en verslaving.

3.3 Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie

Met de komst van de Wet Maatschappelijk Ondersteuning is informele zorg een actueel thema geworden. Om de doelstellingen van de WMO te realiseren, moeten professionals weten hoe zij aan informele relaties kunnen werken. Dit is belangrijk, omdat er de afgelopen jaren veel veranderd is in de aanspraak op informele zorg. Het doel van dit onderzoek omvat een kennisverschaffing aan sociale professionals, die zich in de praktijk met het stimuleren en ondersteunen van informele zorg bezighouden.

In de literatuur is terug te vinden welke processen geleid hebben tot het belang van informele zorg en hoe informele zorg tussen mensen onderling gegeven wordt (door o.a. Linders, 2010). Bestaand onderzoek heeft zich in mindere mate gericht op hoe professionals deze vorm van zorg kunnen

stimuleren en ondersteunen. Volgens Hortulanus (2004) zijn de instrumenten die beschikbaar zijn ontoereikend. Er is een grote behoefte aan instrumenten die geschikt zijn voor het versterken van burenzorg en het aanspreken van lokale organisaties, zoals verenigingen en bedrijven, op hun bijdrage aan de ondersteuning van kwetsbare mensen (Hortulanus, 2004). Dit geldt ook voor instrumenten, die de relatie tussen de steun vanuit het eigen sociaal netwerk van de kwetsbare burger en professionele ondersteuning, versterken (Hortulanus, 2004). De samenwerking tussen informele en formele zorg wordt ook volgens Van Vliet et al. (2004) nog niet voldoende ontwikkeld. Tevens beschrijft Linders (2010) dat er hiaten zitten in de kennis over de vraag hoe informele zorg ondersteund en veroorzaakt kan worden. Zij geeft een aantal handreikingen over het stimuleren van informele zorg. De bevindingen van haar onderzoek zijn echter vooral gebaseerd op het perspectief van buurtbewoners en niet van professionals.

Dit onderzoek maakt een begin in de systematisering van praktijkervaringen van professionals in de Kruidenbuurt. Het onderzoek kan bijdragen aan het verbeteren van de praktijk en het ontwikkelen van strategieën in soortgelijke projecten, om informele zorg te stimuleren. Dit is van belang om kwetsbare burgers te betrekken bij de samenleving. Op deze manier draagt het onderzoek ook bij aan de zorg voor individuen. Het feit dat het onderzoek gericht is op een specifieke praktijksituatie maakt het voor de betrokken organisaties, professionals en deelnemers van MSS, erg relevant. Bovendien worden de resultaten uit dit vooronderzoek gebruikt door het lectoraat om het project 'Maatschappelijke Steunsystemen' te evalueren. Het doel van deze werkplaats is het overdragen van kennis, formuleren van competenties voor beroepskrachten en het bijdragen aan de beroepsontwikkeling in de sector zorg en welzijn.

3.4 ASW-verantwoording

De studie Algemene Sociale Wetenschappen gaat over maatschappelijke vraagstukken die benaderd worden vanuit verschillende sociale wetenschappen. Door allerlei maatschappelijke ontwikkelingen, beleidsontwikkelingen en de komst van de WMO staat opvang in en door de samenleving centraal. De vraag hoe informele zorg gestimuleerd kan worden, zodat er een balans ontstaat tussen formele en informele zorg, is een actueel vraagstuk. Dat blijkt uit de WMO en de werkplaatsen die door de overheid in het leven zijn geroepen om de doelstellingen van deze wet concreter te maken.

Dit maatschappelijk vraagstuk wordt bestudeerd vanuit verschillende disciplines wat typerend is voor ASW. Een psychologische invalshoek geeft inzicht in de sociale regels, motivaties, ervaringen en belevingen van professionals en cliënten. De contextuele kenmerken, zoals de sociale omgeving die verandert, wordt vanuit de sociologie benaderd. Om een goed beeld te krijgen van de complexiteit van het geven en ontvangen van informele zorg, is het belangrijk om verbanden te leggen tussen processen die spelen op verschillende niveaus.

4 Theoretisch kader: informele zorg voor de houdbaarheid van de verzorgingsstaat

Met de komst van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning is de informele zorgsector volop in beweging. Dit hoofdstuk bespreekt de maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de vraag en het aanbod van informele zorg in Nederland. Ook worden de belemmeringen en complexiteit voor het geven en ontvangen van informele zorg behandeld. Vervolgens komen er verschillende interventies, die gericht zijn op het vermeerderen van informele zorg, aan bod. Tot slot volgt de conclusie. In de conclusie worden deelvraag één (over de ontwikkelingen van informele zorg) en deelvraag twee (over *good practises*) beantwoord. In hoofdstuk acht wordt de conclusie vergeleken met de resultaten van het empirisch onderzoek.

4.1 Ontwikkelingen in informele zorg

Er zijn allerlei factoren die invloed hebben op het aanbod van informele zorg. De verwachting is dat de vergrijzing van de bevolking gepaard gaat met een sterke stijging van de zorgvraag (De Boer & Timmermans, 2007). Men denkt tevens dat het aanbod van zorg onder druk komt te staan door maatschappelijke ontwikkelingen, zoals veranderingen in de capaciteit van families om te zorgen. Een groeiend aantal mensen moet werk en informele zorg zien te combineren. Dit geldt vooral voor vrouwen, die de belangrijkste bron voor informele zorg voor ouderen zijn (Cantor, 1989). Vrouwen blijven echter steeds vaker werken, ook nadat ze kinderen hebben gekregen (Cantor, 1989; Davey & Tasios, 1999). Daarnaast leiden scheidingen tot complexe familiebanden en vallen de traditionele verwantschapsnetwerken uit elkaar. Bovendien wonen familieleden door de groeiende geografische mobiliteit steeds verder van elkaar vandaan.

Toch zijn er door het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) ook positieve ontwikkelingen gesignaleerd in het aanbod van informele zorg. Het SCP-rapport 'Toekomstverkenning informele zorg' laat zien dat de groep ontvangers van 370.000 in 2006 naar 380.000 in 2020 stijgt (De Boer & Timmermans, 2007). Tegelijkertijd zal het aandeel hulpverleners stijgen van 1,4 miljoen in 2006 naar 1,6 miljoen in 2020. Dit wijst op een reserve in het aanbod dat volgens de prognoses vooral uit ouderen zal bestaan. Bij deze cijfers moet echter een kanttekening geplaatst worden, omdat een deel van de ruimte die ontstaat in informele zorg volgens De Boer en Timmermans (2007) schijn is. Ten eerste, omdat een groot zorgpotentieel nog geen garantie is voor het daadwerkelijk inzetten van informele zorg. Uit onderzoek blijkt dat het zorgpotentieel van burens en kinderen slechts in een minderheid van de gevallen wordt omgezet in hulp voor ouderen (De Boer & Timmermans, 2007). Ten tweede komt de vergroting van het aanbod, dat de resultaten laten zien, alleen ten goede aan mensen die al informele

zorg ontvangen. Het model houdt geen rekening met mensen die geen informele zorg ontvangen, maar dit wel willen. Ten derde hebben steeds meer ouderen die hulp geven zelf gezondheidsproblemen. Ook is er bij ouderen vaker sprake van een hulpbehoevende of zieke partner (De Boer & Timmermans, 2009). Eerder onderzoek laat zien dat mensen die hulp geven aan personen die dichtbij staan het risico lopen overbelast te raken (De Boer & Timmermans, 2009). Dit betekent dat er meer ouderen komen die informele zorg geven, maar door hun slechtere gezondheid en draaglast, kwetsbaar zijn (De Boer & Timmermans, 2009).

4.2 Informele zorg in relatie tot formele zorg

Veel zorg die door informele hulpverleners werd gegeven, is overgenomen of aangevuld door professionele zorg. Er zijn twee dominante visies in de literatuur terug te vinden over de relatie tussen formele en informele zorg. In de eerste visie tast formele zorg de informele zorg aan en is de verzorgingsstaat eerder een vervanging, dan een uitbreiding van de hoeveelheid zorg (Steyaert, 2009). Dit wordt ook wel de *crowding out hypothesis* genoemd. Daar tegenover staat de *crowding in hypothesis* die stelt dat een sterke verzorgingsstaat uitnodigt om voor elkaar te zorgen. Er zijn verschillende onderzoeken uitgevoerd naar de relatie tussen de verzorgingsstaat en informele zorg. Volgens Davey en Tasios (1999) is er relatief weinig empirisch bewijs dat formele diensten leiden tot minder steun van verwanten. Ook Van Oorschot en Arts (2005) vonden geen bewijs voor de *crowding out hypothesis*. Zij onderzochten de relatie tussen sociaal kapitaal en de welvaartsstaat op basis van data van 23 landen die meededen aan een Europese waardenstudie (European Values Survey wave 1999/2000).

Volgens Yip (2000) moeten informele zorg en formele zorg elkaar niet uitsluiten, maar complementair zijn en elkaar ondersteunen. Yip (2000) beschrijft dat formele diensten bronnen kunnen inzetten voor het ontwikkelen van informele steunsystemen, zoals familie, vrienden, burens en vrijwilligers. Het gaat daarbij om het zo organiseren van formele zorg, dat informele zorg beschikbaar wordt. Deze netwerken kunnen als ze sterk genoeg zijn de formele zorg verlichten. Daarnaast kunnen stabiele en ondersteunende netwerken volgens Yip (2000) preventief werken in het voorkomen van een mentale terugval bij mensen met psychische problemen.

4.3 Barrières voor informele zorg

Er zijn allerlei belemmeringen waardoor de vraag en het aanbod van informele zorg niet op elkaar aansluiten. Linders (2010) heeft een onderzoek gedaan in een volksbuurt in Eindhoven, naar wat mensen beweegt om wel of geen informele zorg te geven. Dit onderzoek maakt zichtbaar dat er hulpbereidheid is in de buurt, maar dat dit niet altijd omgezet wordt in daadwerkelijke hulp. Burgers nemen een afwachtende houding aan, omdat men zich niet ongevraagd met anderen wil bemoeien. Er bestaat een mentale drempel die Linders (2010) *handelingsverlegenheid* noemt. De houding dat men

sociale afstand dient te bewaren tegenover buren heeft te maken met *feeling rules*. Dit concept is ontwikkeld door Arlie Hochschild (1979) en laat zien hoe onze emoties beheerst worden door 'sociale regels' (zie paragraaf 4.4).

Er bestaat ook *vraagverlegenheid*, omdat mensen het vaak moeilijk vinden om hulp te vragen aan hun buren en zich kwetsbaar op te stellen. Ook hier ligt volgens Linders (2010) de *feeling rule* aan ten grondslag dat men sociale afstand dient te bewaren. Daarnaast speelt het streven naar autonomie en onafhankelijkheid een rol. Wie om hulp vraagt, stelt zich afhankelijk en kwetsbaar op. Bovendien leidt het vragen om hulp tot het gevoel weer iets terug te moeten doen, waartoe mensen niet altijd in staat zijn. Deze *compensatiedrang* is bij ontvangers van hulp vaak sterker dan de behoefte van hulpgevers aan een wederdienst (Linders, 2010). De combinatie van *handelingsverlegenheid* en *vraagverlegenheid* belemmert het ontstaan van informele zorg. De terughoudendheid om hulp te vragen of aan te bieden, strekt zich verder uit dan alleen de buurt, maar is volgens Linders (2010) ook terug te zien in persoonlijke relaties.

Daarnaast blijkt uit het onderzoek dat mensen vaak anderen helpen die verwante psychische of fysieke en sociale problemen hebben. Het zijn niet de sterkste schouders die de lasten dragen, maar vooral de kwetsbare burgers die elkaar helpen. Het positieve hieraan is dat mensen hun krachten aanspreken. Een risico is de overbelasting van deze informele hulpverleners, zeker als zij zelf geen hulpvraag (willen) stellen (Linders, 2007).

4.4 Emoties en informele zorg

De kans dat iemand overbelast raakt, hangt niet alleen af van de zorgtaken die iemand op zich neemt. Het hangt ook af van hoe iemand de zorgtaken beleeft en wat men van zichzelf, anderen en de verzorgingsstaat verwacht (Tonkens, Van den Broeke & Hoijsink, 2009). Zorgen gaat over je identiteit en die van anderen: over wie je zelf bent, wie je wilt zijn en wie je bent in vergelijking met anderen (Tonkens et al. 2009). Zorgen is een '*complexe morele, emotionele en sociale aangelegenheid*' (Tonkens et al. 2009).

Om te onderzoeken hoe zorg tussen mensen onderling gegeven wordt, is het belangrijk om ook de emoties en gevoelens van de hulpvragers en hulpgevers te begrijpen. Door middel van de concepten *framing-* en *feeling rules* van Hochschild (1979) kan de morele, emotionele en sociale betekenis van informele zorg zichtbaar gemaakt worden. Deze concepten maken duidelijk hoe onze emoties gestuurd worden door 'sociale regels'.

De betekenis van informele zorg hangt af van het eigen referentiekader, ofwel de *framing rules*: die bepalen welke emotionele betekenis iemand aan een bepaalde situatie geeft. Deze regels gaan over wat we vinden dat we mogen verlangen en eisen en hoe we onze situatie beleven (Tonkens et al., 2009). Hochschild (1979) onderscheidt drie soorten *framing rules*: morele (normen en waarden),

historische (individuele of collectieve geschiedenis) en pragmatische (wat al beschikbaar is). Een voorbeeld van een morele *framing rule* is: 'Het is taak van de overheid om in zorg te voorzien en niet die van mantelzorgers of vrijwilligers.' Een voorbeeld van een historische *framing rule* is: 'Mijn moeder had het vroeger veel zwaarder, daarom neem ik de zorg op me.' En een pragmatische *framing rule*: 'We hebben geluk dat er zorg beschikbaar is, omdat er zulke lange wachttijden zijn.' Deze voorbeelden maken duidelijk dat de *framing rules* afhankelijk zijn van de sociale en culturele achtergrond van mensen. Ze worden ook beïnvloed door de hoeveelheid zorg die de overheid beschikbaar stelt en wie voor deze zorg verantwoordelijk is.

De *framing rules* bepalen de *feeling rules*: normen over wat we mogen of moeten voelen. Hochschild (1979) beschrijft *feeling rules* als volgt: 'The social guidelines how we want to try to feel may be describable as a set of socially shared, albeit often latent (not thought about unless probed at), rules.' Deze regels bepalen waarover we van onszelf boos mogen worden, waarover we teleurgesteld mogen zijn, en waarover we schuld, schaamte, trots en andere moreel geladen gevoelens mogen ervaren (Tonkens et al., 2009). *Feeling rules* laten ook patronen van sociaal lidmaatschap zien. Sommige *feeling rules* behoren tot een sociale groep, andere zijn bijna universeel, zoals 'je mag niet doden'. Soms hanteren mensen verschillende *framing* en *feeling rules* zonder dat ze dit van elkaar weten. Dit worden 'misgivings' genoemd door Hochschild (2003) en kan er toe leiden dat mensen geen informele zorg geven of vragen.

De concepten *framing* en *feeling rules* laten zien dat het geven van zorg geen zakelijke relatie is. Volgens Hochschild (1979) is informele zorg dan ook in hoge mate een gift, in plaats van een ruil. Het is eerder een gift, omdat het gepaard gaat met allerlei soorten emoties, zoals schaamte als je het niet zou doen, plichtsgevoel, loyaliteit, affiniteit en liefde.

Omdat het moeilijk is een onderscheid tussen *framing* en *feeling rules* aan te brengen, wordt er in de analyse van de data geen verschil gemaakt tussen beide begrippen. Bovendien zijn deze concepten niet los van elkaar te zien. Omwille van de leesbaarheid van de tekst wordt enkel het concept *feeling rule* gebruikt.

4.5 Informele zorg in de praktijk

Er zijn verschillende projecten die de vraag en het aanbod van informele zorg bij elkaar proberen te brengen. Deze paragraaf bespreekt een aantal projecten die geëvalueerd zijn. Er is geen gebruik van interventies die werken met maatschappelijke steunsystemen, omdat deze interventies nog maar weinig geëvalueerd zijn (Van Bergen, Van Erp, Van Leur & Van Rooijen, 2010). De gekozen voorbeelden zijn bruikbaar om een *good practice* uit af te leiden. In de conclusie (paragraaf 4.6) komen de bevindingen uit de evaluaties van deze projecten terug.

4.5.1 Ha Buurman, Ha Buurvrouw

De vorige paragrafen laten zien dat er een aanbod aan informele hulp is, waar geen gebruik van wordt gemaakt. Mensen weten vaak niet, wanneer ze aanspraak op elkaar kunnen doen. Onder de projectnaam 'Ha Buurman, Ha Buurvrouw' zijn in Zwolle drie pilots onderzocht op hun effect op informele zorg tussen burens (Jager-Vreugdenhil, 2009). Voor de eerste pilot is gekozen voor de methodiek van huiskamergesprekken. De huiskamergesprekken werden gehouden per straat of deel ervan, volgens de projectorganisatie 'op het niveau waarop mensen minimaal elkaars gezicht kennen' (Jager-Vreugdenhil, 2009). In de tweede pilot werd een ontmoetingspunt ingesteld. Naast ontmoetingspunt had deze plek ook een functie als loket voor het stellen van vragen over informele zorg of het aandragen van ideeën. In de derde pilot is gekozen voor een activerende enquête.

In elk van de drie pilots werd zichtbaar dat het aanbod aan informele zorg groter is dan de vraag. De activerende enquête leverde inzicht in de bestaande vormen van hulp. Bewoners raakten door de enquête met elkaar in gesprek over de onderlinge verwachtingen. Wat men elkaar wel en niet kan vragen, heeft veel te maken met geldende informele regels tussen burens (Jager-Vreugdenhil, 2009). Mensen zijn onbewust sterk bezig met deze informele regels als ze overwegen de burens om hulp te vragen. Deze regels worden vooral door hulpvragers gehandhaafd, zij zijn volgens Jager-Vreugdenhil (2009) het strengste in het stellen van grenzen. De huiskamergesprekken leverden vooral op microniveau (in de straten) informatie op. De uitwisseling van onderlinge verwachtingen en het bewust worden van informele regels vond het meest direct plaats tijdens deze gesprekken. Burens weten door de huiskamergesprekken wanneer ze een beroep kunnen doen op elkaar, wat vanzelfsprekend is voor alle burens en onder welke voorwaarden men bereid is tot meer dan vanzelfsprekende hulp (Jager-Vreugdenhil, 2009). Dit vormde volgens Jager-Vreugdenhil (2009) een belangrijke bouwsteen voor informele zorg. Het buurtpunt heeft maar een beperkt beeld opgeleverd van de onderlinge zorg en hulp in de wijk. Een pilot op wijkniveau was te grootschalig, zeker met het beperkte aantal inwoners dat deelnam.

Uit deze evaluatie kunnen we concluderen, dat het doen van een schriftelijke oproep en afwachten wie er naar het buurtpunt komt, niet werkt. Professionals moeten outreachend werken: mensen aanspreken, tijd investeren en aanwezig zijn in de buurt (Jager-Vreugdenhil, 2009). Daarnaast moet er aandacht zijn voor het stimuleren van de hulpvragers en niet enkel de aanbieders van hulp. Tevens laat de evaluatie zien dat vooral de huiskamergesprekken de drempel voor hulpvragers kunnen verlagen door het expliciet maken van de (veronderstelde) informele regels.

4.5.2 Tijd Voor Elkaar

Het project TijdVoorElkaar in Utrecht Zuid wil de uitwisseling van diensten tussen wijkbewoners stimuleren. Het project bestaat uit een website waar vraag en aanbod bij elkaar komen en een

beloningssysteem in de vorm van 'roosjes' (een soort bankbiljetten). Een sociaal makelaar faciliteert en stimuleert de uitwisseling van diensten tussen wijkbewoners. Het TijdVoorElkaar project kent een drietal doelstellingen: het vergroten van de sociale samenhang, het verstevigen van het lokale vrijwilligerswerk en de participatie en integratie van kwetsbare mensen (Huygen & De Meere, 2007). Uit de evaluatie blijkt dat de actieve bemiddeling door de sociale makelaar een belangrijke rol speelt in het stimuleren van bewoners om te participeren in het project. De website bleek vooral ondersteunend voor de sociaal makelaar te zijn en minder aantrekkelijk voor de buurtbewoners. De 'roosjes' zijn voor de bewoners het minst aansprekende deel van het project, wat ermee te maken kan hebben dat het geven van zorg niet als ruilactie gezien wordt. Hoewel bewoners en lokale organisaties over het algemeen positief reageerden op het project, blijkt er een afstand te zitten tussen het positief reageren en een daadwerkelijke deelname (Huygen & De Meere, 2007). Uit eigen initiatief zetten buurtbewoners niet snel een advertentie op de website. De persoonlijke contacten met de sociaal makelaar zijn belangrijk voor het stimuleren van bewoners om mee te doen. De doelstelling: het vergroten van sociale samenhang, boekte volgens het evaluatierapport, de beste resultaten. De doelstelling om het lokale vrijwilligerswerk te verstevigen, is het minst geslaagd.

4.5.3 De Burenhulpcentrale

De Burenhulpcentrale is een methodiek die ICT inzet om een match van vraag en aanbod van informele diensten tot stand te brengen (Peters & Meeuwsen, 2008). Het gaat om vrijwilligers die zich niet willen binden, maar wel incidenteel klaar willen staan voor anderen. De vrijwilliger wordt via zijn mobile nummer gebeld met een vraag en geeft dan aan of hij beschikbaar is. Als dat zo is, wordt er meteen doorverbonden met de hulpvrager, anders zoekt het systeem een volgende vrijwilliger, net zolang totdat een match tot stand is gekomen. Er is een evaluatie uitgevoerd van de Burenhulpcentrale op 6 pilotlocaties.

Uit de evaluatie blijkt dat het aantal matches achterblijft bij de verwachting. Eén van de oorzaken hiervan is dat weinig deelnemers zich als hulpvragers beschouwen (Peters & Meeuwsen, 2008). Daarnaast komt naar voren dat mogelijke hulpvragers een drempel ervaren door de anonimiteit van het systeem. Mensen halen een vreemde vrijwilliger in huis, wat onvoldoende vertrouwen schept voor de kwetsbare groep waar de Burenhulpcentrale voor bedoeld is (Peters & Meeuwsen, 2008).

4.5.4 Eigen Kracht Conferenties

Voor burgers die met een uithuiszetting worden bedreigd, vaak kampen met multiproblematiek en geen vertrouwen meer hebben in de hulpverlening, is geëxperimenteerd met de Eigen Kracht Conferentie (EKC) in het project 'Eigen Kracht bij Eropaf!' (Sedney, Hauwert & Stam, 2008). Het basisprincipe van deze interventie is dat een deel van het sociale netwerk (familie, vrienden en burens)

praktische en sociaal-emotionele ondersteuning biedt. De netwerkleden worden bij elkaar gebracht en bedenken een plan voor hulp en ondersteuning. Zij zijn eigenaar van het plan en samen verantwoordelijk voor de uitvoering (Sedney et al., 2008). De professional heeft enkel de rol van coördinator om de praktische zaken te regelen. Het doel van de Eigen Kracht Conferentie is cliënten minder afhankelijk maken van professionele zorg.

Al eerder werd er geëxperimenteerd met Eigen Kracht Conferenties. Volgens Ravelli (2005) worden er sinds 2001 in Nederland Eigen Kracht Conferenties georganiseerd en tonen evaluaties aan dat EKC werkt. Leden van het informele netwerk zijn bereid te komen indien zij expliciet worden uitgenodigd (Ravelli, 2005). Gemiddeld zijn er 15,8 personen op een conferentie. Deze leden maken een plan dat bestaat uit gemiddeld 17,8 afspraken, waarvan tachtig procent door henzelf wordt uitgevoerd (Ravelli, 2005).

De grootte van het netwerk van de Eigen Kracht Conferenties in het project 'Eropaf!' was met 7,3 personen kleiner (Sedney et al., 2008). Een concreet zichtbaar resultaat van het project is het wegnemen van de misvatting dat deze kwetsbare mensen geen sociaal netwerk meer hebben, omdat ze een geïsoleerd bestaan leiden (Sedney et al., 2008). Uit de evaluatie blijkt namelijk dat zij wel een netwerk hebben, al is dit netwerk vaak klein. Een ander positief punt van de interventie is dat het netwerk weet wat er aan de hand is en zij met elkaar kunnen overleggen. Verder laat de evaluatie zien dat cliënten vaak vermijdingsgedrag vertonen door schaamte. Het is daarom van belang dat de coördinator van EKC vertrouwen wint zodat de cliënt niet afhaakt.

4.6 Conclusie

Uit de literatuurstudie blijkt dat zorg door de gemeenschap niet enkel moet worden gezien als het overhevelen van institutionele zorg naar de samenleving of het decentraliseren van zorg. Het moet ook betekenen dat informele netwerken met burens, familie en vrienden ontwikkeld worden. De vraag is of deze informele zorg beschikbaar is en gemobiliseerd kan worden.

De cijfers van het Sociaal Cultureel Planbureau laten een reserve in het aanbod van informele zorg zien. Een opmerking die het SCP daarbij maakt, is dat de rekenmodellen geen rekening houden met hulpbehoevenden die geen informele zorg ontvangen, maar dit wel willen. Daarnaast kunnen ouderen die hulp geven zelf ook gezondheidsproblemen ervaren. Het is nog de vraag hoeveel van de beschikbare informele zorg daadwerkelijk omgezet kan worden in hulp. Het lijkt erop dat er geen grote dalingen in informele zorg zullen ontstaan de komende jaren. Er ontstaan echter wel risico's op overbelasting van zorggevers doordat het zorgpotentieel vooral uit ouderen bestaat. Bovendien wordt zorg vooral tussen kwetsbare burgers onderling gegeven, blijkt uit een onderzoek van Linders (2010) naar informele zorg in een volksbuurt.

Daarnaast blijkt uit de literatuur dat *handelings-* en *vraagverlegenheid* belemmeringen zijn voor het ontstaan van informele zorg. Professionals moeten de *handelingsverlegenheid* van burgers om informele zorg te verlenen - herkennen. Bovendien moeten ze ook de *vraagverlegenheid* herkennen van burgers die het moeilijk vinden om zorg te vragen of te accepteren. Er moet ondersteuning zijn om mensen de mogelijkheid te geven hun behoeften aan zorg tot uitdrukking te brengen. Deze ondersteuning kan op verschillende manieren vormgegeven worden. Professionals moeten hierbij ook oog hebben voor de sociale regels die mensen hanteren in het vragen en aanbieden van hulp.

4.6.1 Good practice

Uit de besproken projecten blijkt dat een outreachende benadering van professionals belangrijk is om de vraag en het aanbod bij elkaar te brengen. In het TijdVoorElkaar project was er geen belangstelling voor een ruilmiddel. Het feit dat er weinig belangstelling was voor de 'roosjes' kan er mee te maken hebben dat hulp geven niet gezien wordt als een ruilactie, maar eerder als een gift. Uit de huiskamergesprekken blijkt dat informele zorg gestimuleerd kan worden door het zichtbaar maken van informele regels over burenhulp. De concepten *framing* en *feeling rules* van Hochschild (1979) onderschrijven dit en laten zien dat er sociale regels zijn die het geven en aanvaarden van informele zorg beïnvloeden. De evaluatie van de Burenhulpcentrale maakt duidelijk dat vooral vraagverlegenheid een belangrijk struikelblok is. Daarnaast ervaren mensen een drempel door de anonimiteit van het project en het in huis halen van een vreemde vrijwilliger. Door de ontwikkeling van Eigen Kracht Conferenties wordt de zorg voor kwetsbare mensen verdeeld onder de netwerkleden. Uit de evaluatie van EKC blijkt dat zelfs de meest kwetsbare en geïsoleerde burgers nog een (klein) netwerk bezitten. De kunst is om dit netwerk te mobiliseren.

5 Het project: de Kruidenbuurt en Maatschappelijke Steunsystemen

Het onderzoek is afgebakend tot een specifieke onderzoekslocatie, de Kruidenbuurt in Eindhoven. In deze buurt volgt de WMO-werkplaats Noord Brabant het project 'Maatschappelijke Steunsystemen'. De Kruidenbuurt is een vernieuwingswijk die volop in ontwikkeling is. Het is daarom van belang om in te gaan op de context waarbinnen dit onderzoek is uitgevoerd. Om een beeld te krijgen van deze specifieke buurt worden de ontwikkelingen in de wijk in de eerste paragraaf beschreven. Daarna gaan we nader in op het project 'Maatschappelijke Steunsystemen' en de methoden die ingezet worden om kwetsbare burgers te bereiken.

5.1 De Kruidenbuurt

De Kruidenbuurt is een vooroorlogse wijk in het Eindhovense stadsdeel Stratum. Het noordelijke deel van de wijk werd in 1933 opgezet als stedelijke tuinwijk met woningen voor arbeiders en veel groen (Kenniscentrum Stedelijke Vernieuwing [KEI], 2010). In dit deel staan voornamelijk goedkope eengezinswoningen waarin gezinnen en tweepersoonshuishoudens huisvesten. Het zuidelijk deel bestaat uit een combinatie van huur- en koopwoningen.

In de jaren '90 is onderzoek gedaan naar de stedenbouwkundige kwaliteit van de wijk en de woontevredenheid van de bewoners (KEI, 2010). Hieruit bleek dat de staat van de woningen en de leefbaarheid van de wijk in de loop der jaren sterk achteruit zijn gegaan (KEI, 2010). Het eens zo groene karakter van de buurt is grotendeels verloren gegaan, door onder andere de vraag om meer parkeerplaatsen (KEI, 2010). Dit is de aanleiding geweest voor vernieuwingsplannen in de Kruidenbuurt.

Deze vernieuwingsplannen zijn onderdeel van de Eindhovense wijkvernieuwingsaanpak. Wijkvernieuwing betekent het verbeteren van de wijk (woningen en de woonomgeving) en het vergroten van kansen van bewoners (gemeente Eindhoven, 2010). De bewoners zijn tijdens het herstructureringsproces betrokken via werkgroepen van de Stichting Buurtbeheer Kruidenbuurt (SBK). Daarnaast richten allerlei projecten zich op de emancipatie van buurtbewoners. De Eindhovense woningbouwcoöperatie Trudo wil bewoners een kans geven die ambities hebben om te stijgen op de sociale en maatschappelijke ladder (KEI, 2010). Trudo werkt samen met de GGzE (vanuit MSS) en de gemeente Eindhoven in het project 'Achter de Voordeur in de Kruidenbuurt'. In dit project worden huisbezoeken ingezet om na te gaan of er sprake is van (verborgen) problematiek of onvervulde ambities bij bewoners die terugkeren in de Kruidenbuurt na de renovatie (Collignon & van Summeren, 2010). Op 7 januari 2010 is in de Kruidenbuurt een buurtcontract getekend waarin

verschillende organisaties die actief zijn in de wijk afspreken wat zij het komende jaar gaan doen. Daarin staat onder andere het stimuleren van deelname en betrokkenheid van bewoners en het verbeteren van samenwerking van partners in de wijk (Buurtcontract, 2010).

Uit de resultaten van de 'Buurtthermometer 2008' van de gemeente Eindhoven blijkt dat de Kruidenbuurt een wijk is met een hoge verhuisdynamiek.³ Dit wordt beschouwd als een indicator voor sociale samenhang. Hoe hoger de verhuisbeweging, hoe kleiner de kans om tot sociale cohesie te komen. Vergeleken met andere buurten in Eindhoven heeft de Kruidenbuurt een groot percentage buurtbewoners die de eigen gezondheid als niet goed beoordeelt. Daarnaast is de Kruidenbuurt een wijk met een lage sociaal economische status en veel beleidssignalen.

5.2 Maatschappelijke steunsystemen

De GGzE heeft al eerder een soortgelijke aanpak ingezet in het stadsdeel Woensel-West, Bladel en Geldrop, met als doelstelling: het creëren en versterken van wijkgerichte steunsystemen zodat kwetsbare mensen zich thuis voelen in hun woonomgeving en naar vermogen gebruik kunnen maken van voorzieningen (Scholtens, 2007). MSS zet de methode van kwartiermaken van Doortje Kal (2001) en de presentiebenadering van Andries Baart (2003) in (zie paragraaf 5.3 en 5.4). De kwartiermaker is een hulpverlener met kennis van psychiatrische problematiek, die ervaring heeft met de doelgroep en activiteiten op maatschappelijk vlak (Sok, 2009). De werkzaamheden van de kwartiermaker zijn: contact maken met de doelgroep en contact maken met medewerkers van andere maatschappelijke organisaties (Sok, 2009). Zij worden bijgestaan door ervaringsdeskundig begeleiders die zelf weten hoe het is om cliënt te zijn en te werken aan herstelmomenten. Zij zetten het eigen ervaringsverhaal in om de herstelprocessen van anderen te ondersteunen. Zo onderscheiden de ervaringsdeskundig begeleiders zich van reguliere hulpverleners.

De doelgroep van MSS zijn mensen die kwetsbaar zijn vanwege hun psychische en psychosociale problemen, sociaal isolement, eenzaamheid, sociale uitsluiting, fysieke problemen, armoede en verslaving. Deze kwetsbare burgers hebben vaak maar een klein sociaal netwerk, dat snel overbelast raakt. MSS werkt aan dit netwerk zodat cliënten zich naar eigen tevredenheid kunnen redden in de wijk en mee kunnen doen in de samenleving. Het vertrekpunt bij het werken aan dit ondersteunend netwerk, is altijd de leefwereld van de cliënt.

Het aanbod van 'Maatschappelijke Steunsystemen' bestaat globaal uit vier activiteiten die ingezet kunnen worden om dit netwerk te vergroten. Er wordt ten eerste via huisbezoeken contact gemaakt met cliënten, waarbij het gaat om de aanwezigheid (er gewoon zijn voor de ander) en het organiseren

³ Dit wordt gemeten als 'verhuiscoëfficiënt'. Het betreft het aantal verhuizers per jaar, gedeeld door het aantal inwoners per aanvangsjaar.

van praktische ondersteuning. Als er zaken zijn die de cliënt aandraagt, worden die meteen opgepakt. Daarnaast worden cliënten bijeengebracht in een bouwgroep waarin ze steun vinden bij elkaar. Ook creëren de kwartiermaker en ervaringsdeskundigen participatiemogelijkheden, waaronder een eigen veilige ontmoetingsplek⁴ voor de doelgroep. Tevens leggen zij contacten met organisaties in de buurt die een bijdrage kunnen leveren aan maatschappelijke steunsystemen.

5.3. De methoden: kwartiermaken en de presentietheorie

Eén van de methodieken die ingezet wordt in MSS is kwartiermaken. Volgens Doortje Kal (2001) biedt de samenleving mensen met een psychiatrische achtergrond niet veel kansen op maatschappelijke participatie en sociale integratie. De doel van kwartiermaken is sociale uitsluiting tegengaan en mogelijkheden creëren voor mensen die 'anders zijn'. Kal (2001) definieert kwartiermaken als volgt: *'Kwartiermaken is het bevorderen van een maatschappelijk klimaat waarin (meer) mogelijkheden ontstaan voor mensen met psychiatrische achtergrond en voor vele anderen die met dezelfde mechanismen van uitsluiting kampen.'* Kort gezegd werken kwartiermakers aan de gastvrijheid in de samenleving. Zij vergroten het draagvlak in betrokken organisaties en samenlevingsverbanden in de buurt en wijk.

Ook de presentietheorie speelt een belangrijke rol in het werk van de ervaringsdeskundig begeleiders en de kwartiermaker. De presentietheorie van Andries Baart (2003) is een hulpverleningstheorie die ontstaan is vanuit het pastoraal maatschappelijk werk in kansarme buurten in Nederland (Heyndrickx, Barbier, Driesen, Van Ongevalle & Vansevenant, 2005). Deze theorie is ontwikkeld voor mensen die geïsoleerd en eenzaam zijn, waar anderen niet naar omkijken. Karakteristiek voor de presentiebenadering is 'er zijn voor de ander'. De presentiebeoefenaar gaat de buurt in en is goed bereikbaar. De manier van werken is afgestemd op het leefritme van anderen: soms traag, maar soms ook snel en urgent (Baart, 2003). De contacten die presentiebeoefenaars opbouwen zijn vaak langdurig. Daarnaast moet de presentiebeoefenaar breed inzetbaar zijn, omdat de complexe problemen waarmee hij te maken krijgt vaak meerdere terreinen overschrijden. In de presentiebenadering wordt er aangesloten bij de leefwereld en levensloop van de betrokkenen. Het probleem staat niet voorop, maar met elkaar optrekken en daardoor ernstige zaken kunnen bespreken (Baart, 2003). De omgang is meestal informeel en hartelijk en ook openheid is belangrijk. De doelen liggen vooraf niet vast en de sturing van het werk is reflexief, zonder vaste patronen.

Deze benadering is terug te zien in het project MSS. De kwartiermaker en ervaringsdeskundigen benaderen de kwetsbare burgers open en zonder oordeel. Er wordt gevraagd 'wat kan ik voor u doen?' en geluisterd naar verhalen van mensen. Daarnaast wordt er een groot belang gehecht aan 'aanwezig zijn' wat de kern is van de presentiebenadering.

⁴ Deze ontmoetingsplek wordt ook wel de 'huiskamer' genoemd.

6 De opzet en aanpak van het empirisch onderzoek

In dit hoofdstuk volgt een toelichting op de uitvoering van het onderzoek. Allereerst wordt de onderzoeksmethode beschreven en waarom daarvoor gekozen is. Daarna volgt een omschrijving van de steekproef en de procedure van dataverzameling, waarna paragraaf 6.3 de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek beschrijft. De laatste paragraaf zet uiteen hoe de data-analyse vormgegeven is. Op deze manier wordt er aan de lezer inzicht in het verloop van het onderzoek verschaft.

6.1 De keuze voor kwalitatief onderzoek

De centrale vraag van dit onderzoek is: ‘Wat zijn de mogelijkheden van sociale professionals in de Kruidenbuurt om maatschappelijke steunsystemen uit te breiden naar informele zorg, zodat kwetsbare burgers volwaardig kunnen deelnemen aan de samenleving?’ Deze vraag is tot stand gekomen na een literatuurstudie, waarin duidelijk werd dat we voor de uitdaging staan om met beperkte professionele zorg, meer informele zorg mogelijk te maken.

Om een antwoord te krijgen op deze vraag is de huidige praktijk van MSS in de Kruidenbuurt onderzocht. Daartoe zijn interviews gehouden met bij het project betrokken professionals en cliënten van MSS (zie voor de respondenten bijlage 1). Daarnaast is er in de analyse gebruik gemaakt van documenten en observaties tijdens vier bijeenkomsten over ‘Maatschappelijke Steunsystemen’.⁵ Er is gekozen voor kwalitatief onderzoek, omdat het geven en ontvangen van informele zorg te maken heeft met complexe emoties en motieven. Daarnaast is er nog weinig kennis beschikbaar over het stimuleren van informele zorg door sociale professionals. Bovendien doet kwantitatief onderzoek geen recht aan de verschillende antwoorden van de respondenten uit het werkveld, die allen met een andere blik naar de problematiek kijken. In dit onderzoek wordt getracht de meningen, ervaringen en opvattingen van professionals en cliënten van MSS te achterhalen. Hierbij sluit een open onderzoeksprocedure aan. Door te werken met semigestructureerde interviews kregen de respondenten de kans om aan te geven waar zij mogelijkheden en belemmeringen zien in het stimuleren van informele zorg. Tevens werden door de topics (zie bijlage 2) een aantal belangrijke en uit de literatuur afgeleide onderwerpen behandeld, zoals *handelings-* en *vraagverlegenheid*.

⁵ - Bijeenkomst van de WMO-werkplaats Noord-Brabant
- Overleg met partners van ‘Achter de Voordeur in de Kruidenbuurt’
- Startbijeenkomst WMO werkplaats Stratum (stadsdeel)
- Werkconferentie Maatschappelijke Steunsystemen

6.2 Selectie van de respondenten

Om zoveel mogelijk verschillende meningen en ervaringen aan bod te laten komen, is er gestreefd naar 15 respondenten met een maximum van 20, gezien de beperkte tijd en middelen. Uiteindelijk zijn er 17 respondenten geïnterviewd voordat er saturatie was bereikt en geen nieuwe zaken die belangrijk zijn meer naar boven kwamen (Boeije, 2005). De steekproef is opgesplitst in bij het project betrokken professionals en cliënten van MSS. Er zijn 14 professionals geïnterviewd. Zij zijn benaderd via de email en bij geen reactie nagebeld. Deze selectie is gemaakt aan de hand van sleutelfiguren die al bekend waren bij de WMO-werkplaats en door sneeuwbal sampling. Er is gekozen om niet alleen de professionals van MSS te betrekken (de kwartiermaker en ervaringsdeskundig begeleiders), maar het bredere professionele netwerk in de Kruidenbuurt, omdat 'Maatschappelijke Steunsystemen' streeft naar een gecoördineerd netwerk van verschillende organisaties en voorzieningen in de buurt.

Daarnaast zijn er 3 cliënten geïnterviewd die participeren in de bouwgroep van MSS. Zij zijn persoonlijk uitgenodigd tijdens een bijeenkomst van deze bouwgroep. Deze steekproef is kleiner, omdat deze doelgroep lastig te bereiken is. Daarnaast is er eerder onderzoek van Linders (2010) naar informele zorg in een volksbuurt al veel bekend over het vragen en aanbieden van steun tussen mensen onderling. Tevens is de doelstelling van dit onderzoek vooral het onderbelichte professionele netwerk te bevragen.

6.3 Betrouwbaarheid en validiteit

Om de betrouwbaarheid en kwaliteit te bewaken zijn de methoden, technieken en werkwijzen omschreven. Zo kan de lezer zelf nagaan of het onderzoek goed is uitgevoerd en wordt er aan openheid en controleerbaarheid voldaan (Boeije, 2005). Daarnaast is er gebruik gemaakt van een opnamerecorder om fouten in het uitschrijven van de interviews te voorkomen. In de citaten zijn een aantal aanpassingen gedaan ten behoeve van de leesbaarheid. Er is systematisch gecodeerd via het programma Maxqda om de validiteit van de interpretaties te vergroten. Na afloop van de interviews is aan de respondenten gevraagd wat zij van het interview vonden en of ze nog zaken misten die niet aan de orde zijn gekomen. Op deze manier is er ook gereflecteerd op rol van de onderzoeker. Bovendien zijn de resultaten aan de professionals voorgelegd. De respondenten kregen op deze manier de kans om uitspraken aan te vullen en te verbeteren op verkeerde interpretaties. Er zijn drie reacties teruggekomen waarin de respondenten bevestigen dat het verhaal herkenbaar is. De resultaten zijn niet naar de cliënten van MSS gestuurd, omdat uit gesprekken bleek dat twee van de drie respondenten moeite hebben met (begrijpend) lezen.

6.4 Data-analyse

In kwalitatief onderzoek vindt de data-analyse via een cyclisch proces plaats, waarbij dataverzameling en analyse elkaar afwisselen. Het voordeel hiervan is dat de onderzoeksvraag en de onderzoeksoptzet

tijdens het proces steeds beter op elkaar afgestemd kunnen worden. Na 5 en na 10 interviews zijn de data geanalyseerd, waarbij er een aantal nieuwe vragen naar boven kwamen die belangrijk waren voor het onderzoek en meegenomen zijn in de volgende interviews.

Elk interview is uitgetypt, waarna alle interviews zijn herlezen en onderverdeeld. In het eerste onderdeel van de analyse zijn de gegevens uiteengegrafeld om de relevante aspecten eruit te halen. De ruwe data zijn ingedeeld in categorieën en er is gezocht naar samenhang en relaties, die te maken hebben met de probleemstelling (Boeije, 2005). Telkens als er nieuwe gegevens binnenkwamen, zijn de begrippen en de theorie aangepast. Het geheel is geïntegreerd en er is gezocht naar centrale thema's die terug kwamen uit de theorie. De begrippen uit de literatuurstudie zijn gebruikt als *sensitizing concepts*, gevoeligmakende begrippen uit de theorie, die fungeren als zoeklicht of handvatten om grip te krijgen op de data (Boeije, 2005). Dit zijn begrippen als *handelings-* en *vraagverlegenheid* en *framing* en *feeling rules*. Er is gebruik gemaakt van in vivo codes die aansluiten bij het taalgebruik van de respondent en constructed codes die zijn afgeleid uit de literatuur. In het begin hadden deze begrippen nog een ruime invulling, maar tijdens de analyse zijn de begrippen steeds concreter geformuleerd.

7 De resultaten

Dit hoofdstuk geeft de resultaten van het empirisch onderzoek weer. Het uitwerken en analyseren van 17 interviews, documenten en observaties, leverde interessante bevindingen op. Deze bevindingen worden in 3 delen gepresenteerd. De eerste paragraaf beschrijft de kenmerken van het netwerk van cliënten van ‘Maatschappelijke Steunsystemen’. In de tweede paragraaf staan de kansen om informele zorg te stimuleren centraal. Ten slotte komen de belemmeringen voor het vormen van informele zorg aan bod in paragraaf 3. Deze resultaten zijn echter niet los van elkaar te zien, waardoor er ook overlap bestaat tussen de verschillende onderdelen.

7.1 Het sociaal netwerk van kwetsbare burgers

Er zijn allerlei omgevingskenmerken en persoonsgebonden kenmerken die invloed hebben op de mogelijkheden van professionals om het netwerk van cliënten te betrekken bij zorg en steun. Dit zijn persoonlijkheids- of gedragskenmerken, het niveau van sociale vaardigheden, verslaving, de lichamelijke conditie, woonsituatie en gebeurtenissen uit het verleden met vrienden, burens en familie. Hoewel het netwerk meestal klein is, zijn er vaak nog één of twee personen in de omgeving te vinden die betrokken zijn.

‘Soms zeggen ze: “We hebben niemand”, maar dan blijkt dat er in noodgevallen toch nog wel één mens is die ze kunnen bellen, een broer, een zus, een vriend of een verre neef. (R1: ervaringsdeskundige)⁶

Een ervaringsdeskundig begeleider beschrijft dat het voor cliënten heel prettig is om te beseffen dat ze er toch niet helemaal alleen voor staan. Ook geeft zij met een voorbeeld aan dat er vaak nog wel iemand aanwezig is in de omgeving die steun of hulp geeft.

‘Dan kom je wel tot de ontdekking dat er toch mensen in hun omgeving zijn. En dat ze niet helemaal totaal eenzaam zijn. En dat geeft dan voor hun toch ook wel weer een fijn gevoel, van ja er zijn toch mensen om hun heen.’ (R3: ervaringsdeskundige)

‘Een andere cliënte van mij die heeft zoveel stemmingswisselingen, dat ze ruzie heeft gemaakt met de familie en daar helemaal geen contact meer mee heeft, maar nog wel een oude vriend die haar hond nog wel uit komt laten.’ (R3: ervaringsdeskundige)

⁶ De respondenten hebben een codering gekregen die bestaat uit een nummer en functietitel. De functietitel wordt genoemd, omdat het relevant is om de citaten in perspectief te kunnen plaatsen. In bijlage 1 worden deze functietitels verder toegelicht. De opmerkingen en vragen van de interviewer worden aangegeven met ‘I’.

7.1.1 Incompetent netwerk

Doorgaans bestaan de netwerken van cliënten van 'Maatschappelijke Steunsystemen' uit personen met vergelijkbare levenssituaties. Er is in zekere zin sprake van een netwerk op basis van het spreekwoordelijke 'soort zoekt soort'. Linders (2010) trof een soortgelijk fenomeen aan in een onderzoek naar informele zorg tussen buurtbewoners. Uit dit onderzoek blijkt dat de gevers en ontvangers van informele zorg vaak een gedeelde beperking hebben, wat Linders (2010) ook wel 'de lamme helpt de blinde' noemt. Twee ervaringsdeskundigen uit MSS beschrijven het netwerk van cliënten met vergelijkbare levenssituaties als volgt:

'Ik heb cliënten die zitten met z'n allen in één wijk, dus dat zegt al genoeg. Die houden elkaar in stand. Dat is ook het netwerk hè. Maar dat is niet een heel goed netwerk, want het is niet voor niks, dat ik bij 3 van de 5 langskom.' (R1: ervaringsdeskundige)

'Mensen krijgen dus een netwerk om zich heen en aan dat netwerk kun je ook zien wat de problemen zijn. Een alcoholist gaat om met andere alcoholisten, om het maar heel simpel te stellen.' (R2: ervaringsdeskundige)

Een netwerk van personen in soortgelijke situaties kan negatief zijn, omdat zij vergelijkbare problemen hebben waar ze elkaar niet meer op wijzen of de problemen juist in stand houden. Daarnaast kunnen gelijkgezinden volgens de kwartiermaker vaak niet met vragen bij elkaar terecht over allerlei praktische zaken.

'Als jij heel veel rommel hebt, dan vindt de rest het niet meer erg als ze zelf ook die rotzooi hebben. Dan is er niemand die een keer zegt: "Dit is niet normaal maatschappelijk aanvaardbaar gedrag."' (R1: ervaringsdeskundige)

'Aan de ene kant heeft iedereen een netwerk nodig, maar ik vind het oude netwerk vaak het netwerk wat de problemen in stand houdt.' (R2: ervaringsdeskundige)

'Aan de andere kant is het een incompetent netwerk. Mensen die dus niet kunnen, waar de vraag om gaat. Dat kan zijn: formulieren invullen, dat kan zijn contact leggen met bedenk maar welke partijen er zijn: een uitkeringsinstantie, de ziektekostenverzekeraar, een andere hulpverlener die wel iets zou willen doen, maar niet in beeld komt omdat iemand de vraag niet stelt.' (R4: kwartiermaker)

Binnen theorieën van sociaal kapitaal kan gesteld worden dat de netwerken vooral uit *bonding sociaal kapitaal* bestaan. Het gaat bij sociaal kapitaal om de hulpbronnen waar men een beroep op kan doen binnen sociale netwerken (Poldermans, 2008). *Bonding sociaal kapitaal* zijn volgens Putnam (2000) de bronnen die gemobiliseerd kunnen worden binnen een homogene groep, een groep met vergelijkbare denkbeelden en levenssituaties (zoals beschreven in Field, 2003). *Bridging sociaal kapitaal* verwijst naar de relaties van mensen met heterogene groepen, die bestaan uit mensen met verschillende denkwijzen en levenssituaties. Bridging naar andere netwerken kan nieuwe inzichten, nieuwe informatie en steun van anderen opleveren. Mensen verschillen echter in de competentie tot het vernieuwen en onderhouden van sociale netwerken en daarom verschillen ze ook in de hoeveelheid sociaal kapitaal (Poldermans, 2008).

7.1.2 Afbrokkelen van het sociaal netwerk

Er zijn ook allerlei redenen waardoor het sociaal netwerk steeds kleiner wordt. Het netwerk kan afbrokkelen, omdat mensen zich vijandig hebben gedragen, ruzie hebben gemaakt met familie, maanden het huis niet meer uit zijn geweest of last hebben van stemmingswisselingen. Eén van de deelnemers van de bouwgroep beschrijft dat ze veel vrienden is verloren na een opname in een GGZ-instelling.

'Ik dacht heel veel vrienden te hebben, maar op het moment dat ik zo'n grote opname tegemoet ging, zoals in de Viersprong, wat bijna een jaar ging duren. Ja, dan kom je er wel achter wie je vrienden zijn. Op het moment dat je je er echt aan toegeeft, hoe jij het ervaart, ja dan zijn ze uiteindelijk toch niet echt thuis.' (R5: deelnemer bouwgroep)

Ook de kwartiermaker beschrijft een soortgelijk proces waarbij een opname kan leiden tot het verlies van het sociaal netwerk. Dit blijft echter niet alleen beperkt tot opnames, maar doet zich ook voor bij mensen die zich een periode vijandig hebben gedragen. Netwerken kunnen ook uitgeput raken als mensen langdurige in zorg zijn geweest en er volgens de kwartiermaker 'wéér een vraag komt'. Soms kan men bij het herstelproces verbroken relaties weer opbouwen door het vertrouwen van het netwerk terug te winnen.

'[...] Bijvoorbeeld door de problemen die ze hebben, zijn ze ook vrienden en een deel van hun netwerk kwijtgeraakt. Als je, ik noem maar wat, met een forse psychose bent opgenomen geweest in het ziekenhuis en je komt dan terug thuis.' (R4: kwartiermaker)

'[...] Dat zijn ook mensen die zelf in een periode zich vijandig gedragen hebben, of mensen die een bipolaire stoornis hebben en die manisch zijn. Die zijn zo veel innemend en opeisend dat daardoor ook een hele hoop kapot gaat.' (R4: kwartiermaker)

7.1.3 Familie

Door de vermaatschappelijking van de zorg groeit de aandacht voor de familie als bron voor hulp en ondersteuning. Het betrekken van familieleden bij de behandeling van mensen met psychiatrische problemen kan een positief effect hebben op de behandelresultaten. Bovendien kan de ervaringskennis van familieleden, de praktijkkennis van sociale professionals aanvullen. Dat betekent niet dat deze samenwerking altijd mogelijk of gewenst is. Uit de interviews blijkt dat veel cliënten van MSS geen contact meer hebben met familie, of dat dit contact beperkt is tot een aantal familieleden. Eén van de ervaringsdeskundigen zegt hierover:

'Ik geloof dat heel veel ook voortkomt uit mishandeling en misbruik in de jeugd en ik hoor van alle mensen die ik tegenkom, ze hebben allemaal geen gelukkige jeugd gehad en vaak zijn ze erg met hun familie in onmin geraakt.' (R2: ervaringsdeskundige)

Dit verleden kan voor deze ervaringsdeskundig begeleider een reden zijn om het contact met familieleden niet te stimuleren. Soms heeft verminderd contact met de familie ook te maken met gedragskenmerken van de cliënt.

'Een mevrouw die heeft een zoon en die woont in Amsterdam en zij mag haar zoon niet bellen. Want ze belt het liefste elke dag en dan 10 keer weet je wel.' (R3: ervaringsdeskundige)

7.1.4 Formele zorg

Vaak bestaat een deel van het netwerk van cliënten van MSS uit professionele zorg. Zij worden bijvoorbeeld door het casemanagement van de GGzE aangemeld of staan ergens anders onder behandeling. Daarnaast kan formele zorg ook bestaan uit o.a. WMO-consulenten, de thuiszorg, maatschappelijk werkers, verslavingszorg, psychologen en schuldhulpverlening.

'Maar het gros van de mensen die ik ondersteun, die hebben vaak wel al een heel verleden met de hulpverlening gehad en hebben daar geen vertrouwen meer in. En zien ook niet wat dat voor zin heeft, of misschien is het te confronterend hoor, want dat is ook vaak.' (R2: ervaringsdeskundige)

Er zijn ook cliënten die geen professionele ondersteuning meer willen, omdat ze volgens een ervaringsdeskundige 'afgeknapt' zijn op de hulpverlening. Daarnaast zijn er cliënten die vóór MSS in beeld kwam nooit contact met de hulpverlening hebben gehad. Bij deze groep is er meestal geen sprake van psychiatrische problematiek, maar van een sociaal isolement door verschillende gebeurtenissen in het verleden of door psychosociale beperkingen.

'Er zijn ook mensen die gewoon heel eenzaam in een hoekje zitten na een scheiding of na een verlies van iemand, ook niet meer in staat zijn, en van kwaad tot erger vervallen min of meer in hun eenzaamheid.'

(R1: ervaringsdeskundige)

Een medewerker van het project 'Achter de Voordeur in de Kruidenbuurt' beschrijft dat mensen niet altijd hun weg weten te vinden in het bestaande aanbod. In de praktijk blijkt dat publieke voorzieningen minder toegankelijk zijn voor mensen die een klein sociaal netwerk bezitten, minder mondig zijn en psychische of psychosociale problemen hebben.

'Er is vaak een netwerk van organisaties, waar mensen niet altijd hun weg in weten te vinden.' (R9: Achter de Voordeur)

Gelet op de bevindingen in deze paragraaf kunnen we concluderen dat het sociaal netwerk van cliënten uit MSS klein is. De contacten bestaan vaak uit mensen in soortgelijke levenssituaties. Ondanks dat in een omvangrijk netwerk meer potentiële steun aanwezig is, kan dit ook averechts werken, omdat netwerken de problemen in stand houden. Ook kunnen er verstoorde sociale contacten bestaan door gebeurtenissen uit het verleden met familie, vrienden of burens. Het is daarom belangrijk om na te gaan in hoeverre er positieve en negatieve interacties zijn in het sociaal netwerk. Door het vermeerderen van sociale netwerken kunnen kennis, vaardigheden en contacten uitgebreid worden.

7.2 Het stimuleren van informele zorg door het werkveld

De respondenten dragen allerlei ideeën en werkwijzen aan, die ingezet kunnen worden om het sociaal netwerk van buurtbewoners te vergroten. Deze paragraaf gaat nader in op de huidige praktijk in de Kruidenbuurt en welke kansen er volgens de respondenten nog liggen om de netwerken van bewoners uit te breiden naar informele zorg. Er wordt beschreven wat er al ontwikkeld is en wat goed verloopt in de samenwerking.

7.2.1 Cultuuromslag in het werkveld

De onderzoeksresultaten laten zien dat het werkveld aandacht heeft voor de inzet van informele zorg. De centrummanager van het casemanagement geeft de voorkeur aan informele zorg, boven professionele zorg.

'Een aantal dingen die wij doen in het contact, kunnen anderen ook doen. Wij denken eigenlijk steeds meer dat als het informeel kan gebeuren dat informele zorg eigenlijk altijd beter is dan het professionele netwerk.' (R10: casemanagement)

Uit het volgende voorbeeld wordt duidelijk dat een senior klantbeheerder van Woonbedrijf dit soms ook zelf probeert te stimuleren. Overall kan geconcludeerd worden dat er een cultuuromslag plaatsvindt, waarbij het werkveld steeds meer het informele netwerk probeert in te schakelen. Ook de WMO-werkplaats heeft daar aan bij gedragen door een startbijeenkomst te organiseren voor het werkveld, waarin ervaringsdeskundig begeleiders en cliënten van MSS de kans kregen om hun ervaringen te delen.

'Ik was laatst op huisbezoek bij iemand en de aanleiding was een technische klacht. Ik raakte aan de praat met die huurster en die vertelde haar hele levensverhaal. Die vertelde ook dat ze erg veel moeite heeft met rekenen en dat ze toch graag wil leren rekenen. Nou, toen dacht ik van: ik ken hier in jouw straat, iemand van de vrijwilligers, die wil jou misschien wel helpen met leren rekenen. Ik zeg: "Zal ik dat eens vragen aan haar?" "Vind je dat leuk?" "Ja prima." En toen heb ik dus gevraagd: "Bij jou iemand in de straat wil graag leren rekenen en kun jij haar helpen?"[...] Zo kun je ook mensen in verbinding brengen met elkaar. Zonder dat je daar zelf weer veel energie in gaat steken of andere professionals, kunnen mensen in de straat elkaar ook helpen.' (R14: Woonbedrijf)

Daarnaast komt in de interviews naar voren dat de woningcorporaties zich realiseren dat niet iedereen door middel van de gangbare weg met brieven en telefoontjes bejegend kan worden. *'Sommige mensen die zijn zo bang voor die brieven'*, vertelt een deelnemer van de bouwgroep. Woonbedrijf en de Woningbouwcoöperatie Trudo benaderen deze klanten steeds meer outreachend. Eén van de cliënten van MSS geeft daar een voorbeeld van:

'Omdat ik met de huur achterliep. Toen kwamen ze in eerste instantie aan de deur en zeiden ze: "Mevrouw u loopt met huur achter, kunnen we het daar over hebben?" Ik zeg: "Moet dat hier aan mijn deur?" "Mag ik niet een afspraak maken?" Toen zei ze: "Nou, dat is goed." Toen ben ik daar naartoe gegaan en nou ja toen ging het in eerste instantie over de huur en toen vroegen ze aan mij: "In hoeverre

is het alleen de huur, of is er nog meer wat speelt?" Ik zeg: "Nou tussen mijn oren zit het gewoon niet lekker." "Ik zit gewoon niet goed in mijn vel." "Ik heb down momenten en af en toe hele depressieve gedachtes." En toen hebben ze mij gelinkt via de kwartiermaker.' (R5: deelnemer bouwgroep)

De kwartiermaker geeft aan dat het niet de bedoeling is om de verantwoordelijkheid voor bewoners van andere organisaties in de wijk over te nemen. Om succesvol te zijn in het leggen van verbindingen met de samenleving is het belangrijk dat er een gezamenlijke ervaren verantwoordelijkheid bestaat van maatschappelijke organisaties. Het eerste contact ligt dan ook bij de organisatie die signaleert en een bewoner aanmeldt, alvorens MSS in beeld komt.

'Die vragen of wij eens kunnen kijken en contact kunnen leggen. Dat betekent dat je zo'n signalering krijgt en dan vragen wij: "Hebben jullie al contact gehad en heb je al gezegd dat je je zorgen maakt?" Dat doen we voor we contact opnemen. Het is niet zo dat je wat roept en wij gaan er naartoe. Zo werkt het niet. Het is voor mensen, dat is verbazingwekkend, maar het is voor mensen altijd van belang om te horen dat anderen zich zorgen maken. Dat betekent voor mensen dat ze gezien worden en dat ze er echt toe doen.' (R4: kwartiermaker)

7.2.2 Ontmoeting tussen buurtbewoners

Een aantal respondenten geven aan dat ontmoeting tussen mensen belangrijk is, om onderlinge contacten tussen bewoners en daarmee uiteindelijk informele zorg, te stimuleren. In de Kruidenbuurt staat het Cruydenhuis: een restaurant en ontmoetingsplek en de Buurtinfowinkel (waar ook de bewonersorganisatie [SBK] huisvest) centraal. De teamleider 'Emancipatie' van Trudo beschrijft dat het niet enkel een ontmoetingspunt moet zijn, maar dat er ook activiteiten georganiseerd moeten worden om de ontmoeting te stimuleren.

'Ja je moet dat natuurlijk niet alleen de faciliteit daar hebben staan, maar ook iets doen. Je moet ook activiteiten organiseren.' (R8: teamleider 'Emancipatie')

Ook de buurtbrigadier geeft aan dat het belangrijk is voor de betrokkenheid van mensen in de wijk om de organisatiegraad hoog te houden. Als mensen elkaar niet kennen, zijn er geen aanknopingspunten om informele zorg tussen burens te stimuleren.

'Dan gaat het toch om bestaande sociale netwerken denk ik en betrokkenheid van mensen bij een wijk of bij elkaar. Dat bereik je denk ik het meeste door een wijk goed te organiseren, dus de organisatiegraad hoog te houden in de wijk.' (R15: buurtbrigadier)

De Kruidenbuurt is een wijk waarin tal van activiteiten en projecten georganiseerd worden waar buurtbewoners bij aan kunnen sluiten. Een deelnemer van de bouwgroep zit bij een hobbyclub in de buurt en een andere cliënt van MSS beschrijft dat er veel georganiseerd wordt op haar pleintje. Ook beschikt de Kruidenbuurt over een actieve bewonersorganisatie die initiatieven uit de buurt faciliteert en ondersteunt en een groep vrijwilligers ter beschikking heeft. Deze organisatie is laagdrempelig en zit op een centrale plek in de wijk waar mensen kunnen binnenlopen.

'Alles is hier open. In het begin zeiden mensen: "Jullie zitten altijd koffie te zuipen." Toen alle gordijnen en alles weg was. En dat klopt. "Weet je wat nou zo leuk is, van jouw centen." "He, hoezo?" "Betaal jij belasting?" "Nou wij zuipen koffie van jouw belastingcenten." "Dus wat let jou om morgen ook mee koffie te komen drinken?" Zie je. Zo werkt dat hier. I: Dat koffie drinken levert ook iets op hè? Juist. Kijk en ik geef toe, die koffiepote, dat is een dure pot. Daar gaat veel geld in om, maar dat is het waard.'
(R12: voorzitter SBK)

Het is duidelijk dat veel kwetsbare burgers niet deelnemen aan de georganiseerde activiteiten in de wijk. Een groep die vaak niet gekend wordt in de wijk zijn mensen met psychiatrische of psychosociale problemen en mensen in een sociaal isolement. Dit blijkt ook uit onderzoek van Linders (2010). Eveneens beschrijven Granerud en Severinsson (2003) dat psychiatrische patiënten weinig contacten hebben in de wijk. Het sociale leven van deze groep bestaat vooral uit contacten met andere mensen met soortgelijke problemen. Contacten tussen mensen met gelijke levenssituaties komen veel meer voor dan gelijke leeftijd, hobby's en interesses (Granerud & Severinsson, 2003). Volgens Verplanke en Duyvendak (2010) maakt het relatief weinig uit in welke wijk psychiatrische patiënten terecht komen. *'Dit komt doordat de buurt als zodanig weinig betekenis voor hen heeft'*, beschrijven zij.

'I: Maar er zijn dus nog steeds mensen die helemaal niet meedoen met al die activiteiten die georganiseerd worden? Nee, want dan moet je naar buiten. Die mensen kennen wij namelijk nog niet hè, die niet naar buiten gaan. We kennen er nu een aantal van. Maar er moet iemand zijn die dat meldt. Dus er moet een punt zijn waar je dat kan melden als burger. Van ik maak me zorgen over buurman, van twee deuren verder, want ik zie hem nooit.' (R1: ervaringsdeskundige)

Ook de wijkcoördinator van de Kruidenbuurt geeft aan weinig zicht te hebben op deze groep.

'Ik moet eerlijk toegeven dat ik daar geen zicht op heb. Dat is natuurlijk tegelijkertijd onderdeel van de problematiek waarschijnlijk, dat je daar geen zicht op hebt.' (R16: wijkcoördinator)

7.2.3 Contacten en samenwerking in het werkveld

Er zijn verschillende organisaties actief in de Kruidenbuurt die samenwerken om allerlei activiteiten te organiseren, faciliteren en ondersteunen. Volgens de respondenten moet de sociale kaart van de wijk helder zijn, zodat er korte lijntjes ontstaan en men elkaar weet te vinden. De kwartiermaker en ervaringsdeskundigen uit MSS leggen contacten met organisaties en voorzieningen in de buurt die een bijdrage kunnen leveren aan het persoonlijk steunsysteem van cliënten. Er wordt ook steeds meer toegewerkt naar een maatschappelijk steunsysteem, waarin er verbanden ontstaan tussen allerlei hulp- en dienstverleners die kwetsbare bewoners ondersteunen. De kwartiermaker is bij verschillende overleggen in de wijk aanwezig om maatschappelijk steunsystemen verder uit te bouwen. Hij geeft aan dat de samenwerking met het werkveld heel belangrijk is.

'We kunnen alleen maar met snelheid samenwerken, want anders trekken we het niet. Bijvoorbeeld met contacten binnen WZI (Werk, Zorg en Inkomen), de contacten met leefbaarheidteams, de professionals die daarin zitten, de vrijwilligers die daarin zitten. Je hebt elkaar hartstikke hard nodig.' (R4: kwartiermaker)

Deze aanpak heeft zijn vruchten afgeworpen. In de Kruidenbuurt weten de respondenten van het bestaan van MSS af en melden zij ook cliënten aan. Bovendien komen er signalen binnen via buurtbewoners, die de oren en ogen van de wijk zijn.

'I: Hoe wordt het contact gelegd met mensen? Wij hebben kwartiermakers, maar we krijgen ook via de buurtbrigadier of een woningbouw, WMO-loket, burens. [...] Of zichzelf dat ze er dus van gehoord hebben. Via de bijstand. Allerlei manier om ons te bereiken. Wij zijn vrij laagdrempelig. Wij hebben ook geen wachtlijst. En we hebben geen, hoe zal ik het zeggen, bijna geen belemmeringen om niet te kunnen helpen of niet hoeven helpen. Als we het zelf niet kunnen, dan kunnen we via korte lijntjes iemand anders inschakelen. Maar er wordt wel geholpen. Er wordt wel geluisterd.' (R1: ervaringsdeskundige)

Een ervaringsdeskundig begeleider geeft aan dat de kennis uit MSS ook gedeeld wordt met andere partijen wat bijdraagt aan het vormen van een maatschappelijk steunsysteem en de cultuuromslag die eerder besproken is.

'Ik ga naar heel veel bijeenkomsten om te vertellen: wij doen het zo en hebben dit resultaat en het is daar en daarom belangrijk.' (R2: ervaringsdeskundige)

Daarnaast werken de gemeente, MSS en de woningbouwcoöperatie Trudo samen in het project 'Achter de voordeur in de Kruidenbuurt'. Een medewerker van dit project geeft aan dat Trudo met de vernieuwingen in de Kruidenbuurt de kans heeft aangegrepen om een gesprek aan te gaan met mensen uit de buurt. Daarbij kwamen ook allerlei andere gespreksonderwerpen naar boven dan alleen hoe het bevalt in de wijk.

'Die mogelijkheid hebben wij nu, omdat er ook een soort van aanleiding is. Mensen komen vanuit een oude buurt, gaan een tijdje weg, komen weer terug. Dus dat heeft Trudo aangegrepen om op die manier binnen te komen zeg maar. [...] En in eerste instantie waren die gesprekken bedoelt om te informeren: hoe bevalt de nieuwe woning nu en hoe bevalt de wijk, maar we zijn er een jaar mee bezig geweest en in dat jaar is gebleken dat andere gespreksonderwerpen steeds meer naar voren kwamen.' (R9: Achter de Voordeur)

'Wat we bijvoorbeeld in de Kruidenbuurt doen, is een terugkeer gesprek samen met de woningbouwcoöperatie daar. Dan gaat het over wonen, werken, financiën, wensen die mensen hebben. [...] Sommige gesprekken zijn gewoon echt heel erg leuk omdat er geen problemen onder liggen, maar er zijn ook gesprekken waarbij er een aantal problemen naar voren komen die schrijnend zijn. Dat mensen daar niet bij geholpen zijn of dat mensen daar geen hulp bij gezocht hebben of niet hebben durven te zoeken. Dat kom je ook heel veel tegen. Wat je dan doet is dat je probeert om daar een vervolg aan te geven. [...] We zullen het niet in alle gevallen goed doen, daar gaat het niet om, maar we proberen wel die aanzetten te geven en proberen ook mensen de ruimte te geven om daar gebruik van te maken en bij ons binnen te lopen als ze dat willen.' (R4: kwartiermaker)

Er zijn verschillende redenen waarom kwetsbare burgers geen contact hebben met de hulpverlening. Schout (2008) beschrijft een proces waarbij zorgvermijding, (het mijden van zorg door kwetsbare groepen), en zorgverlamming, (het mijden of uit de weg gaan van moeilijke cliënten door zorginstellingen) elkaar versterken. Hij laat zien dat de onbereikbaarheid van kwetsbare groepen niet alleen aan de zorgvermijding van deze mensen ligt, maar ook te maken heeft met de reikwijdte van de hulpverlening. Zorgverlamming kan gezien worden als het proces waarbij iedere instelling een reden heeft om zich niet met een cliënt te bemoeien, het initiatief afwacht van de cliënt, of problemen aan elkaar doorgeeft (Schout, 2008). Door de outreachende benadering van 'Achter de Voordeur in de Kruidenbuurt' worden ook mensen bereikt die zelf de weg naar instanties niet weten te vinden.

'Wat we wel in de Kruidenbuurt doen bijvoorbeeld is: alle bewoners die in de nieuwbouwfase komen, die bezoeken we. En die bezoeken we niet eens met een specifieke vraag, maar meer met een instelling waar

kunnen we u bij helpen of waar kunnen we u bij ondersteunen. Zo proberen we wel die vraagverlegenheid te voorkomen, als het ware.' (R8: teamleider 'Emancipatie')

7.2.4 Voorbeelden van het stimuleren van informele zorg

Op de vraag hoe informele zorg gestimuleerd kan worden door sociale professionals, komen verschillende antwoorden naar voren. De teamleider van de woningbouwcoöperatie Trudo geeft daarbij aan dat Buurtzorg, wat een kleine wijkgebonden thuiszorgorganisatie is, daar een rol in kan spelen.

'Zoiets als Buurtzorg, een thuiszorginstelling, die heel erg vanuit de wijk, vanuit de buurt werkt. Die organiseren zegmaar de zorgvraag per huishouden, per huis en daarin betrekken ze ook informele zorg, dus anders dan reguliere thuiszorginstellingen, organiseren zij ook informele zorg. I: Welke informele zorg is dat? Ook de buurvrouwen een rol geven, of de kinderen, of weet ik veel, wie dan ook, een rol geven in het organiseren van de zorg die er nodig is in dat gezin. Dus als het nodig is om een keer een boodschap te doen, dat ze het ook regelen met inzet van de informele kant.' (R8: teamleider 'Emancipatie')

In de gesprekken met cliënten vragen de ervaringsdeskundig begeleiders naar de contacten van cliënten met familie, vrienden en burens. MSS werkt met de netwerkcirkel om het bestaande sociaal netwerk van een persoon in kaart te brengen en daarna in gesprek te gaan over de sociale contacten. Een ervaringsdeskundige probeert mensen uit het huis te krijgen om zo weer contacten te leggen, want volgens haar *'vind je dat netwerk niet thuis op de bank'*.

'Wat we ook doen is met mensen naar iets toegaan, dus op het terras gaan zitten, gaan wandelen, naar een winkel. Die mensen die zijn zo tussen die 4 muren vaak gewend. Vol schaamte vaak. Dan gaan we bijvoorbeeld koffie drinken bij de Boei⁷. Ik noem maar wat. Dan ontmoeten ze vaak ook weer dorpsgenoten.' (R1: ervaringsdeskundige)

Een medewerker van Buurtzorg bevestigt dit. Zij geeft aan dat ze in de eerste plaats voor de zorg komt, maar dat er ook mogelijkheden zijn om contacten met de burens te leggen door met mensen op pad te gaan.

⁷ De Boei is een ontmoeting - en activiteitscentra voor mensen met een psychiatrische en/of psychosociale achtergrond.

'Je kunt ook zeggen: "Ok als je elke dag eigenlijk voor persoonlijke zorg komt" zeg je ook eens een keer per week van: "Weet je wat we zullen eens een straatje omlopen om daar weer te kijken naar het krijgen van contact met burens."' (R11: Buurtzorg)

Daarnaast beschrijft deze medewerker hoe zij de familie probeert te mobiliseren. Dit doet zij op een manier die lijkt op de Eigen Kracht Conferentie (EKC), zoals die beschreven wordt in het theoretisch kader. EKC stelt mensen in staat om met steun van het sociale netwerk een plan te maken voor de eigen situatie.

'Op een gegeven moment hebben we een neef gebeld, die hebben we zelf gebeld en gekeken hoe gaan we dit oplossen. En ik vind sowieso, dat als er al dingen zijn, familie of wat ook. Dan probeer ik wel vaak een familiegesprek te arrangeren. Waarbij we een paar mensen uitnodigen, wel waar die cliënt bij is. Nou dit is er aan de hand, hoe gaan we het oplossen. Dan ga je toch kijken inderdaad hoe of wat. En de ene familie die zegt: "Oh dat pakken we op" en de ander die zegt: "Beginnen we niet aan."' (R11: Buurtzorg)

7.2.5 Vrijwilligerswerk

In veel van de interviews worden de maatjesprojecten genoemd als manier om het netwerk van kwetsbare burgers te vergroten. Een maatjesproject⁸ koppelt een vrijwilliger één-op-één aan iemand die sociaal-emotionele steun nodig heeft of in een isolement zit. Een ervaringsdeskundige constateert dat er een tekort is aan vrijwilligers die 'maatje' willen zijn van mensen met psychiatrische problemen.

'Als het heel langdurig is en heel lastig. Of er moeten meer uren in per week. Dat heb je ook weleens, dat mensen heel veel aandacht nodig hebben. Dan zoeken we gewoon een maatje erbij. Dat kan ook. Dat is ook al een netwerkje hè. Ja, het maakt niet of we nou links of rechtsom gaan.' (R1: ervaringsdeskundige)

'Maar we hebben ook wel dingen als maatjesprojecten. Dat is ook een vorm van informele zorg. Daar proberen we ook onze cliënten voor aan te melden, maar dat is wel afhankelijk van de hulpverlener die ook inschat of iemand dat wel of niet aankan.' (R11: casemanagement)

'[...] De cliënten waar ik kom die zijn heel eenzaam en ik kom maar 1 keer in de week. En die willen eigenlijk dat er, dat er een paar keer per week iemand komt eigenlijk voor de gezelligheid of even naar buiten. En dan merk ik dat die bereikbaarheid naar dat maatjesproject dat dat heel moeilijk is. [...] Ik denk dat er te weinig vrijwilligers zijn.' (R3: ervaringsdeskundige)

⁸ Ook wel Vriendendienst of Buddyproject genoemd.

Voor de deelnemers van MSS wordt ook het 'Klapperproject' regelmatig ingezet. Dit is een project van de Vrijwillige Hulpdienst Eindhoven, speciaal voor mensen die de administratie niet meer zelfstandig op orde krijgen. De ervaringsdeskundig begeleiders beschrijven dat brieven vaak ongelezen blijven en spullen zich opstapelen. Doordat de administratie niet op orde is, zorgt dit voor onrust. De medewerkers van MSS pakken deze praktische problemen vaak als eerste aan. Twee van de drie geïnterviewde deelnemers van MSS krijgen ondersteuning van een vrijwilliger van het Klapperproject.

'Ja, nou door het allemaal uit te spreken waar ik allemaal tegenaan liep. Liep ik er ook eigenlijk tegenaan dat mijn lezen helemaal niet makkelijk was. Nou daar ben ik serieuzer naar gaan kijken. Mijn papieren dat ik in eerste instantie met de kwartiermaker en ervaringsdeskundige aan de slag ben gegaan om te kijken van waar schort het aan. Waarom loopt het niet? Ja, daar heb ik nu allemaal andere mensen voor. Want ik heb voortaan iemand van het Klapperproject die mij daarin helpt.' (R1: deelnemer bouwgroep)

7.2.6 Bouwgroep

Een aantal cliënten zijn bijeengebracht in een bouwgroep, waarin ze elkaar steun verlenen en activiteiten ondernemen. De ene week wordt er een thema behandeld, zoals relaties, verslaving, of 'pillen', omdat het daar in de week van de psychiatrie over ging. De andere week worden er uitstapjes gepland, zoals picknicken, wandelen, naar het museum, naar een knutselmiddag, of op bezoek bij een deelnemer die jarig is. Eén of twee ervaringsdeskundigen begeleiden deze bouwgroep. Samen organiseren en initiëren ze activiteiten. De deelnemers zijn positief over de bouwgroep en zien dit als een veilige plek waar zij hun hart kunnen luchten. Ook stimuleren de deelnemers elkaar om activiteiten te ondernemen.

'Wat ik wel heel leuk vind, dat voorbeeld van de bouwgroep waar je even bij hebt gezeten, merk ik dat, dat clubje elkaar erg stimuleert om activiteiten te gaan ondernemen.' (R: ervaringsdeskundige 2)

Uit het volgende voorbeeld blijkt dat de bouwgroep ook voor het ontwikkelen van vaardigheden ondersteunend kan zijn.

'Ik ben nogal. Ik gooi het van mezelf af. Maar dan komt het bij sommige mensen heel anders over, als wat ik er eigenlijk mee bedoel. En toen zei ik zo: "Ja ik moet dat afleren." "Als jullie mij daar bij helpen, dan kom ik al heel ver." Nou en het gaat toch best wel goed vind ik.' (R6: deelnemer bouwgroep)

De bouwgroep is echter niet voor iedereen geschikt, beschrijft een ervaringsdeskundig begeleider. Dat hangt samen met de (psychiatrische) problematiek.

'Kijk en sommige mensen sluiten daar gewoon niet bij aan. Ik heb een aantal cliënten van mij het wel gevraagd of ze een keertje willen kijken of interesse hebben. En eentje die is één keer geweest en die vindt zichzelf daar niet bij passen. Want die is echt chronisch psychotisch en de mensen in de bouwgroep zijn mensen in een isolement, die geen psychische problemen hebben.' (R3: ervaringsdeskundige)

In deze paragraaf is gebleken dat niet iedereen bereikt wordt die (informele) zorg nodig heeft door middel van projecten die gericht zijn op het vergroten van de sociale cohesie of ontmoeting. Het stimuleren van ontmoeting is echter wel belangrijk om elkaar te leren kennen, vooral in een wijk die aan het veranderen is, zoals de Kruidenbuurt. Uit eerder onderzoek blijkt dat mensen hulp geven op basis van één-op-één relatie en veel minder omdat ze deel uitmaken van een buurtgemeenschap (Linders, 2010). Doordat mensen elkaar leren kennen, ontstaan er wel aanknopingspunten voor informele zorg.

De hoge organisatiegraad in de Kruidenbuurt zorgt voor mogelijkheden voor kwetsbare burgers om mee te doen met activiteiten. Dit moet echter in veel gevallen gestimuleerd worden door middel van een persoonlijkere benadering. De respondenten dragen allerlei mogelijkheden aan om het netwerk te vergroten, zoals eropuit gaan in de wijk, het inzetten van vrijwilligers of het aansluiten bij de bouwgroep. Het opbouwen van een netwerk blijkt voor mensen met chronisch psychiatrische problemen moeilijker te zijn, dan voor mensen die in een isolement zitten door verschillende gebeurtenissen in het verleden.

7.3 Belemmeringen voor het ontstaan van informele zorg

Naast kansen om informele zorg te stimuleren, zijn er ook belemmeringen voor het ontstaan van informele zorg. Deze paragraaf gaat onder andere in op de reikwijdte van de hulp, *handelingsverlegenheid*, *vraagverlegenheid* en verbeterpunten die aangedragen worden door de respondenten.

7.3.1 Reikwijdte van de hulp

In de interviews met het werkveld wordt er vaak gesproken over 'een boodschap doen voor de ander' en minder over structurele vormen van hulp. Een wijkverpleegkundige van Buurtzorg beschrijft dat mensen terughoudend zijn in het verlenen van hulp, omdat ze niet weten waar dit eindigt. Dit fenomeen staat ook wel bekend als *mantelval*, waarbij het doen van incidentele werkzaamheden tot steeds zwaardere en meer structurele vormen van zorg leidt. Mantelval is een belemmering voor het ontstaan van informele zorg omdat mensen overbelast raken, of überhaupt geen zorg durven bieden.

'Terwijl als je dat vraagt of de burens even dit of dat mee willen meenemen, als we het dan hebben over die eenvoudige boodschappen. Dan denk ik: dat is goed. Maar aan de andere kant denk ik voor de burens:

nou begin ik hieraan en waar eindigt dat. Waar zet je grenzen en waar zeg je op een gegeven moment. Niet dat ze op een gegeven moment elke dag een beroep op je gaan doen. Want zo'n mensen heb je natuurlijk ook. En dat is vaak ook heel moeilijk, want je bent toch met burens. Die verstandhouding hoop je dat goed is. Maar als op een gegeven moment die eenzame mevrouw of meneer die burens constant benadert. Dat lijkt me heel lastig, voor mensen. Om daar inderdaad te zeggen van: "Ho wacht even, stop." Wat laat je dan doen door burens? Ik denk dat het wel heel belangrijk is dat, om dat heel goed in te schatten, hoe zou dat liggen en hoe is dat.' (R11: Buurtzorg)

7.3.2 Afhankelijkheid van cliënten

Een ervaringsdeskundig begeleider wijst op het gevaar van afhankelijkheid van cliënten en geeft aan nog zoekende te zijn naar manieren om cliënten te begeleiden naar zelfstandigheid.

'Maar ze zeggen het wel vaak tegen ons: "Aan jullie hebben we iets." Ik vind het aan de ene kant heel leuk om te horen, aan de andere kant denk ik ook wel van ja aan ons hebben jullie wat, want wij zijn er allemaal voor jullie en we luisteren zo goed naar jullie. Ik denk weleens: ben ik niet iets in stand aan het houden? Eigenlijk een soort negatieve manier van leven. Ja, negatief is ook weer zo'n woord, maar negatief in de zin van dat zou eigenlijk anders kunnen moeten en daarvoor moet je wel je leven gaan veranderen.' (R2: ervaringsdeskundige)

Wanneer er afhankelijkheid aanwezig is, kan dit leiden tot een afbraak van het zelfvertrouwen en daardoor een averechts effect hebben op het ontstaan van sociale contacten. Het is belangrijk om een bijdrage te leveren aan de zelfredzaamheid van cliënten, zodat ze uiteindelijk ook zelf problemen kunnen oplossen en besluiten kunnen nemen.

'Dat zijn de dingen die ik van de kwartiermaker heel goed leer. Die is daar veel beter in, om de verantwoordelijkheid bij de mensen te laten. Dat zegt hij ook vaak als ik het niet weet, dan vraag ik ook advies aan hem van: "Wat moet ik nou met dit geval?" Dan zegt hij: "Nou je gaat om de tafel zitten." "Je luistert goed." "Je zet eens op papier wat de eventuele mogelijkheden zijn, wat jij daar eventueel nog in te bieden hebt, maar laat hun het zelf doen." "En nou en willen ze niks, dan willen ze niks." "Klaar." "Dan gaan ze door op hun manier, met alle respect." "Maar ga niet het probleem voor ze oplossen, want dan komen ze volgende week weer met nieuwe problemen die ze ook willen dat jij oplost.'" (R2: ervaringsdeskundigheid)

Een andere respondent wijst erop dat dit gevaar ook samenhangt met de problematiek. Voor mensen met chronisch psychische klachten blijkt het opbouwen van een sociaal netwerk moeilijker te zijn, dan voor mensen in een sociaal isolement.

'Ja, die cliënten die ik heb die zijn heel erg afhankelijk van mij en ja dat is heel moeilijk en die hebben eigenlijk. [...] Het is heel moeilijk bij mensen die echt chronisch psychische klachten hebben om daar een netwerk voor op te bouwen. Omdat ze ook heel snel geneigd zijn om af te bellen of om niet te verschijnen of niet te komen als ze een slechte bui hebben.' (R3: ervaringsdeskundige)

Een deelnemer van de bouwgroep vertelt dat ze lang in een slachtofferrol heeft gezeten voordat ze bij MSS terecht kwam. Ze geeft daarbij ook aan dat de hulpverlening haar meer verantwoordelijkheid had kunnen geven.

'Ik denk zelf dat het altijd een functie heeft dat je heel lang in je slachtofferrol blijft zitten. Dat heeft een functie. Alleen ik denk dat iemand anders mij daar al eerder op had kunnen attenderen van: "Hé luister, het vermogen ligt binnen jou." Ik weet dat ik de eerste 10 jaar zeg maar, 10 jaar zeg maar 20 jaar, bij de hulpverlener aankwam en zeg van: "Geef mij eens op een presenteerblaadje." [...] Zo werkt dat dus niet. Voordat ik daar achter kwam, waren we de nodige jaren weer verder. En daar denk ik had de hulpverlening iets in kunnen betekenen.' (R4: deelnemer bouwgroep)

7.3.3 Vraagverlegenheid

In het beleid van de overheid staat veelal het aanbod van informele zorg centraal. Uit het onderzoek van Linders (2010) blijkt echter dat een belangrijk knelpunt voor informele zorg eerder de vraag en acceptatie van hulp is, dan het aanbod. Ook in dit onderzoek wijzen een aantal respondenten op vraagverlegenheid van mensen.

'[...]Ik denk dat er bepaalde aspecten eigenlijk wel mee spelen. Eén is een schaamtegevoel, van ik kan het niet meer zelf. Twee is ben maar eens zo ver dat je accepteert dat je het zelf niet meer kunt. Je krijgt een schuldgevoel. Oh dan moet die buurvrouw, die moet voor mij dit gaan halen.' (R11: Buurtzorg)

'Ik hoor wel eens van een buurtbewoner: "Nou ik heb al zo vaak hulp aangeboden ik bied het niet meer aan." "Hij vraagt het maar." Dat kan ook een keer zijn. Dat mensen zien dat het niet gaat, maar die hebben al zo vaak hulp aangeboden, maar hij wil het niet. Dan moet hij het ook maar uitzoeken.' (R4: kwartiermaker)

Ook vragen cliënten niet altijd om professionele hulpverlening of proberen ze het zelf te redden en accepteren geen hulp.

'In begin zeggen ze heel vaak: "Nee ik heb geen hulp nodig." "Nee het gaat goed zo." Nou goed, dan kom ik gewoon koffie drinken, als ze het überhaupt hebben.' (R1: ervaringsdeskundige)

'Nou de meeste mensen hebben dus toch, die wij tegenkomen in hun leven vaak ook al om hulp gevraagd, omdat het echt mis ging of dat ze. Maar ja als ze het dan weer even zelf kunnen redden op hun krakkemikkige manier dan liever geen hulp.' (R2: ervaringsdeskundige)

Daarnaast zijn voorzieningen niet altijd toegankelijk. Dit heeft er mee te maken dat het aanbod van veel zorginstelling zich eenzijdig ontwikkeld heeft, waarbij de nadruk werd gelegd op vraaggericht werken. Echter, niet iedereen zoekt zelf contact met de hulpverlening of kan aansluiten bij het reguliere aanbod. Volgens Van der Lans (1995) laat de praktijk zien dat individuen zich niet altijd voegen naar een beeld van autonomie. Op de werkvloer verschijnen burgers, die grote moeite hebben om een relatie met de omgeving tot stand te brengen (Van der Lans, 1995) en geen hulpvraag meer kunnen of willen stellen. De kwartiermaker geeft aan dat professionals nog teveel uitgaan van 'hulpvragen' van cliënten. Ook hebben cliënten vaak verschillende hulpverleners om zich heen verzameld die zich allemaal bezighouden met een deelgebied van de problemen. Deze ketens zijn storingsgevoelig en ze belemmeren volgens Schout (2008) het vormen van langdurige therapeutische relaties.

'Als ik met studenten spreek, hebben ze het er ook over: "Wat is dan je hulpvraag?" Dat is voor hun gewoon taalgebruik geworden. Het is niet het taalgebruik van mensen uit de wijk. Dat is het lastige. Ik kan me goed voorstellen dat mensen die een opleiding doen ook graag vanuit het werk heel bevolgen en betrokken aan de slag willen, maar dan komen ze in een organisatie die heel erg afgekaderd is. Dit mag je doen en dit is jouw opdracht. Voor de rest moet je nee verkopen.' (R4: kwartiermaker)

'Vanuit de hele indicering is het zo, als mensen al een indicering hebben. Dan is het heel erg tijd gelimiteerd hè. Iemand heeft 13 minuten en dan komt die binnen en is weer weg. En die mensen hebben aandacht nodig en soms ook gewoon hulp. Al was het maar dat ze misschien een keer in de week uitgelegd krijgen hoe een wasmachine werkt. En dat moet elke week opnieuw. En dat kan niet door de formele zorg zeg maar.' (R13: programmamanager 'Meedoen')

7.3.4 Handelingsverlegenheid

Naast *vraagverlegenheid* speelt er nog een ander proces een rol in het ontstaan van informele zorg, namelijk *handelingsverlegenheid*. In de interviews komt naar voren dat buurtbewoners willen helpen, maar vaak een afwachtende houding aannemen.

'Als bewoner is dat erg lastig natuurlijk, want wat is je mandaat om je te gaan bemoeien met iemand. Als burens zou dat kunnen zijn dat je toch wel elkaar kent, of dat je toch zelf overlast ervaart, of dat je bezorgd bent. Maar dan woon je naast elkaar, dan heb je echt al een relatie als burens. Maar er zijn wel mensen die echt het lot van anderen zich aantrekken en daar actie op ondernemen. Dat zijn echt super goede buurtbewoners. Maar die heb je gewoon heel weinig. De meeste mensen zijn wat dat betreft toch wat afwachtend. En die hebben ook gewoon andere sociale dingen in hun vrije tijd waar ze zich mee bezig houden.' (R14: Woonbedrijf)

'Dat vraag je niet, dat doe je niet. Dat is not done. En dat wordt alleen maar erger hè in deze maatschappij. Vroeger was dat nog wel. Tenminste ik ben opgegroeid in een volksbuurt en daar wist je nog alle ins en outs van mensen. Tegenwoordig is het veel individueler hè. Mensen werken beiden.[...] Ze hebben er vaak nog niet eens erg in dat die buurman de hele dag binnen zit.' (R1: ervaringsdeskundige)

Daarnaast weten mensen vaak niet dat er problemen zijn of weten zij niet hoe ze ermee om kunnen gaan. Vooral bij complexe problematiek is dat moeilijk. Soms is er al eerder hulp aangeboden en zijn mensen gefrustreerd geraakt doordat er niets verandert.

'Ik denk wel dat mensen heel vaak niet weten van de burens dat ze slecht te been zijn, of de boodschappen niet meer kunnen doen.' (R11: Buurtzorg)

'Ik denk dat mensen daar eigenlijk om staan te springen, maar het vaak niet meer weten ook. En dan is het ook nog wel hè, met echte moeilijke problematiek. Een klusje voor iemand anders doen hè, of elkaar een beetje troosten als het echt helemaal uit de hand loopt, dat doen mensen graag in zijn algemeenheid, maar ja veel verder dan dat. En ook als je ziet: "Ja potverdorie nou heb ik die mevrouw geholpen en ik heb ze ook goed advies gegeven en ja ja ze gaat toch weer op die stomme manier verder." Dan krijgen mensen ook iets van ja, je doet het ook zelf. Zoek het lekker uit want het frustreert mij.' (R2: ervaringsdeskundige)

7.3.5 Schaamte en sociale vaardigheden

Ook schaamte en psychosociale problemen kunnen belemmeringen zijn voor het ontstaan voor informele zorg. De centrummanager van het casemanagement stipt in de volgende zin aan dat mensen bang zijn voor wat andere van hen denken

'[...] Je moet wel elkaar kunnen toelaten in je omgeving en dat heeft te maken met de verlegenheid van onze cliënten. Wat denkt een ander over mij.' (R10: casemanagement)

Een ervaringsdeskundige beschrijft dat mensen zich schamen, maar vaak ook helemaal niet meer sociaal zijn.

'Schaamte, ja. En ook niet weten: hoe doe ik dat nou? Helemaal niet meer sociaal zijn. Dat is er helemaal niet mee. Die gewenning is er niet. Je kunt geen gesprek voeren. Er zijn cliënten bij die kunnen echt niet een gesprek gaande houden. Die kunnen dat echt niet. Die zijn dat helemaal verleerd zeg maar. Al die sociale dingen zijn weg.' (R1: ervaringsdeskundig)

Deze sociale vaardigheden kunnen (weer) ontwikkeld worden volgens de ervaringsdeskundig begeleider, maar dat gaat met kleine stapjes. De eerste stap is binnenkomen en een plaats hebben om te zitten en koffie of water aangeboden krijgen.

'We komen binnen en dan moeten we ergens zitten. Tenminste dat is wel de bedoeling. Blijven staan dat doe je dan ook niet dus ja. En dan willen we op den duur ook nog wel koffie proberen of water. En daar begint het mee. Dat zijn de kleinste stapjes. Maar eigenlijk voor de cliënt wel het moeilijkste, denk ik. Ze moeten mensen in hun huis ontfangen. Dat is moeilijk.' (R1: ervaringsdeskundige)

Daarnaast is de wijk niet altijd een veilige omgeving voor mensen. Stigmatisering speelt daar volgens een aantal respondenten een rol in. Ook uit onderzoek van Granerud en Severinsson (2003) blijkt dat veel psychiatrisch patiënten te maken krijgen met stigmatisering. Er is volgens Duyvendak en Verplanke (2010) ook een grote groep die zich niet gestigmatiseerd of uitgesloten voelt door een psychische beperking, omdat zij vrij onopgemerkt en anoniem in de buurt wonen.

'En die wordt ook door de straat eigenlijk weggepest uit haar huis dus ik ben wel met haar samen bezig om een nieuwe woning te zoeken. [...] Nee het is geen veilige omgeving. Dat is echt ook, dat heeft ook met stigmatisering te maken natuurlijk hè. I: Weten de wijkbewoners dat die mevrouw psychische problemen heeft? Ja. Ze heeft een afwijkend dag en nachtritme en ze is een beetje doof dus

dan zet ze de tv 's nachts te hard en dan krijgt ze 's nachts paniekaanvallen en dan rent ze naar buiten en gaat ze aanbellen bij willekeurige burens. Dus ja dat is heel moeilijk. Ik heb ook bijvoorbeeld contact met Woonbedrijf daarover, omdat er heel veel klachten komen van de burens.' (R3: ervaringsdeskundige)

7.3.6 Verbeterpunten voor de praktijk

Er worden allerlei punten aangedragen door de respondenten die de huidige praktijk kunnen verbeteren. Een ervaringsdeskundige beschrijft wat er verbeterd kan worden in de samenwerking en geeft daarbij een voorbeeld van het verbeterteam in Bergeijk.

'Ja er zijn nog steeds mensen, een groot aantal, die niet bereikt worden. Ik zit bij Bergeijk bij een verbeterteam en dat is best een hele mooie oplossing, want dan zit je met elkaar aan tafel. En daar zijn allerlei disciplines, van maatschappelijk werk, woning, MEE en al die disciplines zitten bij elkaar aan tafel. En daar gaan we dan de casussen bespreken en gaan we kijken van wie doet wat.' (R: ervaringsdeskundige)

De kwartiermaker geeft aan dat professionals meer het werkveld in moeten. In MSS staat nabijheid en snelheid van handelen centraal. Ook de buurtbrigadier noemt de snelheid van handelen van professionals als verbeterpunt. In de praktijk blijkt dat er voor cliënten vaak lange wachttijden zijn voor behandeling of verslavingszorg.

'In plaats van eindeloos te vergaderen daar te zijn waar het gebeurt, waar het leven zich voltrekt, bijvoorbeeld hier in de huiskamer⁹. In elk ander huis wordt het leven geleefd. Ik denk dat wij professionals, zich daar van bewust zijn dat het leven zich niet afspeelt in kantoor of kantoortuinen. Alleen het deel van het werkzame leven. De rest van het leven gebeurt toch echt buiten. Dat is iets wat professionals tussen hun oren moeten krijgen. Hier in de wijk leven de mensen en hier gaan ze ook dood. Je realiseert dat je als professional in de wijk een bijdrage mag leveren.' (R4: kwartiermaker)

'Die samenwerking is helemaal ok. We ontmoeten elkaar vaak. We spreken elkaar aan. Wat ik wel graag verbeterd wil zien is de snelheid van handelen van heel veel mensen. Maar goed dat is misschien ook een beetje politie eigen. Dat besef ik ook wel hoor. Wij zijn gewend om, om te signaleren en ook direct daarop in actie te komen. Dat is bij velen is dat toch een heel lastig verhaal.' (R15: buurtbrigadier)

⁹ In een aangrenzende wijk is een 'huiskamer' beschikbaar gesteld als een ontmoetingsplek voor bewoners.

De centrummanager van het casemanagement beschrijft dat het netwerk van cliënten heel erg verschillend is. Op de vraag welke beperkingen zij nog ziet in het aanbod aan informele zorg geeft zij het volgende antwoord:

‘Wat ik nog als beperking zie is hoe wij onze zorg organiseren. Wij weten onvoldoende wie er in de buurt wel belangstelling heeft om wat te ondersteunen. Eigenlijk zou je een soort bord moeten hebben, waarin je zegt van deze persoon heeft deze vraag en deze persoon heeft deze kenmerken en als je daarmee kan matchen, moet het met buurtbewoner y heel erg goed kunnen klikken.’ (R11: casemanagement)

De centrummanager geeft daarbij ook aan, dat ze niet weet of dit de taak van casemanagers is. Daarnaast werken casemanagers samen met de kwartiermaker uit het project MSS. Die hebben volgens de centrummanagerer een veel beter beeld bij de beschikbare informele zorg.

Deze paragraaf laat zien dat een belemmering voor het ontstaan van structurele zorg door het informele netwerk, de inzet kan zijn van professionals op incidentele hulp en veel minder op langdurige hulp. Daarnaast zijn schaamte en vraagverlegenheid van cliënten ook barrières voor het ontstaan van informele zorg. Volgens het professionele netwerk is er wel hulpbereidheid, maar wordt dit niet altijd omgezet in daadwerkelijke hulp. Bovendien weten mensen vaak niet hoe ze moeten handelen bij complexe problemen. Ook hier komt een onderscheid, tussen mensen met (chronisch) psychiatrische problemen en mensen in een sociaal isolement, naar voren. Voor de eerste groep is de wijk niet altijd een veilige plek en kan er stigmatisering ontstaan.

8 Conclusies en aanbevelingen

Het schetsen van de mogelijkheden voor sociale professionals om informele zorg te stimuleren, staat in dit onderzoek centraal. Dit hoofdstuk geeft de conclusies op basis van de resultaten van het empirisch onderzoek en de theorie uit de literatuurstudie. Ook worden enkele aanbevelingen voor de praktijk in de Kruidenbuurt en voor vervolg onderzoek gegeven.

8.1 Conclusie

Het project 'Maatschappelijke Steunsystemen' is onderzocht op de mogelijkheden van sociale professionals om informele zorg te stimuleren - zodat kwetsbare burgers volwaardig kunnen deelnemen aan de samenleving. Kwetsbare burgers lopen het risico om niet meer mee te doen in de maatschappij of om in een sociaal isolement te raken. Zij zijn kwetsbaar vanwege psychische en psychosociale problemen, armoede, eenzaamheid, verslaving, fysieke beperkingen en sociale uitsluiting. Door middel van open interviews met bij het project betrokken professionals en sleutelfiguren in samenwerkingsverbanden, cliënten van MSS en observaties, is de praktijk in de Kruidenbuurt onderzocht op de mogelijkheden om maatschappelijke steunsystemen uit te breiden naar informele zorg. Dit is een belangrijke kwestie, omdat meedoen in de samenleving voor kwetsbare burgers niet altijd even vanzelfsprekend of gemakkelijk is. Bovendien worden kwetsbare burgers met psychiatrische beperkingen steeds meer in de wijk of buurt opgevangen. In de jaren '70 en '80 leefden mensen die zorg nodig hadden zoveel mogelijk in instellingen die verzorging, behandeling en dagbesteding binnen de eigen muren regelden. De laatste jaren is dit beleid sterk veranderd en wordt er steeds meer ingezet op *community care* – opvang in en door de samenleving. Dit hield in het begin niet meer in dan extramuralisering: het streven om zorg te bieden buiten de muren van instellingen, in de eigen woonomgeving. Na verloop van tijd groeide het besef, dat alleen zelfstandige huisvesting niet tot maatschappelijke integratie van kwetsbare mensen leidt. Door middel van maatschappelijke steunsystemen wil de GGzE, samen met andere organisaties, de stap naar maatschappelijke integratie van kwetsbare burgers zetten.

Parallel aan dit proces lopen de hervormingen van het Nederlandse zorgstelsel. Er is sprake van een toenemende zorgvraag door de vergrijzing, een inkrimpende verzorgingsstaat en de nadruk op eigen verantwoordelijkheid van burgers. Met de komst van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning wil de overheid de kostenbeheersing hand in hand laten gaan met het stimuleren van een actieve deelname aan de samenleving. De inzet van de WMO is het ondersteunen van kwetsbare mensen, zodat ze zelfstandig en volwaardig kunnen deelnemen aan de maatschappij. Daartoe is het de bedoeling dat de *civil society* – en niet de overheid - de benodigde ondersteuning gaat geven. Er worden scherpere

grenzen getrokken bij de toekenning van professionele zorg en een groter beroep gedaan op de inzet van informele hulpverleners.

In beleidsnota's van de overheid staat de kwestie centraal of er wel voldoende aanbod van informele zorg is. Nederlandse cijfers laten zien dat ook in de toekomst het aantal hulpgevers en ontvangers in evenwicht zal blijven (De Boer & Timmermans, 2007; Struijs 2006). De kwaliteit van informele zorg zal echter wel veranderen, omdat mensen de zorg moeten combineren met andere taken of een baan. De combinatie van arbeid en zorg die tot dubbele belasting kan leiden, geldt vooral voor vrouwen, omdat zij nog steeds de belangrijkste bron voor informele zorg zijn. Daarnaast blijkt uit eerder onderzoek van Linders (2010) dat mensen vaak anderen helpen met verwante psychische, fysieke of sociale problemen. Dit levert risico's als overbelasting van hulpgevers op. Door deze ontwikkelingen is er in de toekomst meer aandacht nodig voor de inzet en kwaliteit van informele zorg, waarbij professionals ook oog moeten hebben voor de draagkracht van hulpgevers.

Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat het netwerk van kwetsbare mensen klein is. De contacten bestaan vaak uit personen in vergelijkbare levenssituaties, die lang niet altijd de vaardigheden hebben om met de problemen om te gaan of de problemen juist in stand houden. Bovendien zijn de contacten vaak beperkt of verstoord door de problemen van de cliënt en gebeurtenissen uit het verleden met familie, vrienden en burens. Het is daarom voor sociale professionals van belang naar de positieve en negatieve interacties in het netwerk van cliënten te kijken.

In termen van sociaal kapitaal kan gesteld worden dat de netwerken van kwetsbare burgers vooral *bonding* zijn. Putnam (2000) beschrijft *bonding sociaal kapitaal* als de bronnen die gemobiliseerd kunnen worden binnen een homogene groep, een groep met vergelijkbare denkbeelden en levenssituaties (zoals beschreven in Field, 2003). Louter omgang met de eigen groep met dezelfde achtergrond is echter niet voldoende voor integratie in de wijk, zeker als deze groep op afstand van de samenleving staat. Kwetsbare burgers hebben daarom meer ondersteuning nodig bij het leggen van sociale contacten. Door ook in te zetten op meer heterogene sociale netwerken (*bridging sociaal kapitaal*) kunnen professionals bruggen slaan naar andere groepen in de samenleving, met verschillende sociale en demografische achtergronden. Dit kan leiden tot nieuwe kennis, vaardigheden en sociale contacten. Belangrijk hierbij is dat mensen in een sociaal isolement soms *bonding sociaal kapitaal* missen om *bridging sociaal kapitaal* te ontwikkelen. De bouwgroep van 'Maatschappelijke Steunsystemen' is een middel om te werken aan sociale contacten. Dit *bonding* netwerk biedt een veilige plek voor cliënten om te praten, vaardigheden te ontwikkelen en activiteiten te ondernemen. Daardoor zijn zij beter in staat bruggen te slaan naar mensen in andere levenssituaties.

Om onderlinge contacten tussen buurtbewoners tot stand te brengen is volgens de bevroegde professionals ten eerste het stimuleren van ontmoeting belangrijk. Publieke voorzieningen kunnen

uitnodigen tot het aangaan van sociale contacten en leiden tot sociale relaties. De Kruidenbuurt is een wijk waar de organisatiegraad hoog is en tal van activiteiten georganiseerd worden. Deze initiatieven bereiken echter niet iedereen in de wijk. Algemene ontmoetingsplekken worden weinig bezocht door kwetsbare burgers. Voor hen moet de deelname aan activiteiten in veel gevallen gestimuleerd worden door middel van een persoonlijke benadering. De outreachende aanpak van MSS en het project 'Achter de Voordeur in de Kruidenbuurt' dragen daar aan bij.

De onderzoeksresultaten laten ook zien dat bij psychiatrische patiënten het ziektebeeld een rol speelt in de mogelijkheden om het sociaal netwerk te betrekken. Er is dan ook een verschil te zien tussen mensen met chronisch psychiatrische problemen en mensen in een sociaal isolement. Voor de eerste groep is de wijk niet altijd een veilige plek en kan er sprake zijn van stigmatisering. Meedoen aan het gewone leven kan verwarring en schaamte oproepen. Deze groep heeft ondersteuning nodig om te participeren in de samenleving. De civil society lijkt zich in het geval van mensen met chronisch psychiatrische problemen, dan ook vooral te beperken tot professionals en vrijwilligers. Instrumenten om dit netwerk te vergroten, zijn er nog onvoldoende.

Het is nog niet duidelijk waar de grens kan en mag liggen in het vragen van burgers om voor elkaar te zorgen. Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat de bij dit onderzoek betrokken professionals vooralsnog de grens leggen bij incidentele hulp en hulp in noodgevallen. De respondenten spreken in de interviews vaak over 'een boodschap doen voor de ander' en minder over structurele vormen van hulp. De angst in een situatie terecht te komen waarin men steeds zwaarder belast wordt, speelt hierbij een rol. Professionals kunnen dit ondervangen door een vangnet aan te bieden, waar informele hulpverleners een beroep op kunnen doen bij te zware belasting. Tevens kunnen professionals informele hulpgevers ondersteunen, door informatie over de problematiek en ondersteunende financiële regelingen te geven. Op deze manier waarborgen zij de continuïteit en kwaliteit van de zorg.

Vooraf bij chronisch psychiatrische patiënten blijkt ondersteuning van informele hulpgevers belangrijk, omdat zij een klein netwerk hebben, waar veel druk op staat. Deze netwerken zijn vaak uitgeput, omdat mensen zich vijandig hebben gedragen, ruzie hebben gemaakt met de omgeving of last hebben van stemmingswisselingen. Het is daarom van belang dat MSS ook contacten onderhoudt met hulpgevers en hen ondersteunt waar nodig. Door deze hulpgevers proactief te benaderen, wordt een disbalans tussen draagkracht en draaglast vroeg gesignaleerd. Een proactieve houding is nodig, omdat eerder onderzoek laat zien dat veel hulpgevers schromen om hulp te vragen of te accepteren

als de zorg te zwaar wordt (Linders, 2010). Bovendien zijn het vaak kwetsbare burgers met vergelijkbare problemen die elkaar helpen en hierbij het risico lopen overbelast te raken.

De achterstandspositie van kwetsbare mensen is een maatschappelijk probleem, waarvoor een gezamenlijke verantwoordelijkheid gedragen moet worden. Het is daarbij belangrijk om initiatieven in de wijk niet enkel vanuit een institutionele benadering vorm te geven, waarbij oplossingen alleen binnen de eigen sector gezocht worden. De GGzE, gemeente Eindhoven en woningbouwcoöperatie Trudo werken samen in het project 'Achter de Voordeur in de Kruidenbuurt' om na te gaan of er sprake is van verborgen problematiek in de wijk. Door het outreachende karakter van dit project wordt het bestaande aanbod effectiever op de burger afgestemd, die niet altijd de weg binnen maatschappelijke organisaties weet te vinden. Bovendien kunnen professionals ondersteuning geven bij het vragen van hulp aan het informele netwerk of om te participeren in de wijk. Vaak schamen mensen zich om hulp te vragen of hebben ze niet de vaardigheden om de behoefte aan ondersteuning tot uitdrukking te brengen. Uit de literatuur blijkt dat mensen het moeilijk vinden om zich kwetsbaar op te stellen of om hulp te vragen aan buurtbewoners. Daar ligt de *feeling rule* aan ten grondslag dat we sociale afstand dienen te bewaren tegenover burens. Naast deze *vraagverlegenheid* is er ook sprake van *handelingsverlegenheid*, waarbij buurtbewoners aarzelen om ongevraagd hulp te bieden (Linders, 2010). Volgens de respondenten willen buurtbewoners elkaar wel helpen, maar hebben geen idee wie hulp nodig heeft. Het zijn, zo blijkt uit de resultaten, vooral de mensen met psychische problemen die niet gekend worden in de wijk. Daarnaast haken buurtbewoners af, omdat ze niet weten mensen hoe ze moeten handelen bij complexe problematiek.

Kort samengevat is de uitdaging van sociale professionals het werken aan een accepterende samenleving en het latent maken van de vraag en het aanbod van informele zorg. Er zijn allerlei initiatieven die vraag en aanbod bij elkaar proberen te brengen, waarvan een aantal besproken zijn in het theoretisch kader. Deze interventies kunnen sociale professionals handvatten en werkwijzen bieden om informele zorg te stimuleren. Toch is voor kwetsbare burgers de verbinding met de samenleving niet zomaar gelegd. De praktijk is weerbarstig en vraagt om flexibiliteit en creativiteit van sociale professionals.

8.2 Aanbevelingen

De voorgaande conclusies leiden tot diverse aanbevelingen voor het werkveld in de Kruidenbuurt, maar wellicht ook voor professionals in andere wijken. Deze aanbevelingen richten zich op wat uitgediept kan worden door professionals en beleidsmedewerkers om maatschappelijke steunsystemen uit te breiden naar informele zorg.

- Een belemmering voor het ontstaan van informele zorg is *mantelval*, waarbij potentiële hulpverleners bang zijn na het geven van incidentele hulp te vervallen in structurele hulp. Er kan meer ingezet worden op structurele hulp, als er een vangnet is voor informele hulpverleners. Dit maakt het risico op overbelasting kleiner. Daarnaast kunnen professionals informele hulpverleners ondersteunen door informatie over de problematiek en financiële regelingen, zoals het PGB en respijtzorg. Professionals kunnen op deze manier de continuïteit en kwaliteit van de zorg waarborgen. Vooral bij kwetsbare burgers met chronisch psychiatrische problemen is de ondersteuning van informele hulpverleners nodig, omdat zij vaak een klein netwerk hebben, waar veel druk op staat. Bovendien hebben informele hulpverleners een belangrijke functie in het signaleren van (onzichtbare) problemen. Het is daarom van belang dat MSS ook contacten onderhoudt met hulpgevers en hen ondersteunt waar nodig.
- Uit de resultaten blijkt dat buurtbewoners bereid zijn om hulp te geven, maar dit meestal niet uit zichzelf aanbieden. Daarnaast bestaat er ook *vraagverlegenheid*. Mensen vinden het moeilijk om zich kwetsbaar op te stellen en weten vaak niet wat ze kunnen verwachten van de burens. De concepten van Hochschild (1979) laten zien dat er sociale regels zijn, *feeling* en *framing rules*, die het aanbieden en aanvaarden van informele zorg beïnvloeden. In de evaluatie van de pilot 'Ha Buurman, Ha Buurvrouw' komt naar voren dat het zichtbaar maken van deze sociale regels, informele zorg kan stimuleren. Op deze manier weten mensen wat ze aan elkaar kunnen vragen en wie bereid is tot welke hulp. Dit moet op straatniveau georganiseerd worden, omdat dit het niveau is waarop mensen elkaar kennen, al is het alleen van gezicht en naam. Een kanttekening die we hierbij moeten maken, is dat er al enige sociale cohesie moet zijn in de straat. Ook kunnen er meer activiteiten ontwikkeld worden die gericht zijn op het verminderen van vooroordelen in de maatschappij en het ontwikkelen van positieve beeldvorming rondom cliënten. De inzet van ervaringsdeskundigen kan het beeld van mensen met psychische problemen 'normaliseren'.
- In MSS ligt afhankelijkheid van cliënten op de loer doordat zij een passieve opstelling hebben of omdat het creëren van een netwerk moeizaam verloopt. Dit speelt vooral bij cliënten met chronisch psychiatrische problemen. Professionals spelen een grote rol bij het creëren van sociale hulpbronnen voor deze groep. Deze hulpbronnen beperken zich voor de zwaardere GGZ-doelgroep nog grotendeels tot vrijwilligers en professionals. Er zijn nog weinig activiteiten die de burens en familie stimuleren om deel te nemen in een maatschappelijk steunsysteem. Deze instrumenten moeten verder ontwikkeld worden. Bij

het betrekken van familie en het opbouwen van een duurzaam netwerk kan een aanpak als Eigen Kracht Conferenties zinvol zijn. Toch zal een professioneel vangnet, vooral voor de groep die uiterst kwetsbaar is, ook in de toekomst onontbeerlijk zijn.

8.3 Reflectie

De aanbevelingen in dit onderzoek zijn nog vrij algemeen van aard. In de toekomst kunnen deze aangevuld worden met effectieve methoden, waarvan een aantal voorbeelden op een rijtje zijn gezet in deze masterthesis. Deze methoden zijn met de komst van de WMO nog volop in ontwikkeling. De ervaringen van de kwartiermaker en ervaringsdeskundig begeleiders kunnen daarin waardevol zijn en uitgewerkt worden in de richting van methodiekontwikkeling. Daar levert het lectoraat van de Fontys Hogescholen Sociale Studies een bijdrage aan door de praktijk in de Kruidenbuurt verder te onderzoeken op de effecten van MSS op de sociale contacten van cliënten.

Dit onderzoek is beperkt qua tijd en grootte, waardoor verder onderzoek in sommige opzichten gewenst is. Zo zijn allerlei publieke voorzieningen niet meegenomen in dit onderzoek, zoals de bibliotheek, sportclubs, winkels en andere ondernemingen. Dit maatschappelijk middenveld kan ook deel uitmaken van een maatschappelijke steunsysteem en een veilige plek zijn voor kwetsbare burgers. In een vervolgonderzoek is het interessant om ook dit netwerk mee te nemen.

Literatuurlijst

- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de, en Meer-Middelburg, A.G.E. van der (1996). *Basisboek open interviews*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Baart, A. (2003). Inleiding: een beknopte schets van de presentiebenadering. *Sociale interventie*, 2, 5-8.
- Bergen, A. van, Erp, N. van, Leur, J. van, en Rooijen, S. van (2010). *Inventarisatie maatschappelijke steunsystemen in Nederland*. Utrecht: Movisie/Trimbos-instituut.
- Bodd, J., Linders, L. en Steyaert, J. (2005). *Actiefburgerschap.: het betere trek- en duwwerk rondom publieke dienstverlening*. Eindhoven: Fontys Hogescholen.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Amsterdam: Boom onderwijs.
- Boer, A.H. de, en Timmermans, J.M. (2005). *Wat is informele zorg?* Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. Verkregen op 22 februari 2010, via: http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1989n29839.html
- Boer, A. de, en Timmermans, J. (2007). *Blijvend in balans: een toekomstverkenning van informele zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Bouma, I., Linders, L. en Steyaert, J. (2008). *Nieuw beleid, nieuwe professionals: de implicaties van de WMO voor hulpverleners*. Eindhoven: Fontys Hogescholen.
- Buurtcontract Kruidenbuurt. (2010). Verkregen op 23 maart 2010, via: <http://www.eindhoven.nl/gemeente/bestuur-algemeen/programmabegroting-20092012-1/Buurtcontract-Kruidenbuurt-2010-ondertekend.htm>
- Caten, H. ten. (2008). *Eindhovense Buurthermometer 2008: gebaseerd op de sociaal economische status van de problematiek in buurten*. Eindhoven: gemeente Eindhoven.
- Cantor, M.H. (1989). Social care: family and community support systems. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 503, 99 -112.
- Collignon-van den Munckhof, L. en Summeren, F. (2010). *Achter de voordeur in de Kruidenbuurt: evaluatie van het project 'nazorggesprekken', Eindhoven*. Vucht.
- Davey, A. and Patsios, D. (1999). Formal and informal community care to older adults: comparative analysis of the United States and Great Britain. *Journal of Family and Economic Issues*, 20, 271-299.
- Duyvendak, J.W. en Verplanke, L. (2010). *Onder mensen? Over het zelfstandig wonen van psychiatrische patiënten en mensen met verstandelijke beperkingen*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Ewijk, H. van (2006). *De WMO als instrument in de transformaties van de welvaartsstaat en als*

- impuls voor vernieuwing van het sociaal werk. *Sociale interventie*, 3, 5-16.
- Field, J. (2008). *Social Capital*. London: Routledge.
- Granerud, A. en Severinsson, E. (2003). Preserving Integrity: experiences of people with mental health problems living in their own home in a new neighbourhood. *Nursing Ethics*, 10, 601-613.
- Gemeente Eindhoven (2010). *Informatie over wijkvernieuwing*. Verkregen op 22 februari 2010, via: <http://www.eindhoven.nl/wijkvernieuwing-eindhoven/Wijkvernieuwing-Eindhoven/Wat-is-wijkvernieuwing.htm>
- Giddens, A. (2007). *Europe in the Global Age*. Cambridge: Polity Press.
- Heyndrickx, P., Barbier I., Driesen H., Ongevalle, M. van, en Vansevenant K. (2005). *Meervoudig gekwetsten, Contextuele Hulpverlening aan kwetsbare mensen*. Vliet: Lannoo.
- Hochschild, A. R. (1979). Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure. *The American Journal of Sociology*, 85, 551-575.
- Hochschild, A. R. (2003). *The commercialization of intimate life : notes from home and work*. Berkeley: University of California Press.
- Hortulanus, R. P. (2004). Het belang van de wet maatschappelijke ondersteuning. *Sociale interventie*, 4, 27-35.
- Huygen, A. en Meere, F. de (2007). *En, heb je ook een vraag? Ontwikkeling marktplaats voor burenhulp TijdVoorElkaar in Utrecht Zuid*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Jager-Vreugdenhil, M. (2009). 'Ha Buurman! Ha Buurvrouw!' In M. H. Kwekkeboom en M. Jager-Vreugdenhil e.a., *De praktijk van de WMO. Onderzoeksresultaten lectoraten social work* (pp. 57-71). Amsterdam: SWPPublishers.
- Kal, D. (2001). *Kwartiermaken: werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische aandoening*. Amsterdam: Boom.
- Kenniscentrum Stedelijke Vernieuwing (2010). *Informatie over de Kruidenbuurt*. Verkregen op 22 februari 2010, via: http://www.keicentrum.nl/view.cfm?page_id=1897&Item_type=project_t&item_id=230
- Knijjn, T. (2009). *Cursushandleiding 2009-2010. Cursus: Verzorgingsstaten: Context en Transformatieprocessen*. Utrecht: universiteit Utrecht.
- Koops, H. en Kwekkeboom, M. H. (2005). *Vermaatschappelijking in de zorg: ervaringen en verwachtingen van aanbieders en gebruikers in vijf gemeenten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Lans, J. van der (1996). *De onzichtbare samenleving: beschouwingen over publieke moraal*. Utrecht: NIZW.
- Linders, L. (2007). Niet de sterkste schouders. *Sociale interventie*, 16, 13-23.
- Linders, L. (2010). *De betekenis van nabijheid: een onderzoek naar informele zorg in een Volksbuurt*. Den

- Haag: SDU uitgevers.
- Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2010). *Informatie over de Wet Maatschappelijke Ondersteuning*. Verkregen op 9 februari 2010, via: <http://www.minvws.nl/dossiers/wmo/default.asp>
- Oorschot, W. van, and Arts, W. (2005). The social capital of European welfare states. The crowding out hypothesis revisited. *Journal of European Social Policy*, 15(1), 5-26.
- Peters, A. en Meeuwssen, M. (2008). *Burenhulpcentrale. Landelijk Evaluatieonderzoek*. Rotterdam: SEV.
- Plemper, E. en Vliet, A. van (2003). *Community care: de uitdaging voor Nederland. Bijlage bij RMO Advies 25: de handicap van de samenleving*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Poldermans, M.W.E. (2008). *Wie dan leeft, wie dan zorgt?* Delft: Uitgeverij Eburon.
- Ravelli, A. (2005). Wat kunnen Nederlandse gemeenten leren van de Maori's? *Sociale Interventie*, 14, 39- 43.
- Scholten, G. (2007). *Acht keer kwartiermaken.: een verkennend onderzoek naar de methodische aspecten van kwartiermaken*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Schout, G. (2008). Zorgvermijding en zorgverlamming. *Sociale interventie*, 17(1), 15-25.
- Sedney, P.L.F., Hauwert, S. en Stam, M. (2008). *Eigen Krachtconferentie bij dreigende huisuitzetting: praktijkvoorbeeld*. Utrecht: Movisie.
- Sociaal Cultureel Planbureau (2010). *Informatie over informele zorg*. Verkregen op februari 2010, via: http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1989n29839.html
- Sok, K. (2009). *Maatschappelijke steunsystemen (MSS) Eindhoven en randgemeenten*. Utrecht: Movisie.
- Steyaert, J. (2009). *Formele en informele zorg: kempfanen of danspartners?* Canon Sociaal werk.
- Struijs, A.J. (2006). *Informele zorg: het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de langlopende zorg*. Zoetermeer: RVZ.
- Tjadens, F. en Duijnste, M. (1999). *Visie op mantelzorg*. Utrecht: NIZW.
- Tonkens, E., Broeke, J. van den, en Hoijtink, M. (2009). *Op zoek naar weerkaatst plezier: samenwerking tussen mantelzorgers, vrijwilligers, professionals en cliënten in de multiculturele stad*. Amsterdam: University Press.
- Veer, A. J. E. de, Brandt, H. E., Schellevis, F. G. en Francke, A. L. (2008). *Buurtzorg: nieuw en toch vertrouwd. Een onderzoek naar de ervaringen van cliënten, mantelzorgers, medewerkers en huisartsen*. Utrecht: Nivel.
- Vliet, K. van, Duyvendak, J. W., Boonstra, N. en Plemper, E. (2004). *Toekomstverkenning ten behoeve van een beroepenstructuur in zorg en welzijn*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Wilterdink, N. en Heerikhuizen, B. van (2003). *Samenlevingen: een verkenning van het terrein van de sociologie*. Groningen: Wolters-Noordhoff

Yip, K. (2000). The community care movement in mental health services. *International Social Work* 43(1), 33–48.

Bijlage I Respondenten

Respondent 1: Kwartiermaker van MSS

Een kwartiermaker is een hulpverlener met kennis van psychiatrische problematiek, die ook ervaring heeft met de doelgroep en activiteiten op maatschappelijk vlak. De kwartiermaker probeert het draagvlak in samenlevingsverbanden en organisaties te vergroten zodat er een veilig plek is voor kwetsbare mensen.

Respondent 2: Ervaringsdeskundig begeleider van MSS

Respondent 3: Ervaringsdeskundig begeleider van MSS

Respondent 4: Ervaringsdeskundig begeleider van MSS

In MSS wordt er naast de kwartiermaker gewerkt met ervaringsdeskundigen. Zij hebben ervaring als cliënt en ervaring met psychisch leiden en kwetsbaarheid (Sok, 2009). De werkzaamheden bestaan vooral uit contact maken met de doelgroep en het bieden van ondersteuning. Daarnaast begeleiden zij de bouwgroepen waarin deelnemers van MSS samengebracht worden. De ervaringsdeskundig begeleiders hebben een opleiding of verschillende cursussen gevolgd en stage gelopen.

Respondent 5: Deelnemer van de bouwgroep van MSS

Respondent 6: Deelnemer van de bouwgroep van MSS

Respondent 7: Deelnemer van de bouwgroep van MSS

Respondent 8: Teamleider van het programma 'Emancipatie' van de woningbouwcoöperatie Trudo

De Eindhovense woningbouwcoöperatie Trudo wil bewoners een kans geven die ambities hebben om te stijgen op de sociale en maatschappelijke ladder. Trudo start zelf geen voorzieningen, maar probeert bestaande voorzieningen te initiëren, faciliteren en ondersteunen door middel van het programma 'Emancipatie'.

Respondent 9: Medewerker van Trudo die op huisbezoek gaat voor het project: 'Achter de Voordeur in de Kruidenbuurt'

In dit project worden huisbezoeken ingezet om na te gaan of er sprake is van (verborgen) problematiek of onvervulde ambities bij bewoners die terugkeren in de Kruidenbuurt na de renovatie (Collignon & van Summeren, 2010). Trudo, de GGzE en de gemeente Eindhoven, met inzet van het PIT-team (Preventie Informatie Team) en Welzijn Eindhoven, werken samen in dit project.

Respondent 10: Centrummanager van het casemanagement van de GGzE

Casemanagement is een vorm van zorg waarin cliënten ambulante begeleiding worden op verschillende levensgebieden, zoals werken, leren, gezondheid en het sociaal netwerk. De casemanager draagt de regie en coördinatie voor dit proces.

Respondent 11: Wijkverpleegkundige van Buurtzorg Nederland

Buurtzorg Nederland zet kleine autonome teams (max. 12 verpleegkundigen) in voor de verpleging en verzorging aan huis. Het werk is niet gefragmenteerd, zoals bij veel thuisorganisaties het geval is. De teams zijn zelfsturend en worden ondersteund door een landelijke organisatie, waardoor de overheadkosten laag zijn. Iedere medewerker is zelf verantwoordelijk voor zijn cliënten, waardoor Buurtzorg heeft wel iets weg van het werk van de oude wijkverpleegkundige. De medewerkers van deze organisatie kennen het sociale (vaak buurtgebonden) netwerk en kunnen daardoor een beroep doen op het netwerk binnen de wijk (Veer, Brandt, Schellevis & Francke, 2008).

Respondent 12: Voorzitter van de Stichting Buurtbeheer Kruidenbuurt

Een aantal bewoners heeft eind jaren '80 een bewonerscomité opgezet om aandacht te vragen voor de Kruidenbuurt en te zorgen voor een prettige en leefbare buurt. Dit is later uitgegroeid tot de Stichting Buurtbeheer Kruidenbuurt. Er zijn diverse werkgroepen actief in de Kruidenbuurt die zich inzetten voor een prettige en leefbare wijk. SBK ondersteunt allerlei initiatieven uit de buurt en is een samenwerkingspartner in veel projecten. In totaal zijn er 45 vrijwilligers werkzaam bij SBK.

Respondent 13: Programmamanager van het programma: 'Meedoen' van de gemeente Eindhoven

In het programma 'Meedoen' van de gemeente Eindhoven is er speciale aandacht voor kwetsbare burgers die niet makkelijk deelnemen aan de samenleving. Dit zijn bijvoorbeeld mensen met een laag inkomen of schulden, mensen in een sociaal isolement, of mensen die niet goed kunnen lezen of schrijven. Daarnaast is de gemeente vanuit het programma 'Meedoen' een partner in het project 'Achter de voordeur in de Kruidenbuurt'.

Respondent 14: Senior klantbeheerder van Woonbedrijf

De Senior klantbeheerder is verantwoordelijk voor het beheer van de klanten van huurwoningen. Woonbedrijf heeft 171 woningen in de Kruidenbuurt die gerenoveerd worden. Woonbedrijf geeft met financiële bijdragen ook ondersteuning aan straatactiviteiten, bewonersparticipatie, activiteiten voor de wijkdag en bijdragen voor goede ideeën in de buurt.

Respondent 15: Buurtbrigadier van de politie, wijken Kruidenbuurt-Sintenbuurt

Deze buurtgebonden politiefunctionaris is verantwoordelijk voor de handhaving in de wijk. Daarnaast is de buurtbrigadier ook een samenwerkingspartner in het netwerk van zorg, welzijn en veiligheid.

Respondent 16: Wijkcoördinator Kruidenbuurt

Eindhoven werkt gebiedsgericht met stadsdeelteams waarbinnen de wijkcoördinatoren werkzaam zijn. Een wijkcoördinator heeft 3 kerntaken. Ten eerste het stimuleren van burgerparticipatie zodat burgers betrokken worden bij initiatieven. Ten tweede het signaleren en analyseren van problemen en kansen zodat signalen bij de juiste partijen komen. Ten derde het initiëren en coördineren van samenwerking tussen verschillende partners in de wijk.

Respondent 17: Maatschappelijk werker Welzijn Eindhoven in de Kruidenbuurt die op huisbezoek gaat voor het project: 'Achter de Voordeur in de Kruidenbuurt'

Iedere maatschappelijk werker heeft een eigen buurt waar de meeste aandacht naar uit gaat. Een maatschappelijk werker ondersteunt mensen met het omgaan met problemen in hun dagelijks leven, werk of relaties. Cliënten melden zich zelf aan of worden doorverwezen. Daarnaast is Welzijn Eindhoven een samenwerkingspartner in het project 'Achter de voordeur in de Kruidenbuurt'.

Bijlage II Topiclijsten semigestructureerde interviews

Professionals

1. Kennismaking en achtergrond

- Voorstellen
- Aankondigen waar het gesprek over gaat
- Toestemming vragen om het gesprek op te nemen
- Uitleggen wat er met de gegevens gaat gebeuren
- Uitleggen wat er in dit onderzoek onder informele zorg verstaan wordt

2. Persoonlijke gegevens van de respondent

- Datum
- Tijd
- Naam respondent
- Organisatie
- Functie

3. Topiclijst

3.1 Kunt u beschrijven wat uw organisatie/project/programma/beroep inhoudt?¹⁰

- Doelen?
- Taken?
- Samenwerking?

3.2 Wat voor een buurt is de Kruidenbuurt?

- Hoe zijn de onderlinge contacten tussen mensen in de buurt?
- Zorgen mensen onderling voor elkaar?
- Wat wordt er georganiseerd?
- Samenwerkingsverbanden?

3.3 Wat wordt er gedaan om de onderlinge contacten tussen mensen in de wijk te versterken?

- Hoe verlopen de projecten?
- Wat zijn de ervaringen? Wat levert het op?

3.4 Hoe ziet het informele netwerk van de cliënten/de doelgroep/buurtbewoners eruit?

¹⁰ De formulering van de vragen verschilt per respondent. Daarnaast zijn de accenten bij elk interview anders.

- a. Samenstelling? Buren, familie, vrienden, vrijwilligers?
 - b. Grootte?
 - c. Reikwijdte van de hulp? Grenzen aan het geven van hulp?
 - d. Kan zo'n informeel netwerk gemobiliseerd worden? Op welke manier?
- 3.5 Hoe is het aanbod (de hulpbereidheid) aan informele hulp in de Kruidenbuurt?
- a. Zijn er kansen om dit te stimuleren?
 - b. Zijn er belemmeringen?
- 3.6 Hoe is de houding van zorgbehoevende met betrekking tot het vragen of accepteren van informele hulp?
- a. Vragen mensen om hulp?
 - b. Hoe kan de hulpvraag geformuleerd worden?
- 3.6 Wat doet u/of de organisatie om informele zorg te stimuleren?
- a. Voorbeelden?
 - b. Wat zijn de ervaringen? Wat levert het op?
- 3.7 Heeft u ideeën over hoe zou informele zorg gestimuleerd kunnen worden in een wijk als de Kruidenbuurt?
- a. Wat is er nodig? Wat vraagt om verbetering?
 - b. Wat kan er gebruikt worden uit het bestaande aanbod?
 - c. Hoe kan er draagvlak gecreëerd worden?
- 3.8 Zijn er mogelijkheden om professionele zorg over te laten nemen door informele zorg?
- a. Wat wel? Wat niet?
 - b. Hoe kunnen professionals zorggevers ondersteunen?
- 3.9 Hoe verloopt de samenwerking met het professionele netwerk/werkveld?
- a. Zijn er verbeterpunten?

4. Nagesprek

- Bedanken
- Vragen naar nieuwe respondenten uit het werkveld
- Wat vond de respondent van het interview?
- Telefoonnummer en e-mailadres geven
- Afspraak maken over uitwisseling van de resultaten
- Afscheid nemen

Cliënten van MSS

1. Kennismaking en achtergrond

- Voorstellen
- Aankondigen waar het gesprek over gaat
- Toestemming vragen om het gesprek op te nemen
- Uitleggen wat er met de gegevens gaat gebeuren

2. Persoonlijke gegevens van de respondent

- Datum
- Tijd
- Naam respondent
- Leeftijd
- Burgerlijke staat
- Huishoudsituatie
- Arbeidssituatie

3. Topiclijst

Voor MSS

3.1 Wat voor steun en/of zorg kreeg u van uw omgeving, voor u meedeed aan MSS? (vraagkant)

- a. Van wie kreeg u steun? (Familie, vrienden, burens, vrijwilligers, collega's, lotgenoten?)
- b. Hoe is die relatie ontstaan? Aangeboden of gevraagd?
- c. Aard en reikwijdte van de relatie? Grenzen aan het ontvangen van zorg? Is er weleens hulp geweigerd?
- d. Relatie gebaseerd op affiniteit en liefde?
- e. Wederkerigheid?
- f. Wat was de inhoud van die steun/ zorg?

3.2 Kunt u ook vertellen welke steun u aan uw omgeving gaf voor MSS?

- a. Aan wie gaf u steun? (Familie, vrienden, burens, vrijwilligers, collega's, lotgenoten)
- b. Hoe is die relatie ontstaan? Aangeboden of gevraagd?
- c. Motivatie voor het geven van hulp?
- d. Relatie gebaseerd op affiniteit en liefde?
- e. Wederkerigheid? Verwacht u hulp terug?
- f. Aard en reikwijdte van de relatie? Grenzen aan het ontvangen van zorg?

Tijdens MSS

3.3 Hoe is het contact met MSS ontstaan?

- a. Eerste kennismaking? Doorverwezen?
- b. Verder verloop?

3.4 Hoe is de steun en zorg uit de omgeving (nu) tijdens MSS? Welke veranderingen hebben plaatsgevonden?

- a. Van wie krijgt u steun? (Familie, vrienden, burens, vrijwilligers, collega's, lotgenoten)
- b. Aan wie geeft u steun?
- c. Hoe zijn die relaties ontstaan? Aangeboden of gevraagd?
- d. Wat is de rol van professionals daarin?
- e. Wat mist u nog?
- f. Potentiële zorg? Van wie verwacht u indien nodig zorg?

3.5 Wat betekent de bouwgroep voor u?

- a. Welke activiteiten worden ondernomen?
- b. Worden er vaardigheden ontwikkeld?

3.6 Is er zorg die eerst gegeven werd door professionals overgenomen door uw eigen sociale netwerk?

3.7 Hoe is het contact met de buurt? Heeft u contact met buurtbewoners?

- a. Wat voor soort contact?
- b. Bent u weleens actief in de buurt?
- c. Doet u weleens mee met acties in de buurt?
- d. Wat vindt u van de zorgzaamheid in de buurt?

4. Nagesprek

- Bedanken
- Wat vond u van het interview?
- Afscheid nemen