



De zorgkracht van sociale netwerken

Redactie: Jan Steyaert & Rick Kwekkeboom

Colofon

Redactie: Jan Steyaert & Rick Kwekkeboom

Eindredactie: MOVISIE

Omslagfoto: Barbara Houweling, www.nationalebeeldbank.nl

Vormgeving: Suggestie & Illusie

Drukwerk: Libertas

ISBN: 9789088690853

Bestellen of downloaden via www.movisie.nl of www.wmowerkplaatsen.nl.

© 2012

Alles uit deze uitgave mag, mits bronvermelding, worden vermenigvuldigd en openbaar gemaakt. Een digitale versie van deze uitgave is gratis te downloaden via onder meer www.wmowerkplaatsen.nl.

Mei 2012

Deze publicatie is tot stand gekomen dankzij financiering van het ministerie van VWS. Wmo-werkplaatsen zijn samenwerkingsprojecten tussen het ministerie van VWS en lectoraten van een aantal Nederlandse HBO-instellingen. Ze zijn gericht op beroepsinnovatie in de sociale sector in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Dat doen ze via praktijkgericht onderzoek en bijdragen in diverse vorm aan onderwijs en deskundigheidsbevordering. Meer informatie is beschikbaar via www.wmowerkplaatsen.nl.

De kennisproducten van de Wmo-werkplaatsen worden uitgegeven en beheerd door MOVISIE. Deze publicatie is gecoördineerd door de Eindhovense Wmo-werkplaats van Fontys hogeschool Sociale Studies.

MOVISIE is hét landelijke kennisinstituut en adviesbureau voor toepasbare kennis, adviezen en oplossingen bij de aanpak van sociale vraagstukken op het terrein van welzijn, participatie, sociale zorg en sociale veiligheid. Onze activiteiten zijn georganiseerd in vijf actuele programma's: effectiviteit en vakmanschap, participatie en actief burgerschap, sociale zorg, huiselijk en seksueel geweld en gebiedsgericht werken. Onze ambitie is het realiseren van een krachtige samenleving waarin burgers zoveel mogelijk zelfredzaam kunnen zijn.



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



kennis en aanpak van
sociale vraagstukken



Hogeschool Sociale Studies



De zorgkracht van sociale netwerken

Redactie: Jan Steyaert & Rick Kwekkeboom

Inhoudsopgave

■ Inleiding	4
■ Hoofdstuk 1: De beleidscontext voor zorgkracht van sociale netwerken	7
■ Hoofdstuk 2: Zorg in Nederland – beelden, feiten en (on)mogelijkheden	14
■ Hoofdstuk 3: Sociale wetenschappers over sociale netwerken	25
■ Hoofdstuk 4: Sociale netwerken in de sociaal-agogische vakkennis	36
■ Casus: Fatima Tahir & Julia van Hoof	54
■ Hoofdstuk 5: In dialoog over relaties en netwerken	59
■ Hoofdstuk 6: Tussen zelfredzaamheid en eigen regie: Wmo en de autonomie-paradox	72
■ Hoofdstuk 7: Sociale netwerkstrategieën bij MEE	81
■ Hoofdstuk 8: Natuurlijk een netwerkcoach! de kracht van het vragen stellen	88
■ Casus: Ada Hendriks & Carmen van Straalen	94

■ Hoofdstuk 9: Familie als volwaardige partner in de geestelijke gezondheidszorg	100
■ Hoofdstuk 10: De keerzijde van het benutten van sociale netwerken van ggz-cliënten	107
■ Hoofdstuk 11: Een steunend netwerk rondom mensen met NAH	113
■ Casus Pauline Bloem & Lisa Spruit	120
■ Tot slot	124
■ Verwijzingen	127
■ Over de auteurs	135

Inleiding

We zijn tegenwoordig allemaal wel actief op sociale netwerksites zoals Facebook of LinkedIn. Dat lijkt heel speels en weinig om het lijf te hebben, een beetje vulling van de lege momenten, maar het levert ook aardig wat op. Zo berichtten de nieuwsmedia begin 2012 dat bij een mogelijke beursgang Facebook een waarde zou krijgen tussen de 75 en 100 miljard euro en tot wel 10 miljard risicokapitaal bij beleggers kan ophalen. Dat zijn op zich al stevige cijfers, maar er is meer dan economisch gewin. Vanuit de sociale geneeskunde is al langer bekend dat mensen met een goed sociaal netwerk een betere gezondheid en een hogere levensverwachting hebben (zie bijvoorbeeld Berkman & Syme, 1979). Dan hoeft het niet te verbazen dat in de jaren tachtig van de vorige eeuw in Californië aan gezondheids promotie werd gedaan onder de slogan ‘friends are good-medicine’!

En er zijn nog meer voordelen. Landen met stevige sociale netwerken doen het beter inzake economische groei en onderwijsprestaties en hebben minder criminaliteit (lees hierover meer in hoofdstuk 3).

Hoewel sociale netwerken tegenwoordig zowel privé als zakelijk vaak worden ingezet en positief worden gewaardeerd, lijkt sociaal werk dat vreemd genoeg beduidend minder te doen. Dat is niet altijd zo geweest. Er is enkele decennia geleden wel degelijk de nodige theorievorming en ontwikkeling van sociale interventies geweest (lees hierover meer in hoofdstuk 4), maar het huidige sociaal werk lijkt dit vergeten te zijn of minstens niet meer actief toe te passen.

Op de vele colleges, lezingen en workshops die we in het kader van de Wmo-werkplaats Noord-Brabant de afgelopen jaren hielden, kwam steevast de vraag aan bod wie in het publiek genogrammen en ecogrammen kende (ongeveer de helft) en wie deze technieken het afgelopen jaar had toegepast in een hulpverleningstraject met cliënten (een marginale minderheid). Dat is geen aselechte steekproef en geen gedegen onderzoekszopzet, maar voor ons wel een signaal dat sociaal werk significant meer aan zorgkracht kan losmaken door in hulpverleningstrajecten de sociale netwerken van een cliënt aan te spreken, ook al zijn die klein of soms meer een last dan een lust voor de zorgbehoevende burger.

Er zijn drie redenen waarom sociaal werk hier (terug) in zou moeten investeren. Belangrijkste reden is dat sociale netwerken een grote waarde hebben en een belangrijke drager zijn van levenskwaliteit. Cliënten met kleine en zwakke sociale netwerken kunnen dus veel hebben aan de versterking daarvan. Een volgende reden ligt in de eindigheid van alle hulpverleningstrajecten, elke cliënt is op een bepaald ogenblik een keer ‘uitbehandeld’. Als dan het sociale netwerk al in beeld is voor de nog nodige (na)zorg en preventieve waakzaamheid, is er een vlotte overdracht tussen professionele en niet-professionele hulp mogelijk. Dat levert een duurzame zorgzame omgeving op. Tenslotte

zien we in het aanspreken van sociale netwerken rondom zorgbehoevende burgers één van de strategieën om de krimp aan professionele hulp op te vangen. Mensen willen hun familie, vrienden en andere leden van hun sociaal netwerk immers best helpen als daaraan behoefte bestaat, maar dat gaat niet vanzelf. Er is sprake van onwennigheid, onwetendheid, vraagverlegenheid en daarom van drempels om te komen tot volwaardige onderlinge steun. Sociaal werk kan hier een rol spelen door als het ware als vroedvrouw extra zorgkracht uit sociale netwerken ter wereld helpen.

Deze publicatie wil via drie soorten bijdragen de relatie tussen sociaal werk en de zorgkracht van sociale netwerken in beeld brengen. In een reeks van beschouwende hoofdstukken (hoofdstuk 1 tot en met 6) staan we stil bij de beleidscontext waarin de sociale sector zich bevindt, de huidige dynamiek van informele zorg en wat in sociale wetenschappen en de vakkennis van sociaal werk bekend is over sociale netwerken. We gluren ook een keer bij de burens en kunnen lezen hoe in Vlaanderen het sociaal werk met sociale netwerken van cliënten werkt. Ten slotte wordt de autonomieparadox in de Wmo beschreven.

Vervolgens komen in een aantal bijdragen (hoofdstuk 7 tot en met 11) specifieke methoden aan bod waarin sociaal werk niet alleen hulp verleent aan zorgbehoevende burgers, maar ook specifiek hun sociaal netwerk in die hulp inschakelt. Dit is geen allesomvattend overzicht, eigen kracht conferenties worden bijvoorbeeld niet specifiek behandeld. Wel omvat het een selectie van interventies die de afgelopen jaren vanuit de Wmo-werkplaatsen gevolgd werden.

Tussen de hoofdstukken door staan enkele uitgewerkte casuïstiekbeschrijvingen. Ook die zijn gemaakt in het kader van de Wmo-werkplaats. De betrokken cliënten en hulpverleners zijn anoniem gemaakt door persoonlijke informatie zoals naam, leeftijd en locatie te wijzigen. We willen hen hier wel zeer nadrukkelijk bedanken voor de bereidheid hun verhaal in alle openheid te vertellen. Deze publicatie is aan hen opgedragen. Het is onze hoop dat we via hen het sociaal werk met de aangeboden informatie kunnen inspireren, zoals ook hun praktijksituatie ons inspireerde.

De lezer zal snel merken dat tussen de verschillende hoofdstukken verschil van stijl zichtbaar is. We verwijzen dan niet naar verschil van schrijfstijl, maar vooral naar het perspectief van waaruit naar zorgkracht van sociale netwerken gekeken wordt. In sommige hoofdstukken verkennen de auteurs vooral hoe er nog winst behaald kan worden. Anderen zijn sceptisch en geven aan dat er al zoveel voor elkaar gezorgd wordt in Nederland, dat het maar de vraag is of er groei mogelijk is. Elders wordt verwezen naar de risico's die verbonden zijn aan nog meer zorgkracht aanspreken. We hebben uitdrukkelijk deze verschillen van perspectief aan bod willen laten komen, omdat het aangeeft in welke fase deze zoektocht zit.

De door de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en 'de kanteling' veroorzaakte herbronning van professionele kennis zorgt voor veel beweging en creativiteit, maar is nog geen uitgekristalliseerd proces. Ook in deze publicatie niet.

Nog drie voorafgaande opmerkingen. We hanteren in deze publicatie bewust de term ‘zorgbehoevende burger’ in plaats van de gangbare term ‘kwetsbare burger’. We zijn immers allemaal kwetsbaar voor sociale risico’s waartegen de verzorgingsstaat ons beschermt. In die context de term kwetsbare burgers specifiek gebruiken voor dat deel van de bevolking dat steun nodig heeft, creëert een vals gevoel van veiligheid en is een taalkundige bijdrage aan de erosie van solidariteit.

We hanteren in deze publicatie ook bewust de term ‘sociale interventie’ als we verwijzen naar expliciete handelingen van hulpverleners. In de sociale sector is er wat discussie over wat nu een sociale interventie, een methode of een methodiek is. Dat is een boeiende discussie, maar het is niet de focus van deze publicatie. Daarom kiezen we hier eenduidig voor sociale interventie als begrip.

Deze publicatie is tot stand gekomen in het kader van de *Wmo-werkplaats Noord-Brabant*. Zowel de theoretische hoofdstukken als de beschrijvingen van sociale interventies en casuïstiek zijn onderdeel van onze zoektocht naar vitale coalities van formele en informele zorg (Steyaert & Kwekkeboom, 2010). We danken het ministerie van VWS voor de steun aan dit project en specifiek voor dit boek de volgende organisaties uit het werkveld: afdeling Stabiel van Leger des Heils Eindhoven, Steunpunt Zorg voor Welzijn Hoorn, Mezzo, Humanitas Groningen, MEE Brabant Noord en GGzE. We willen hier ook de kritische meelezers bedanken die werkversies van deze publicatie van zinvolle op- en aanmerkingen voorzagen. Hopelijk herkennen zij in deze versie hun invloed: Erica Brettschneider, Theo Roes, Jannie Wijsman en Jean-Pierre Wilken. Ook bij het schrijven van een boek kan er kracht gehaald worden uit sociale netwerken: Nele Steyaert las de hele tekst na op tikfouten en schrijfstijl.

De beleidscontext voor zorgkracht van sociale netwerken

Jan Steyaert

Er waart een storm over Europa. Zo zou je de openingswoorden van het communistisch manifest van 1848 kunnen parafraseren. Toen ging het om het spook van het communisme, nu gaat het om de storm aan maatschappelijke uitdagingen en politieke antwoorden daarop. Die maatschappelijke uitdagingen worden gedomineerd door de financiële en economische crisis, maar afgeleid daarvan ook de crisis van de euro en de problematische schuldenlast van landen, Griekenland en de Verenigde Staten voorop. Het antwoord op die uitdagingen wordt gezocht in het verkleinen van overheidsschuld. In Griekenland en elders wordt dan nog wel eens gekeken naar het verhogen van de inkomsten van de overheid via het zorgvuldiger heffen en invoeren van nieuwe vormen van belasting.

In Nederland krijgt het hoofdzakelijk de vorm van het verminderen van de uitgaven van de overheid en het verkleinen van de publieke sector. Die beweging was al eerder ingezet, rond de eeuwwisseling, maar dan met de vergrijzing van de bevolking als belangrijkste achtergrond. Voor de sociale sector¹ betekent dit een hele omwenteling. In dit inleidend hoofdstuk willen we stilstaan bij deze omwenteling, omdat die het decor vormt van de hernieuwde aandacht voor de zorgkracht van sociale netwerken rondom zorgbehoevende burgers.

Wat vooraf ging

Om veranderingen te begrijpen, is het nuttig zicht te hebben op wat er aan voorafging. Voor de sociale sector en in ruimere zin de Nederlandse verzorgingsstaat kan je daarvoor de vorige eeuw in drie fases opknippen (zie www.canonsociaalwerk.eu voor details).

De *eerste fase* loopt van eind 19^{de} eeuw tot midden 20^{ste} eeuw. De start kan gelegd worden in 1874 met het Kinderwetje van de liberaal Sam van Houten. Daardoor werd kinderarbeid onder de twaalf jaar verboden. Door gebrek aan controle was de impact van de wet niet erg groot, maar het was wel de start van een reeks beleidsmaatregelen waarmee de overheid de sociale kwaliteit van het leven trachtte te verhogen. Zo kwam er uitbreiding van de leerplicht tot twaalf jaar (1900), de Woningwet (1901) die sociale woningbouw stimuleerde, de Ongevallenwet (1901), de eerste Sociale verzekeringswet tegen bedrijfsongevallen (1901), kindervetten waarmee ouders uit de ouderlijke macht konden worden ontheven en gezondheidswetgeving (1901) die gezondheidsinspecteurs aan het werk zette.

1 Met het begrip 'sociale sector' verwijzen we naar alle hulpverleningsvormen die werken aan de sociale kwaliteit van de samenleving, via individuele hulp aan zorgbehoevende burgers of via collectieve hulp zoals samenlevingsopbouw. Het gaat dan om sociaal werk maar ook om bijvoorbeeld geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en arbeidsreintegratie.

Ook het bedrijfsleven kreeg oog voor de sociale kwaliteit van het leven van haar werknemers. Zo verzorgde Philips in Eindhoven de huisvesting van haar werknemers via een eigen woningbouwvereniging, de scholing via eigen onderwijsinitiatieven en de vrije tijd via onder meer de Philips bibliotheek en de Philips Sport Vereniging (inderdaad, voorloper van het huidige PSV). Een ander voorbeeld is het voormalige bedrijf Koninklijke Hoogovens dat huishoudelijke hulp voorzag voor zijn werknemers: als de vrouw ziek was, kon de man tenminste blijven doorwerken. Ook andere bedrijven namen vergelijkbare initiatieven.

Het resultaat van deze ontwikkelingen was dat er eind van de jaren dertig een reeks sociale maatregelen bestond om de levenskwaliteit te verhogen en zorgbehoevende burgers bij te staan. Er was echter een lappendeken van kleine initiatieven en het totaal gaf geen volledige dekking van solidariteit over de hele bevolking. Inspanningen van bijvoorbeeld Philips waren vanzelfsprekend voorbehouden voor werknemers van dat bedrijf.

Dat veranderde in de *tweede fase* van de opbouw van de verzorgingsstaat, die startte in de Tweede Wereldoorlog. In Groot-Brittannië had men alle vertrouwen in het winnen van die oorlog. Daarom was alvast in 1940 William Beveridge gevraagd na te denken over de inrichting van de sociale zekerheid na de oorlog. Met zijn adviezen tekende hij de bouwplannen van de verzorgingsstaat. Iedereen zou naar draagkracht via belastingen bijdragen aan de collectieve verzorgingsarrangementen, iedereen kon er naar zorgbehoefte beroep op doen. Essentieel daarvoor was een situatie van volledige tewerkstelling. De overheid nam een centrale positie in de organisatie van de verzorgingsstaat in.

De bouwplannen van Beveridge werden niet alleen in Groot-Brittannië uitgevoerd, ze werden ook een exportproduct. Nederlandse politici waren enthousiast over de voorstellen van Beveridge en vroegen Arie van Rhijn om met een commissie te kijken naar de invoering daarvan in Nederland. Dat leidde tot een nieuwe reeks sociale maatregelen, zoals de door Willem Drees ingevoerde Noodwet ouderdomsvoorziening (1947) die later zou doorgroeien naar de Algemene Ouderdomswet (AOW). De invoering van de Bijstandswet door Marga Klompé (1965) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ, 1968) kunnen als sluitstuk van deze fase gezien worden. Anders dan voor de Tweede Wereldoorlog kende Nederland nu een dekkend solidariteitsstelsel waar iedereen naar vermogen aan bijdroeg en naar zorgbehoefte beroep op kon doen.

De *derde fase* kan je omschrijven als de groeipijnen van de verzorgingsstaat en omvat de laatste drie decennia van de 20ste eeuw. Terwijl de bouwplannen van Beveridge nog steeds de basis vormen voor groei en uitbreiding van de verzorgingsstaat, ontstaat er twijfel over de houdbaarheid van wat opgebouwd werd. Een stroom publicaties ziet het licht met niet mis te verstane titels als 'De stagnerende verzorgingsstaat' (1978), 'De nadagen van de verzorgingsstaat' (1985) en 'Minder staat, meer samenleving' (1990). Het is de periode waarin Elco Brinkman het door de staat beheerde solidariteitsarrangement wil vervangen door de zorgzame samenleving. Ondanks deze zorgen, plannen

en de kleinere onderhoudswerken blijft het gebouw van de verzorgingsstaat behoorlijk overeind tot eind 20ste eeuw.

Wat er zich de afgelopen jaren voltrok

Het eerste decennium van de 21ste eeuw laat echter een nieuwe fase zien in de collectieve verzorgingsarrangementen van Nederland. Na de vorige fase van uitbouw en twijfel volgt een fase van grondige verbouwing, van renovatie. Anderen omschrijven het eerder als afbraak en sloop. Deze fase is ingezet op het einde van de 20ste eeuw met politieke discussies rond de houdbaarheid van de AWBZ. De belangrijkste bewegingen worden gevormd door de Wet werk en bijstand (ingegaan op 1 januari 2004), de Zorgverzekeringswet (ingegaan op 1 januari 2006), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo, ingegaan op 1 januari 2007) en de overheveling van pakketten zorg die voorheen onder de AWBZ vielen naar zorgverzekeraars of Wmo (continue proces).

De *Wet werk en bijstand* vervangt de Algemene bijstandswet uit 1996 die op haar beurt een vervanging was van de oudere Algemene bijstandswet die vanaf 1965 gold. In lijn met de visie op een actieve welvaartsstaat zoals die rond de eeuwwisseling ontstond, ligt het accent op het terug aan de arbeidsmarkt deelnemen voor wie geen inkomen (meer) verwerft. Daarnaast voorziet het nog steeds in het geven van bijstand voor wie zelfstandig niet aan een inkomen geraakt. In lijn met de bestuurskundige visie wordt de uitvoering van de wet sterk gedecentraliseerd met meer beleidsautonomie voor lokale overheden. Daar staat tegenover dat gemeenten de volledige verantwoordelijkheid krijgen voor het beleid dat ze voeren: eventuele tekorten op de budgetten moeten gemeenten zelf opvangen.

De *Zorgverzekeringswet* maakte vanaf 2006 een einde aan het onderscheid tussen verplichte aansluiting van burgers met een laag inkomen bij een ziekenfonds en vrije aansluiting van burgers met een hoger inkomen bij een particuliere zorgverzekeraar. In de plaats van dat tweeledig systeem kwam er de verplichting om aan te sluiten bij particuliere zorgverzekeraars, die op hun beurt de verplichting kregen iedereen aan te nemen en minimaal een basispakket diensten te voorzien. Deze wet werd ingevoerd met als achterliggende gedachte dat een marktsituatie met veel aanbieders van verzekeringen, veel kritische consumenten en transparante informatie over het aanbod de best mogelijke prijs-kwaliteitverhouding voor gezondheidszorg zou opleveren. Ook was het de bedoeling zorgtoerisme in Europa te vermijden en de burgers meer zelf te laten betalen aan zorg zodat het kostenbewustzijn toenam.

De *Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)* werd in dezelfde jaren gemaakt, maar trad pas een jaar later in werking. Op hoofdlijnen decentraliseert deze wet de bevoegdheden en bijbehorende budgetten voor welzijnswerk naar lokale overheden, meer dan in de vroegere Welzijnswet het geval was. De gedachte daarachter is dat op lokaal niveau

veel beter zicht is op de problemen die er spelen, maar ook op de oplossingen die nodig zijn. Door ontkokering zouden gemeenten betere hulpverlening kunnen aanbieden dan de rijksoverheid voordien deed. Bovendien kan die hulpverlening vermijden dat er onnodig gebruik gemaakt wordt van (duurdere) zorg: ‘meer welzijn, minder zorg’ wordt het streven.

De derde pijler van de huidige verzorgingsstaat, de *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)*, blijft vooralsnog gewoon bestaan, maar wordt teruggebracht naar haar oorspronkelijke doel: de onverzekerbare risico's. De AWBZ krijgt een hernieuwde focus op langdurige zorg en ondersteuning voor mensen met een ernstige beperking. Die zorg kan ambulante zijn, maar steeds meer wordt de AWBZ beperkt tot residentiële zorg. Zo is bij de invoering van de Wmo huishoudelijke hulp overgedragen van AWBZ naar Wmo (en dus van rijksoverheid naar lokale overheden). Nadien, in 2009, zijn de functies activerende begeleiding en ondersteunende begeleiding in de AWBZ samengevoegd tot begeleiding en is de toegang selectiever geworden. Wie geen beroep meer kon doen op begeleiding vanuit de AWBZ, kon een groter beroep doen op eigen sociaal netwerk of bij de gemeente terecht voor hulp vanuit de Wmo (bekend als ‘de pakketmaatregel’).

En wat er nu ontwikkeld wordt

Naast deze recente beleidsontwikkelingen zijn er nog een aantal belangrijke ontwikkelingen die het landschap van de sociale sector verder zullen opschudden. Daar wordt meestal naar verwezen als ‘de 3 transities’ of de ‘3 D’s’ (decentralisaties). Het gaat dan om transitie begeleiding, transitie jeugdzorg en de invoering van de Wet werken naar vermogen.

De val van het kabinet-Rutte eind april heeft veel van deze ontwikkelingen in een vertraagd proces gebracht. Het is afwachten of een volgende regering de dossiers terug oppakt of gewoon volledig van tafel schuift. Dat laatste is immers eerder gebeurd, toen Elco Brinkman als toenmalig minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur tien jaar beleidsvoorbereidend werk weggooide en de Kaderwet Specifiek Welzijn schrapte om de Welzijnswet in te voeren (1984). Het kan opnieuw gebeuren, maar nu lijkt er toch meer sprake van een brede politieke consensus over de hoofdlijnen van de ontwikkelingen. De kans dat volgende regeringen met deze maatregelen doorgaan (met aanpassing van wat details, eventueel onder een andere naam) lijkt groot.

In de *transitie begeleiding* wordt de eerder genoemde nieuw samengestelde functie begeleiding volledig overgedragen van AWBZ naar Wmo (in aanvulling dus op wat eerder als onder de pakketmaatregel overging naar de Wmo). April 2012 is het wetsvoorstel daarover in de Tweede Kamer besproken. Het gaat alleen over extramurale begeleiding, dus niet de begeleiding die onderdeel is van residentiële zorg. Toch gaat het om een grote ontwikkeling, ingrijpender dan de overheveling van de huishoudelijke hulp naar de Wmo in 2007. Financieel ging het toen om 1,2 miljard euro, nu om ongeveer 3 miljard

euro. Naar verwachting wordt hierop een efficiëntiekorting van 5% toegepast. Bovendien heeft de doelgroep complexere behoeften en gaat het vaak door de chronische aard van de beperking om zorg van lange duur. Landelijk gaat het om ongeveer 200.000 burgers die door een beperking onvoldoende zelfredzaam zijn.

De achterliggende gedachte bij de transitie van begeleiding is wel dezelfde als bij de overgang van huishoudelijke hulp: gemeenten zijn beter in staat samenhangende zorg te bieden (bijvoorbeeld begeleiding voor burgers die ook schuldhulpverlening en wat verslavingszorg nodig hebben) en beter in staat de sociale omgeving rondom een zorgbehoevende burger bij de zorg te betrekken.

Naast de transitie van de begeleiding is er ook nog de *transitie jeugdzorg*. Wat eerder op provinciaal niveau, vanuit AWBZ, geestelijke gezondheidszorg of zorgverzekering aan jeugdzorg georganiseerd werd, wordt straks ook de verantwoordelijkheid van gemeenten. Het gaat dan om onder meer Jeugd-ggz, jeugdreclassering, jeugdbescherming en zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jongeren.

Opnieuw is er een budget van ongeveer 3 miljard euro mee gemoeid. Daarop zou een besparing toegepast worden die na een aantal jaren oploopt tot 10%. Op dit moment wordt voorzien dat de contouren van het wetsvoorstel over deze transitie jeugdzorg in de lente van 2012 in de Tweede Kamer besproken worden, dat de wet op 1 januari 2014 klaar is en gemeenten vanaf 1 januari 2015 verantwoordelijk worden voor jeugdzorg. Zo is er een jaar voorbereidingstijd beschikbaar voor gemeenten.

De derde transitie in voorbereiding is de *Wet werken naar vermogen*. De rijksoverheid streeft er naar deze gefaseerd in werking te laten treden vanaf 1 januari 2013. Midden april 2012 wordt het wetsvoorstel in de Tweede Kamer besproken. Aanleiding en doel van de wet zijn duidelijk: mensen met een zwakke positie op de arbeidsmarkt (bv. door een lichamelijke of verstandelijke beperking) worden te snel afgeschreven en met een uitkering volledig uit de arbeidsmarkt gehaald. Dat hoort niet, het is beter mensen aan te spreken op hun krachten, op dat gedeelte dat ze nog wel kunnen werken op de normale arbeidsmarkt.

Naast die inhoudelijke kanteling wordt de zorg voor de rafelrand van de reguliere arbeidsmarkt overgedragen naar gemeenten. Het gaat dan om verantwoordelijkheden die eerder bij de rijksoverheid lagen in het kader van de Wet investeren in jongeren (WIJ) en delen van de Wet sociale werkvoorzieningen (Wsw) en de Wet arbeidsongeschiktheid voor jonggehandicapten (Wajong). Deze worden gebundeld in één nieuwe wet samen met de Wet werk en bijstand, die al gemeentelijke verantwoordelijkheid was. Bovendien wordt hierop een bezuiniging doorgevoerd. De gemeenten zouden voor deze nieuwe taken slechts ongeveer 2 miljard euro extra krijgen, wat ongeveer neerkomt op een halvering van het huidige budget.

De Nederlandse gemeenten krijgen op deze manier fors grotere verantwoordelijkheden. De gemeentelijke begroting gaat voor een steeds belangrijker deel bestaan uit midde-

len voor zorgbehoevende burgers. Het gemeentefonds groeit met ongeveer 50% van de huidige 17 miljard euro naar 25 miljard euro. De Nederlandse verzorgingsstaat wordt zo omgevormd tot een reeks verzorgingssteden en –gemeenten. We zien de transformatie van een verzorgingsstaat naar een verzorgingsstad. Of liever, naar 415 verzorgingssteden en –gemeenten. Die lokale overheden staan allemaal voor de uitdaging om hernieuwd vorm te geven aan (lokale) solidariteit. Bovendien moeten ze de bezuinigingen van de rijksoverheid opvangen. Bij elke transitie is er immers minstens sprake van een efficiëntiekorting: gemeenten kunnen het beter organiseren (doelmatiger en efficiënter) dan de rijksoverheid en krijgen dus minder budget voor dezelfde taken.

Het blijft echter niet bij deze drie transities. Er zijn nog een aantal andere beleidsmaatregelen. Die zijn soms groot en ingrijpend, zoals de invoering van passend onderwijs (een reorganisatie van het speciaal onderwijs plus een bezuiniging van 300 miljoen euro op een budget van 3 miljard euro). Andere zijn budgettair beperkter van omvang, zoals de voorgestelde IQ-maatregel, de invoering van een inkomens- en vermogenstoets op huishoudniveau bij toekennen van bijstand, de invoering van een eigen bijdrage in de ggz, het verwijderen van diëtisten­zorg uit het basispakket van de zorgverzekering en het afschaffen van vergoeding voor tolken in de ggz. Dit laatste gaat bijvoorbeeld over een besparing van ‘slechts’ 20 miljoen euro per jaar. Deze ontwikkelingen leggen niet noodzakelijk meer budget of verantwoordelijkheid bij gemeenten, maar omdat ze dikwijls dezelfde zorgbehoevende burgers treffen (de zogenaamde ‘stapeling’) is het de verwachting dat ze wel resulteren in een groter beroep op de Wmo. En dus op de gemeente.

Net zoals aan het begin van de 20ste eeuw solidariteit in het land georganiseerd werd door een collectief verzorgingsarrangement dat tot stand kwam door een reeks van kleinere beleidsontwikkelingen, zo wordt aan het begin van de 21ste eeuw de verzorgingsstaat via een reeks kleinere ingrepen grondig verbouwd. Gemeenschappelijk kenmerk nu is dat veel van wat eerder op landelijk niveau georganiseerd was op het niveau van de lokale overheid terecht komt. En dat er daarbij meteen een besparing doorgevoerd wordt. Dat betekent een enorme opgave voor de Nederlandse gemeenten die er niet alleen veelbeleidsverantwoordelijkheid bijkrijgen, maar ook de uitdaging om het organisatorisch en financieel goed te regelen.

Een noodzakelijke ontwikkeling?

Dagelijks overrompelen de media ons met berichten over de Griekse staatsschuld, de zwakke euro en de zorgelijke overheidsfinanciën. De hierboven beschreven ontwikkelingen krijgen dan ook snel het imago van onafwendbare beleidsmaatregelen, van onvermijdelijke keuzes. Toch is er ook sprake van duidelijk politieke keuzes. De Nederlandse politici, en met hen de Nederlandse burgers, kiezen immers impliciet niet voor een aantal alternatieve scenario's. Zo zou de druk van de vergrijzing op de verzorgingsstaat opgevangen kunnen worden door met zijn allen langer te gaan werken. Waarom moet

toegenomen levensverwachting volledig aan langer pensioen toevallen? We zouden er samen voor kunnen kiezen om de pensioenleeftijd langzaam te doen stijgen. Van elk jaar extra levensverwachting gaat bijvoorbeeld 60% naar langer genieten van pensioen en 40% naar langer deelnemen aan de arbeidsmarkt. En dit alles in combinatie met het op peil houden van de verzorgingsstaat (en vanzelfsprekend met arbeid die aangepast wordt aan leeftijd). De AWBZ dreigt onbetaalbaar te worden door vergrijzing en doordat er steeds meer zorg uitbetaald wordt waarvoor het stelsel eigenlijk niet bedoeld was. Maar tegelijk wordt de AWBZ grotendeels gefinancierd door een heffing op slechts de eerste twee loonschijven. De hogere inkomens krijgen zo een vrijstelling om naar draagkracht de AWBZ mee te financieren. Een derde impliciete keuze die in Nederland gemaakt wordt is het pleidooi voor meer eigen kracht, meer burgerkracht, vooral te richten op de lagere sociaaleconomische groepen. Daar worden door de overheid de grootste terugtrekkende bewegingen gemaakt. Dat zou ook anders kunnen, bijvoorbeeld door via bezuinigingen de eigen kracht te zoeken in verkleinen van de hypotheekrenteaf trek of door de eigen bijdrage in het hoger onderwijs op te trekken.

Die keuzes werden de afgelopen tien jaar niet gemaakt, al maakt de zogenaamde Kunduz-coalitie wel een begin via verhoging van de BTW, versnelde verhoging van de AOW-leeftijd en een eerste begin van herziening van de hypotheekrenteaf trek. Dat neemt echter vooralsnog de dynamiek niet weg om de collectieve verzorgingsarrangementen uit de vorige eeuw grondig te reorganiseren en te decentraliseren naar gemeenteniveau. Tegelijk wil niemand een zorgverschraling, wil niemand een erosie van het zorgzame karakter van Nederland. Er zijn verschillende scenario's om de spanning tussen beiden op te lossen. Eén daarvan is te zoeken naar vitale coalities tussen formele en informele zorg zodat met minder maar andere inzet van formele zorg in totaliteit toch meer zorg beschikbaar blijft (Steyaert & Kwekkeboom, 2010).

Wat daarbij opvalt, is dat de meeste energie gericht is op wat wij in deze bundel 'primaire mantelzorg' – verleend door partners of directe familie – noemen en vrijwilligers in de zorg. Slechts op een paar plekken wordt systematisch geïnvesteerd in zelfhulp en nog minder aandacht gaat naar zogenaamde 'secundaire mantelzorg' – door vrienden, kennissen, (ex)-collega's, verre familie –. Met name die laatste vorm van informele zorg en de manier waarop professionals daar mee kunnen omgaan zijn onderwerp van deze publicatie.

Zorgzaamheid onder druk?

Wie afgaat op de discussies die momenteel gevoerd worden over de houdbaarheid van het Nederlandse zorgstelsel zal al snel de indruk krijgen dat het met de zorgzaamheid van de samenleving slecht gesteld is. Bij de aankondiging van de komst van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in 2004, werd al door de rijksoverheid geponeerd dat de onderlinge betrokkenheid in de Nederlandse samenleving (verder) lijkt af te brokkelen. Mensen voelen zich niet langer verantwoordelijk voor elkaar, zo werd gesteld, en daardoor zou te gemakkelijk en te snel een beroep worden gedaan op de professionele zorg en ondersteuning. Mede hierdoor dreigen de kosten voor deze professionele zorg te hoog te worden en is het nodig het stelsel van zorgverlening in Nederland ingrijpend te herzien (TK, 2003).

Nadat in Europa en ook in Nederland de bankencrisis had huisgehouden, liet ook het in 2010 aangetreden kabinet-Rutte deze boodschap uitgaan. In het regeerakkoord wordt al aangegeven dat een betere kostenbeheersing en dus ingrijpen in het stelsel nodig zijn (TK, 2010/2011). In haar Programmabrief Langdurige zorg kondigt de verantwoordelijke staatssecretaris aan welke ingrepen dat zullen zijn. Daarbij wordt gesteld dat burgers meer aangesproken moeten worden op het inzetten van hun eigen kracht en hun eigen netwerk. Deze taak wordt met de aangekondigde uitbreiding van de Wmo nog nadrukkelijker in de handen van de gemeenten gelegd. Om een en ander te vergemakkelijken worden brochures uitgebracht met behulp waarvan gemeenten en hun lokale partners de juiste arrangementen kunnen ontwikkelen (VWS, 2010b).

De toon die met name door de rijksoverheid wordt gezet, blijkt elders gretig navolging te vinden. Zowel lokale overheden als aanbieders van maatschappelijke dienstverlening beamen dat het aanbod aan professionele zorg te ruim en daarom onbetaalbaar is en dat een groter beroep op de zelfzorg en informele zorg daarmee wordt gerechtvaardigd. Deze overtuiging leidt er toe dat zowel beleidsmakers als professionals aandringen op het meer aanboren van de eigen kracht van burgers en het versterken, respectievelijk ontwikkelen, van sociale netwerken om zo meer informele zorg en ondersteuning te kunnen mobiliseren.

Deze steun voor de veronderstelling dat men in Nederland wel erg gemakkelijk een beroep doet op professionele zorg en dus zelf geen handje toesteeft als familieleden, vrienden of burenhulp of ondersteuning kunnen gebruiken, is opmerkelijk. Uit divers onderzoek naar de informele hulp- en dienstverlening in Nederland komt immers naar voren dat het met hulpbereidheid, de zorgzaamheid van onze samenleving wel snor zit. Op diverse websites van adviesorganen, kennisinstituten, zorgaanbieders en belangenbehartigingsorganisaties is te lezen dat mantelzorgers en andere informele zorgverleners het leeuwendeel in de zorg voor hun rekening nemen. De informatie op deze

sites is veelal afkomstig uit het imponerende aantal onderzoeken dat over de aard en omvang van de informele zorgverlening in Nederland is verschenen. Daarbij gaat de aandacht weliswaar het meest uit naar wat ook wel de primaire of 'spil- mantelzorg' wordt genoemd – de zorg verleend door partners of familieleden in de eerste graad – maar er komt ook steeds meer belangstelling voor de mogelijkheden voor inzet van andere leden van het sociale netwerk: vrienden, burens of eventueel 'verre bekenden'.

De hardnekkigheid waarmee overheden en maatschappelijke dienstverleners vasthouden aan het beeld van de leunende in plaats van steunende burger is des te opmerkelijker omdat ze een echo lijkt te zijn van de oproep tot 'herstel van de zorgzame samenleving' die de toenmalige minister Brinkman (WVC) begin jaren '80 deed. Zijn betoog paste in de discussie die in die tijd werd gevoerd over de houdbaarheid van de verzorgingsstaat (Idenburg, 1985). Mede naar aanleiding van de kritiek van de filosoof Hans Achterhuis (1979) lagen in dat debat met name de gezondheidszorg en welzijnssector onder vuur.

Toch kon ook toen op basis van divers onderzoek al worden vastgesteld dat de bekommernis om burgerlijke onverschilligheid in Nederland niet terecht was. De omvang van de informele zorg – mantelzorg en vrijwillige zorgverlening – bleek vele malen groter dan die van de professionele hulp en dienstverlening (Kwekkeboom, 1990; Tjadens & Woldringh, 1989; van Daal, 1990). Een beroep op de professionals werd in de meeste gevallen pas gedaan als de informele hulpbronnen optimaal waren benut of uitgeput.

Met name de sociaal agogische sector bleek erg gevoelig voor de kritiek van Achterhuis c.s. Misschien was het mede hierdoor mogelijk dat in de jaren '80 de toenmalige welzijnssector ingrijpend kon worden gesaneerd (van der Pennen, et al., 1995). Het was dezelfde minister Brinkman die in 1987 met de invoering van de Welzijnswet niet alleen de verantwoordelijkheid voor de hele welzijnssector bij de gemeenten neerlegde, maar tegelijkertijd een fikse bezuiniging doorvoerde en de landelijke koepels tot ingrijpende fusies en afslanking verplichtte. Hiermee bracht de Welzijnswet niet alleen de orde-ning waarvoor al geruime tijd was gepleit (Beraadsgroep, 1974), maar dwong ze ook een ombuiging in deze sector af.

Nu lijkt de situatie zich, in ieder geval op onderdelen, te herhalen. De in 2004 aangekondigde Wmo was niet alleen de wet die al geruime tijd in voorbereiding was om noodzakelijk geachte ordening in het lokale beleid rond zorg en welzijn aan te brengen. In zowel de aankondigingsbrief als de latere memorie van toelichting bij het wetsvoorstel werd uitdrukkelijk aangegeven dat het de bedoeling was dat burgers 'weer' meer voor elkaar zouden gaan zorgen. Dat was niet alleen noodzakelijk vanwege de dreigende kostenoverschrijdingen in de zorg, maar ook meer dan dringend gewenst om (opnieuw) meer samenhang en onderlinge betrokkenheid in de samenleving te brengen. Deze uitgangspunten zijn overgenomen in de lokale beleidsplannen om de Wmo invulling te geven en zijn eveneens terug te vinden in de nota's en visies die mede namens de

landelijke koepels VNG en MO-groep zijn uitgebracht. Net als in de jaren '80 lijkt met name de sociaal agogische sector de oproep tot meer informele hulpverlening en minder professionele dienstverlening warm te onthalen. Zo is het opvallend genoeg juist deze sector waarin de ideeën over 'eigen kracht' en 'burgerkracht' (de Boer & van der Lans, 2011) de meeste weerklank blijken te vinden. En dat terwijl er, zoals gezegd, inmiddels heel wat onderzoeken beschikbaar zijn waaruit blijkt dat het niet meer nodig is om 'de burger in zijn kracht te zetten'. De eigen burgerkracht wordt door velen al naar vermogen benut. Er zijn zelfs signalen van overbelasting waardoor er meer reden is om te kijken naar de mogelijkheden om de krachten te bundelen dan wel lasten te verdelen dan een simpele roep om alleen maar meer.

De informele sector in Nederland

Ten tijde van de oproep van minister Brinkman tot 'herstel' van de zorgzame samenleving, was er nog niet veel bekend over de zorgzaamheid, respectievelijk zorgbereidheid, van de Nederlandse bevolking. Wel was er, mede naar aanleiding van discussies in de ons omringende landen waar de vergrijzing van de bevolking eerder was begonnen (Lagergren, 1982), een begin gemaakt met onderzoek naar de houdbaarheid van het informele zorgaanbod. Het was immers te verwachten dat ook wij te maken zouden krijgen met een groeiende vraag naar zorg, terwijl ook wij geconfronteerd werden met de noodzaak tot kostenbeheersing.

Het onderzoek naar de informele zorgsector lijkt door het eerder genoemde debat over de houdbaarheid van de verzorgingsstaat in een stroomversnelling te zijn geraakt, want in de jaren '80 verschenen kort na elkaar diverse studies over dit onderwerp. Deze hadden vrijwel allen dezelfde boodschap: het aanbod van informele zorg is een veelvoud van de professionele hulpverlening en de meerderheid van de zorgbehoevenden ontvangt hulp uit het eigen sociale netwerk (Kwekkeboom, 1990).

In de afgelopen dertig jaar zijn heel wat onderzoeken naar de aard en omvang van de mantelzorg en het vrijwilligerswerk in de zorg uitgevoerd en gepubliceerd. Hierdoor is het niet alleen mogelijk om de ontwikkelingen in de tijd te kunnen volgen, maar is ook meer inzicht ontstaan in de diverse factoren die het geven en ontvangen van informele hulp- en dienstverlening beïnvloeden. Ook zijn we door deze onderzoeken meer te weten gekomen over de beweegredenen om informele zorg te geven, over de ervaringen van zowel de zorggevers als de – ontvangers en over de kansen voor en bedreigingen van de informele zorg.

Zo blijkt dat de belangrijkste redenen om informele zorg te geven genegenheid, vanzelfsprekendheid en verantwoordelijkheidsgevoel zijn. De ervaringen van de zorgverleners zijn meestal positief (men vindt het prettig dit voor een ander te kunnen doen en sommigen ontlene er zelfs zingeving aan), maar dit neemt niet weg dat een deel van de zorgverleners ook aangeeft de zorgverlening zwaar te vinden. Er zijn ook zorgverleners die zeggen de zorg tegen hun zin te verlenen. De ontvangers van informele zorg zijn

in veel gevallen blij met de zorg en ondersteuning die zij van hun familieleden of vrienden krijgen, maar ook van hen zijn soms negatieve geluiden te horen: sommigen voelen zich bezwaard door de inzet van de leden van hun sociale netwerk en anderen vinden het ongewenst dat in hun relatie met ouders, partners, vrienden etc. ook sprake is van een afhankelijkheidsaspect.

Hoe groot het aandeel in de bevolking is dat op een of andere manier onbetaald hulp aan een of meer anderen geeft, is niet eenvoudig vast te stellen doordat in de diverse onderzoeken steeds andere afbakeningen worden gehanteerd. Timmermans en zijn collega's laten bijvoorbeeld zien dat afhankelijk van de gebruikte criteria het aantal mantelzorgers in Nederland varieert van ruim 1 miljoen tot ruim 3,5 miljoen (Timmermans, et al., 2004). De gebruikte omschrijvingen hebben wel met elkaar gemeen dat zij de 'mantelzorg' afbakenen van enerzijds de professionele hulpverlening en anderzijds het vrijwilligerswerk, maar voor het overige lopen de definities sterk uiteen. Dat brengt ook met zich mee dat niet alleen de omvang, maar ook de samenstelling van de groep mantelzorgers sterk uiteenloopt: de een rekent alleen familieleden in de eerste graad daartoe, de ander neemt (bijvoorbeeld) ook zorgende familieleden en bekenden mee.

Omvang mantelzorg

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) maakt een onderscheid tussen mantelzorg en informele zorg. Tot dat laatste rekent het dan alle onbetaalde hulp verleend aan familie, vrienden, bekenden en burens, gemeten in hun zogenoemde Periodieke Onderzoeken naar de Leefsituatie (POLS). In deze onderzoeken wordt gevraagd of men, in de vier weken voorafgaand aan het interview, dergelijke hulp heeft gegeven. Het kan daarbij zowel gaan om langdurige, intensieve hulp als om incidentele hand- en spandiensten.

Uit de tijdreeksen van deze onderzoeken tussen 1997 en 2004 komt als eerste naar voren dat het percentage van de bevolking dat deze hulp verleent was toegenomen van 31% tot 35%. In 2007 gaf 28% en in 2008 30% van alle personen van 18 jaar en ouder deze vorm van hulp (van der Houwen, et al., 2010). Dat in de latere jaren de percentages (wat) lager liggen hoeft er niet op wijzen dat de zorgbereid zou zijn afgenomen. In de latere bevolkingsonderzoeken waren de vragen wat anders geformuleerd, zodat de uitkomsten niet een op een met elkaar te vergelijken zijn. De cijfers geven hoe dan ook aan, dat het aandeel van de bevolking dat onbetaald hulp verleent aan iemand uit het eigen sociale netwerk in de onderzochte jaren zo rond de 30% ligt. Uit de gegevens komt naar voren dat vrouwen vaker iemand buiten het eigen huishouden helpen dan mannen en dat het vooral de 45- tot 75-jarigen zijn die dat doen. Daarnaast blijken opleiding en het al dan niet betaald buitenshuis werken een rol te spelen, net als de burgerlijke staat. Opvallend genoeg maken etnische achtergrond en de stedelijkheidsgraad van de woonplaats niet zo heel veel uit (tabel 2.1).

Tabel 2.1: Aandeel van de bevolking van 18 jaar of ouder dat informele hulp verleent naar achtergrondkenmerken, 2008

Kenmerken	Informele hulp (%)	Kenmerken	Informele hulp (%)
Totaal	30		
Geslacht			
man	27		
vrouw	34		
Leeftijd		Burgerlijke staat	
18-24 jaar	27	Gehuwd	32
25-34 jaar	25	Gescheiden	34
35-44 jaar	28	Verweduwd	24
45-54 jaar	34	Nooit gehuwd geweest	28
55-64 jaar	40		
65-74 jaar	35		
75 jaar of ouder	16		
Opleidingsniveau		Uren betaald werk	
Basisonderwijs	24	Geen betaald werk	32
Vbo	31	1-19 uur per week	36
Mavo	32	20-27 uur per week	32
Havo, vwo, mbo	31	28 uur of meer per week	27
Hbo, universiteit	32		
Herkomst		Stedelijkheid	
Autochtoon	30	Zeer sterk stedelijk	28
Westerse allochtoon	31	Sterk stedelijk	31
Niet-westerse allochtoon	29	Matig stedelijk	32
		Weinig stedelijk	32
		Niet stedelijk	29

Bron: CBS, POLS.

Uit ander, eveneens door het CBS uitgevoerd bevolkingsonderzoek (AVO) komt naar voren dat de percentages burgers in de bevolking die (langdurig) hulp geven aan mensen met een beperking en ouderen – door het CBS mantelzorg genoemd - tussen 1991 en 2007 toenam van 12 tot 15%. Deze toename is relatief groot in de oudere leeftijdsgroepen: van 13 naar 20% bij 65- tot 75-jarigen en van 4 naar 11% bij 75-plussers (van der Houwen, et al., 2010). In dit onderzoek is onderscheid gemaakt tussen het soort hulp dat verleend is en dan blijkt dat driekwart van de hulpverleners hulp bij het huishouden geeft. Daarnaast blijkt ruim de helft te helpen met vormen van begeleiding (afspraken en vervoer regelen) en iets minder dan de helft bij de administratie. Persoonlijke verzorging komt relatief weinig voor: niet meer dan een op drie mensen die hulp verlenen

noemde deze vorm van ondersteuning. Ook hier blijken het weer vooral de vrouwen en de 45- tot 75-jarigen te zijn die mensen met beperkingen of ouderen het vaakst helpen.

Naast geslacht, leeftijd en opleiding spelen ook andere achtergrondkenmerken mee bij het al dan niet bieden van mantelzorg. Zo zijn personen die geen betaald werk verrichten of minder dan 28 uur per week werken vaker mantelzorger dan zij die meer uren werken. De laatste groep biedt ook minder vaak informele hulp. Niet-werkenden geven bovendien meer uren mantelzorg dan mensen die tussen de 20 en 27 uur per week betaald werk verrichten. In de eerste groep besteedt 28% meer dan acht uur per week aan mantelzorg, in de laatste groep is dat 15%.

Tabel 2.2 : Aandeel van de bevolking van 18 jaar of ouder dat mantelzorg verleent naar achtergrondkenmerken, 2007

Kenmerken	Mantelzorg (%)	Kenmerken	Mantelzorg (%)
Totaal	15		
Geslacht			
man	10		
vrouw	19		
Leeftijd		Burgerlijke staat	
18-24 jaar	10	Gehuwd	17
25-34 jaar	7	Gescheiden	16
35-44 jaar	13	Verweduwd	15
45-54 jaar	19	Nooit gehuwd geweest	10
55-64 jaar	20		
65-74 jaar	20		
75 jaar of ouder	11		
Opleidingsniveau		Uren betaald werk	
Basisonderwijs	14	Geen betaald werk	19
Vbo	18	1-19 uur per week	18
Mavo	16	20-27 uur per week	16
Havo, vwo, mbo	14	28 uur of meer per week	10
Hbo, universiteit	13		
Herkomst		Stedelijkheid	
Autochtoon	15	Zeer sterk stedelijk	14
Westerse allochtoon	13	Sterk stedelijk	14
Niet-westerse allochtoon	13	Matig stedelijk	14
		Weinig stedelijk	17
		Niet stedelijk	14

Bron: CBS/SCP, AVO.

Nooit-gehuwden bieden minder vaak mantelzorg dan gehuwde, gescheiden of verweduwd personen. De relatie tussen burgerlijke staat en zorg verlenen kan voor een groot deel toegeschreven worden aan verschillen in geslacht en leeftijd. Dat niet-gehuwden minder vaak mantelzorg verlenen, komt deels doordat zij over het algemeen jonger zijn. En het relatief hoge percentage mantelzorgers onder verweduwden kan verklaard worden doordat zij vaker vrouw en doorgaans ouder zijn. Herkomst en stedelijkheid van de woonomgeving spelen, net als bij informele hulp in meer algemene zin, geen rol bij het bieden van mantelzorg (tabel 2.2).

Net als het CBS verricht het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) regelmatig onderzoek naar aard en omvang van de mantelzorg in Nederland. Ook bij dit onderzoek is de vraagstelling iets anders, zodat de uitkomsten niet een op een vergelijkbaar zijn. Toch is de trend van de bevindingen hetzelfde: de omvang van de verleende mantelzorg is in de afgelopen jaren niet afgenomen, eerder het tegendeel. Zo stelde het SCP op basis van zijn onderzoek in 2007 vast dat er in dat jaar circa 3,5 miljoen Nederlanders van 18 jaar en ouder mantelzorg verleenden (Oudijk, et al., 2010). Het bureau voegt daar vervolgens aan toe: “Ruim 2,3 miljoen mensen gaven langer dan drie maanden hulp. Er waren 1,4 miljoen mensen die meer dan acht uur per week zorg verleenden”.

Deze specificaties hebben te maken met de door de overheid in 2001 geïntroduceerde term ‘gebruikelijke zorg’ (TK, 2000). Aanvankelijk was mantelzorg volgens een veel gebruikte definitie “de zorg die een of meer personen uit de directe omgeving aan een hulpbehoevende geven, waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie en niet wordt verleend in het kader van een hulpverlenend beroep of vanuit georganiseerd vrijwilligerswerk” (Kwekkeboom, 1990 in van der Houwen, et al., 2010). In haar nota Zicht op Zorg stelde de toenmalige staatssecretaris, Margo Vliegheart, echter vast dat bij zorg aan huisgenoten pas van mantelzorg gesproken kan worden als deze zorg langer dan drie maanden wordt verleend of als er meer dan acht uur zorg wordt verleend. Zorgverlening die korter duurt dan drie maanden en minder dan acht uur per week vraagt was in haar ogen gebruikelijk voor mensen die in een huishouden samenwonen. Deze gebruikelijke zorg werd een voorliggende voorziening zodat er geen recht op een verstrekking uit de AWBZ meer bestond. Deze afbakening ten opzichte van de mantelzorg is door de opvolgers van Vliegheart onverkort overgenomen. Een en ander betekent ten eerste dat er, hoewel er niet minder informele zorg wordt verleend, het aantal door het beleid erkende mantelzorgers is afgenomen. Degenen die minder dan drie maanden acht uur per week zorgen zijn nu immers geen mantelzorgers meer en hebben daarmee ook geen recht op mantelzorgondersteuning.

Onder het kleinere aantal mantelzorgers zijn de aantallen van degenen die meer dan acht uur per week en/of langer dan drie maanden zorg verlenen overigens wel alle toegevoegd (tabel 2.3).

Tabel 2.3: Aantal mantelzorgers van 18 jaar of ouder in Nederland naar duur en intensiteit in 2001 en 2008 (in absolute aantallen x 1000)

	2001	2008
Totaal	3.700	3.500
meer dan 8 uur per week	1.050	1.400
meer dan 3 maanden	2.050	2.300
meer dan 8 uur per week en/of meer dan 3 maanden	2.400	2.600
meer dan 8 uur per week en meer dan 3 maanden	750	1.100

Bron: SCP (Mantelzorg 2001); CBS (ih'08) SCP-bewerking

Er werden in 2008 ruim 2,6 miljoen mensen van 18 jaar en ouder geteld, die langdurig (=langer dan drie maanden) en/of intensief (=meer dan 8 uur per week) zorg verleenden, dat wil zeggen een vijfde van de volwassen bevolking (Oudijk, et al., 2010). Van deze mantelzorgers verleent iets minder dan de helft (42%, wat overeenkomt met 1,1 miljoen mensen) zowel langdurig als intensief zorg. Dat betekent dat in een gemeente van 100.000 inwoners, waar 80.000 volwassenen wonen, er 16.000 mantelzorgers zijn die langer dan drie maanden en/of meer dan acht uur per week hulp bieden (20% van 80.000). Van deze mantelzorgers verlenen er dan 7000 (42% van 16.000) zowel langdurig als intensief hulp.

Het zijn deze mantelzorgers voor wie overbelasting als gevolg van de zorgverlening een reële dreiging vormt. Uit het SCP onderzoek blijkt dat in 2008 ruim 450.000 mantelzorgers van 18 jaar of ouder zich ernstig belast voelde; dat is anderhalf keer zoveel als in 2001. Het SCP schrijft deze toename toe aan de grotere druk die onder meer door de invoering van het begrip 'gebruikelijke zorg' van overheidswege op de mantelzorgers wordt gelegd (Oudijk, et al., 2010).

De ervaren belasting blijkt samen te hangen met zowel de kenmerken van de zorgsituatie als met de kenmerken en motieven van de mantelzorgers zelf. Hoe sterk al de te onderscheiden determinanten op elkaar en op de ervaren belasting inwerken, is niet helemaal duidelijk. Wel staat vast dat als de hulpbehoevende gedragsproblemen vertoont en/of behoefte heeft aan emotionele hulp de mantelzorg vaker als belastend wordt ervaren. Ook de relatie tussen mantelzorgers en zorgbehoevende is van invloed: zorg voor partner of een kind blijkt zwaarder te vallen dan de zorg voor een ouder (de Boer, Broese van Groenou, et al., 2009). Het hoeft dan ook niet te verwonderen dat met name de mantelzorgers van mensen met psychiatrische problemen zich naar verhouding vaker ernstig belast voelen. Bij hen gaat het immers vaak om de zorg om een partner of kind, die niet zelden gedragsproblemen vertonen en (vooral) emotionele hulp nodig hebben (Kwekkeboom & van Weert, 2008; Wittenberg, et al.). Toch kan dat niet de enige verklaring zijn; de mantelzorgers van mensen met een verstandelijke beperking geven juist aan zich 'licht belast' te voelen, terwijl het ook bij hen toch vaak gaat om

de zorg om een kind met meer of minder ernstige gedragsproblemen en behoefte aan emotionele steun (ibid.)

Uit nader onderzoek onder deze groepen 'bijzondere mantelzorgers' kwam ook naar voren dat het niet zelden de ervaringen met de professionele hulpverlening waren die bij hen bijdroegen aan de ervaren belasting. Vooral de mantelzorgers van mensen met psychiatrische problemen toonden zich vaak negatief over de bejegening door de professionals. Ook de Boer stelde in een eerder onderzoek onder mantelzorgers vast, dat een zwaardere belasting bij deze groep samengaat met een negatief oordeel over de afstemming met, in dit geval, de thuiszorg (de Boer & Timmermans, 2003).

Omvang vrijwilligerswerk

Hiervoor is het vooral gegaan over de onbetaalde ondersteuning en zorg die, buiten enige organisatievorm om, gegeven wordt aan mensen binnen het eigen sociale netwerk. Uit vergelijkbare tijdreeksen blijkt dat er ook in georganiseerd verband, als vrijwilligerswerk, veel zorg en ondersteuning verleend wordt. Hoe groot het aandeel in de Nederlandse bevolking is dat vrijwilligerswerk verricht is niet helemaal met zekerheid vast te stellen. Ook nu geldt weer dat in de diverse bevolkingsonderzoeken steeds een iets andere vraagstelling is gebruikt. Daardoor lopen de percentages uiteen, maar grosomodo kan toch worden vastgesteld dat twee tot drie op de tien burgers (22 à 29%) van de volwassen bevolking actief zijn als vrijwilliger (Arts & te Riele, 2010). Als mensen gevraagd wordt of zij zich in het afgelopen jaar minstens een keer (dus niet op reguliere basis) onbetaald hebben ingezet voor een instelling of organisatie loopt het percentage op tot 42%. Bijna de helft van de volwassen Nederlanders besteedt dus, volgens eigen opgave, minstens een keer per jaar, een paar uur van zijn of haar tijd aan een of andere vorm van vrijwilligerswerk (ibid.). Zowel het deel dat actief is in een vrijwilligersorganisatie als het deel dat in het afgelopen jaar vrijwilligerswerk heeft verricht is stabiel: sinds 1997 zijn in de achtereenvolgende onderzoeken wel kleine schommelingen gezien, maar is geen neerwaartse trend waargenomen.

In het meest recente onderzoek (2008) is zo'n 16% van de vrijwilligers actief in de verpleging en verzorging (het kan daarbij gaan om vrijwilligerswerk binnen organisaties als het Rode Kruis of de Unie Van Vrijwilligers, maar ook om vrijwilligerswerk in een verzorgingshuis of gezondheidszorginstelling). Degenen die vrijwilligerswerk verlenen in de verpleging of verzorging doen dat gemiddeld zo'n 4,5 uur per week. Daarmee vormt het arbeidsvolume binnen het vrijwilligerswerk dat besteed wordt aan verpleging en verzorging ongeveer 14% van het totale arbeidsvolume. Binnen de vrijwilligers die actief zijn in de verpleging en verzorging zijn vrouwen en ouderen (65- tot 75-jarigen) in de meerderheid.

Hiermee wijkt het beeld van de hedendaagse vrijwilliger in de zorg niet veel af van dat wat uit een onderzoek in 1988 naar voren komt: ook toen werd gevonden dat het vooral ouderen en vrouwen waren die actief waren in het vrijwilligerswerk in deze sector

(van Daal, 1990). Voor de toekomst hoeven ook geen grote veranderingen te worden verwacht. De bereidwilligheid om zich als vrijwilliger in te zetten blijkt bij de babyboomers dan wel groter te zijn dan bij eerdere generaties (Broese van Groenou, et al., 2007), maar of deze bereidheid zich ook om zal (kunnen) zetten in een grotere inzet is echter niet zeker. Van de jongere oudere wordt immers niet alleen verwacht dat hij/zij langer zal blijven werken, maar ook dat hij/zij meer mantelzorg zal gaan verlenen.

Het aanbod aan informele zorg in Nederland is dus groot, ongeacht welke definitie er nu precies gehanteerd wordt. In weerwil van de sombere beeldvorming over de zorgbereidheid van de Nederlandse samenleving is het aanbod ook stabiel: sinds de afgelopen dertig jaar is het volume van de informele zorgverlening nauwelijks gewijzigd.

Nederland neemt met zijn omvang van de mantelzorg in Europa een middenpositie in: het percentage mantelzorgers onder de 50-plussers is in Nederland hoger dan in sociaal-democratische staten als Zweden en Denemarken en in corporatistische staten als Duitsland, Oostenrijk, Zwitserland en Frankrijk (Eurocarers, 2008). Vergeleken met mediterrane staten als Italië en Spanje telt Nederland weliswaar minder mantelzorgers onder de 50-plussers, maar van deze landen is bekend dat de mantelzorgers daar zich zwaarder belast voelen. Families nemen daar dan ook vaker hun toevlucht tot het inhuren van (illegale) immigranten om de zorg voor hun familieleden mee te delen (ibid.).

Het aantal vrijwilligers ligt in Nederland met een kleine 15% van de 15-plussers hoger dan in de ons omringende Europese landen (Linssen, et al.). Net als in Nederland is ook in de sociaaldemocratische verzorgingsstaten Zweden, Denemarken en Noorwegen het aandeel hoog (22 tot 28%); in de mediterrane en Oost-Europese landen is het aandeel juist laag (5 tot 11%).

Optimalisering van het aanbod

In de informele zorg- en dienstverlening lijkt op het eerste gezicht niet veel meer rek te zitten dan in de professionele hulp. Bij gelijkblijvende middelen en grotere vraag ligt het voor de hand in ieder geval te bekijken of er een oplossing gevonden kan worden in grotere efficiency, een betere benutting van de mogelijkheden. Deze kan voor een deel gezocht worden in een verbetering van de samenwerking en afstemming tussen de formele en informele zorg. Hierdoor zal niet alleen de (dreigende) overbelasting van mantelzorgers kunnen worden voorkomen, maar ze kan er ook aan bijdragen dat de bereidheid om mantelzorg te (blijven) geven groter wordt.

Daarnaast zal echter ook gekeken moeten worden naar de mogelijkheden om de mantelzorg over meer personen te verdelen en/of andere mensen bij de mantelzorgverlening te betrekken. Dit kan gebeuren door het organiseren van (informele) respijtzorg, maar ook door het (re)vitaliseren van de sociale netwerken van zorgvragers en hun mantelzorgers. Het zijn immers de mantelzorgers die de zorgverlening niet kunnen of willen delen met anderen die zich het zwaarst belast voelen (Kooiker, 2006; Wittenberg, et al.). Langdurige zorgsituaties brengen ook, zeker in het geval van chronische ziekten,

psychiatrische problematiek of verstandelijke beperkingen, vaak met zich mee dat de netwerken van de zorgbehoevenden – en daarmee ook van hun mantelzorgers – kleiner worden of zelfs ophouden te bestaan (Baars, 1994; de Klerk, 2002).

Uit onderzoek blijkt echter dat met name ouderen nog behoorlijk wat ‘zorgpotentieel’ in hun netwerk kunnen aanboren: gemiddeld blijken ouderen in de leeftijd van 65 tot 95 jaar tussen de drie tot vier relaties te hebben die als potentiële zorgverleners kunnen worden aangemerkt. Het gaat dan, volgens de in het onderzoek gebruikte definitie, om mensen met wie de betrokkenen minstens maandelijks contact hebben en met wie zij in ieder geval instrumentele ondersteuning, maar soms ook emotionele ondersteuning (kunnen) uitwisselen. Dergelijke potentiële zorgverleners worden vooral gevonden onder de kinderen – niet alle kinderen zijn even actief als mantelzorgers – en burens. Daarnaast kunnen ook overige familieleden en vrienden tot de potentiële zorgverleners worden gerekend (Broese van Groenou & van Tilburg, 2007).

Waar de mantelzorg aan ouderen nu vooral door de partner en/of kinderen en schoonkinderen wordt gegeven lijkt het meer dan de moeite waard om ook de ‘zomen van de mantel’ meer en vaker bij de zorgverlening te betrekken. Hiermee worden niet alleen de primaire mantelzorgers ontlast, maar wordt ook de wereld van de zorgbehoevende mogelijk weer wat groter, doordat bijvoorbeeld een gezamenlijke hobby kan worden beoefend (Houben, 2011).

Hierbij moet wel worden aangetekend dat niet iedere oudere nog zoveel potentiële zorgverleners in het netwerk heeft. Met name alleenstaande ouderen met een laag inkomen of opleidingsniveau, die geen kinderen hebben of een slechte relatie met deze kinderen onderhouden, kennen een dergelijk zorgpotentieel niet.

Daarmee lijken deze ouderen dezelfde risico’s te lopen als mensen met een verstandelijke beperking of chronisch psychiatrische problemen. Zeker de helft van hen beschikt over een redelijk zorgpotentieel, in die zin dat ze samen wonen met huisgenoten of sociale contacten onderhouden die eventueel hulp zouden kunnen bieden. Dit potentieel lijkt echter al optimaal benut te worden. Nog eens een op de vijf van deze mensen beschikt echter over nauwelijks enig zorgpotentieel in het netwerk: deze mensen wonen alleen, krijgen op dit moment geen of nauwelijks informele hulp en ziet ook geen mogelijkheden deze hulp te vragen (van Weert, et al., 2007). Dit geldt ook voor hun mantelzorgers: zij zouden graag de zorg willen delen met de andere leden van hun sociale netwerk, maar zien daarvoor geen mogelijkheid.

Daar waar in het netwerk van zorgbehoevenden dus nog zorgpotentieel aanwezig is, lijkt het zeer de moeite waard dit te mobiliseren (Timmermans & de Boer, 2007). Daar waar er binnen het netwerk geen potentieel meer aan te boren is, is het daarnaast van belang om na te gaan in hoeverre deze netwerken versterkt, uitgebreid en zo mogelijk gerevitaliseerd kunnen worden. Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van de sociale netwerktechnieken zoals in deze publicatie beschreven.

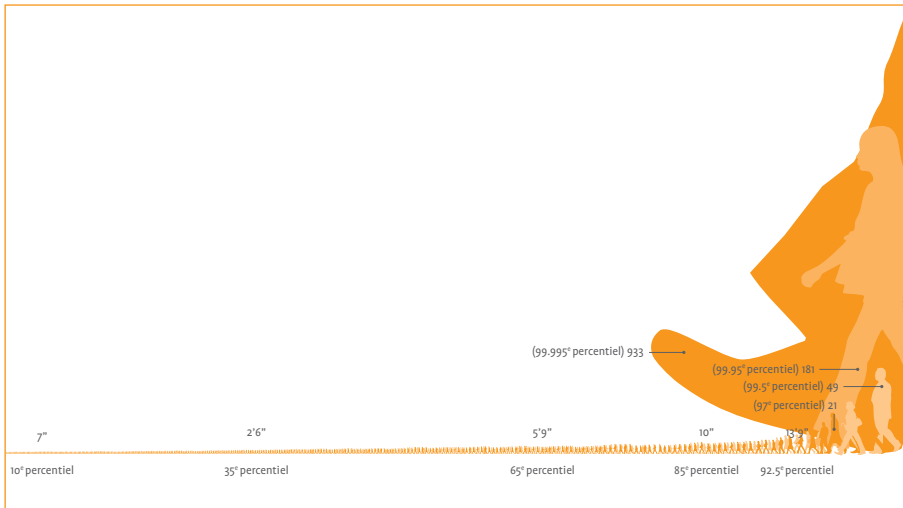
Eerst een stukje taalhygiëne

Sociologie en andere sociale wetenschappen hebben sociale netwerken als één van hun kernthema's. Er is dan ook een rijke oogst beschikbaar aan wetenschappelijke inzichten over sociale netwerken, inzichten die als het ware het decor vormen voor wat sociaal werk wil en kan bereiken met die sociale netwerken (lees daarover meer in het volgende hoofdstuk). Zoals dat wel meer gebeurt met sociale wetenschappen zijn veel van deze inzichten doorgedrongen tot ons algemeen taalgebruik. Joel Fischer, één van de pioniers van onderzoek naar sociale netwerken, beschrijft hoe hij begin van de jaren zeventig nog moest uitleggen dat sociale netwerken heel anders waren dan televisienetwerken (Fischer, 2011). Veertig jaar later zijn begrippen als sociale uitsluiting en sociale cohesie normaal onderdeel van ons taalgebruik. Al helemaal als de Europese Commissie er jarenlang veel van haar beleidsstukken aan ophangt. 'Social exclusion' en 'social cohesion' waren tot voor de recente financiële en economische crisis toverwoorden die in Brussel gelanceerd werden en neerdwarrelden in de politiek en media van de Europese lidstaten. Helaas ging de frequentie van gebruik niet noodzakelijk samen met zuiverheid van betekenis en wilde Brussel sociale uitsluiting en sociale cohesie wel eens op één hoop gooien, alsof het synoniemen waren die naar eenzelfde realiteit verwezen. Het is goed ze daarom toch even duidelijk in beeld te brengen.

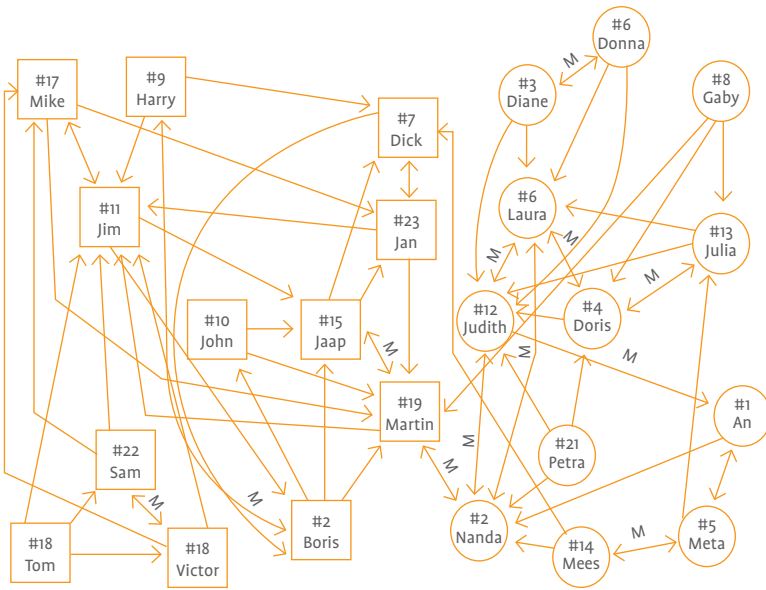
Sociale uitsluiting verwijst naar ongelijkheid tussen mensen. Daartoe behoort verschil in inkomen, maar ook andere aspecten van het leven zoals verschil in scholing of levensverwachting. Daarom is het begrip ruimer, maar wel verbonden met armoede. Onderzoek geeft aan dat sociale uitsluiting de afgelopen decennia scherp is toegenomen, nadat het midden twintigste eeuw daalde. De trendbreuk ligt zo ergens rond 1975, sindsdien worden de verschillen tussen arm en rijk, tussen de lage en de hoge treden op de sociale ladder weer groter.

In het dagelijks leven is het relatief eenvoudig een inschatting te maken van iemands positie inzake sociale uitsluiting. Kleding, taalgebruik, het uiterlijk en kleine aspecten van gedrag bevatten allemaal signalen over de maatschappelijke positie. Sociale uitsluiting laat zich ook vrij eenvoudig in beelden vertalen. We plaatsen fictief alle burgers op één lijn en ordenen ze naar inkomen of levensverwachting of scholingsgraad en onmiddellijk is de ongelijkheid zichtbaar. Een bekende 'verbeelding' van sociale ongelijkheid is ontwikkeld door de Nederlandse econoom Jan Pen (Moonen, 2009). Hij stelde in 1971 voor ongelijkheid in beeld te brengen door een parade van dwergen en reuzen: op exact 1 uur tijd zou de hele bevolking in een parade voorbij trekken en ieders grootte zou afhankelijk zijn van zijn of haar inkomen. De eerste paar minuten zou de toeschouwer helemaal niets zien want dan trekken alleen burgers voorbij met een negatief inkomen. Zij lopen als het ware onder de grond. Daarna volgen de dwergen, de burgers met kleine

inkomens. Al vrij snel komt ook Jan Modaal voorbij, de burger met het meest voorkomende inkomen. Ergens rond minuut 37 trekt de burger met het gemiddelde inkomen voorbij. En in de laatste minuut trekken er een aantal hele grote reuzen voorbij, de top-inkomens. Hoewel al ruim veertig jaar geleden voorgesteld, blijft dit een erg beeldende wijze om sociale uitsluiting en sociale ongelijkheid voor te stellen. Deze parade zou er in 2012 niet veel anders uitzien dan in 1971, alleen is de ongelijkheid aanzienlijk groter geworden.



Dit boek gaat echter niet over sociale uitsluiting, maar over *sociale cohesie*. Dat gaat over sociale relaties tussen mensen, en die laten zich niet verbeelden als een parade. Om sociale cohesie te verbeelden zouden we eerder moeten denken aan een spinnenweb, aan een kluwen van draden tussen burgers. Tussen burgers die wat met elkaar hebben (familie van elkaar zijn, collega's, vrienden, lid van hetzelfde sportteam, ...) loopt een draad, en sommige hebben veel draden en anderen weinig. We zouden ook kunnen bedenken dat we de zwaarte van een relatie doorvertalen naar de dikte van de draad tussen burgers. Een samenwonend stel krijgt dan een hele dikke draad tussen hen in, twee mensen die elkaar vaag kennen omdat ze op een saaie receptie eens een praatje maakten krijgen een flinterdunne draad. We zouden ook nog kunnen bedenken dat we de kleur van de draad afhankelijk maken van het formele dan wel informele karakter van de relaties. Het samenwonend stel krijgt dan bijvoorbeeld een blauwe draad tussen hen in, twee collega's op kantoor een oranje draad. En als de relatie tussen die twee collega's ook een informeel tintje heeft omdat ze na het werk wel eens wat gaan drinken, dan wordt er een beetje blauw in de oranje draad vervlochten.



Anders dan bij sociale uitsluiting en armoede laat zich bij een ontmoeting iemands situatie inzake sociale cohesie minder snel inschatten. We zouden al in iemands adresboekje moeten kunnen kijken, of in zijn contactenlijst in outlook, om een beeld te krijgen van iemands sociaal netwerk. Sociale media als LinkedIn en Facebook geven ons wel een beeld van iemands netwerk, zowel de formele als informele kanten van dat netwerk. Op geaggregeerd niveau doen ook de sociale wetenschappen dat, de hoogtepunten daarvan brengen we in dit hoofdstuk samen.

Sociale cohesie en de ‘grootvaders’ van de sociologie

Sociale netwerken behoorden van bij de oorsprong van de sociologie tot één van de kernthema's van die wetenschap. Het hoeft dan ook niet te verwonderen dat de grootvaders van die wetenschap er aandacht aan besteedden. Zo schreef *Emile Durkheim* in 1893 over de sociale gevolgen van de maatschappelijke arbeidsdeling en de invloed van industrialisering en urbanisatie op sociale cohesie. Om die gevolgen te benoemen introduceerde hij de begrippen mechanische en organische solidariteit. Elke basis cursus sociologie staat er nog steeds bij stil. De pre-industriële samenleving werd gekenmerkt door mechanische solidariteit: relaties tussen mensen waren erg stevig en langdurig, ze waren gebaseerd op gelijkenissen. Durkheim noemt deze solidariteit mechanisch omdat ze min of meer natuurlijk voortvloeit uit de grote gelijkheid tussen mensen. Onder invloed van modernisering verschuift dit naar organische solidariteit waarbij relaties vluchtiger worden, minder stabiel in de tijd. Ze komen tot stand op basis van arbeidsverdeling.

Ook *Ferdinand Tönnies* schreef in hetzelfde tijdsgewricht over dit thema. Hij kwam met de begrippen *Gemeinschaft* en *Gesellschaft*, te vertalen als gemeenschap en maatschappij. De eerste werd gedragen door nabijheid en traditie, de tweede door rationaliteit en het instrumentalisme van de industriële samenleving.

Durkheim en Tönnies gaven met hun analyse niet alleen een startschot voor onderzoek naar sociale cohesie, maar ook voor een wat pessimistische ondertoon in dat soort onderzoek. Beiden zagen immers dat de modernisering niet alleen uitdraaide op economische groei, maar ook een transformatie van sociale cohesie betekende. En die transformatie zagen ze niet onmiddellijk als een verbetering ten aanzien van de oudere situatie.

Vergelijkbaar met hun somber perspectief op modernisering en sociale cohesie is nog het werk van *George Simmel* (1903) en wat later dat van het echtpaar *Robert en Helen Lynd* dat onderzoek deed naar transformaties in een anonieme middelgrote Amerikaanse stad: Middletown. Nieuwe technologieën zoals radio en vooral de auto moesten het ontgelden (Caccamo, 2000). Volgens het echtpaar Lynd zorgden ze voor zwakkere sociale netwerken in de buurt en tussen familieleden.

En dat pessimisme van de sociologie over sociale netwerken zindert nog wel een hele tijd door. Zo is er het werk van *Louis Wirth* van de bekende Chicago school. De verstedelijking had lang niet alleen positieve gevolgen. Met name op het vlak van sociale relaties tussen mensen waren er wel wat negatieve ontwikkelingen te observeren. Doordat in steden gezinnen kleiner zijn, participatie aan de arbeidsmarkt hoger ligt en veel gecommmercialiseerd wordt, veranderen ook de sociale relaties. Die worden zwakker, gespecialiseerder, kwetsbaarder en lastiger te onderhouden: “While on the one hand the traditional ties of human association are weakened, urban existence involves a much greater degree of interdependence between man and man and a more complicated, fragile, and volatile form of mutual interrelations over many phases of which the individual as such can exert scarcely any control.” (Wirth, 1938, p. 22)

Ontluikend optimisme

Het is gelukkig niet alleen kommer en kwel in de sociologie. In de jaren zeventig kwamen er twee studies uit die het zicht op sociale netwerken positiever inkleurden. Het gaat om het werk van Mark Granovetter en Barry Wellman.

Het werk van *Mark Granovetter* plaatst twee ijkpunten in onderzoek naar sociale netwerken. Eerst geeft hij vorm aan het onderscheid tussen sterke en zwakke sociale verbanden tussen mensen. Dat onderscheid was al bekend, maar toch richtte veel onderzoek zich tot nog toe vooral op sterke verbanden. Granovetter omschrijft de sterkte van een social verband als een “combination of the amount of time, the emotional intensity, the intimacy (mutual confiding), and the reciprocal services which characterize the tie”

(Granovetter, 1973, p. 1361). Hij werkt dat niet methodologisch uit maar volstaat met een onderscheid tussen sterke, zwakke of afwezige band tussen mensen. Vervolgens onderzocht Granovetter in een wijk in Boston het nut dat verschillende soorten sociale relaties hebben bij het zoeken van nieuwe tewerkstelling. En opvallend genoeg waren het voornamelijk de zwakke bijna vergeten sociale contacten die dan nuttig bleken te zijn. Vandaar de titel van zijn veel geciteerd artikel: “the strength of weak ties”. Dat wat Wirth enkele decennia eerder nog zag als verzwakking van sociale cohesie blijkt nu essentieel te zijn voor de kracht ervan. Een verklaring voor de kracht van die zwakke sociale contacten is ook niet moeilijk te vinden. Sterke sociale contacten zitten vaak in een dicht netwerk met veel wederzijdse relaties met als gevolg dat iedereen wel ongeveer over dezelfde informatie beschikt. Juist in een uitgestrekt netwerk van zwakkere sociale contacten is er een veelheid en variatie aan informatie. Zwakke contacten zijn niet triviaal, maar bruggen naar andere netwerken waar we geen deel van uitmaken (Granovetter, 1983). Onze kennissen (zwakke relaties) zijn dus minstens zo belangrijk als onze vrienden (sterke relaties).

Barry Wellman publiceerde een paar jaar later een ander iconisch artikel dat het perspectief op ontwikkelingen in sociale netwerken kantelde. Wellman argumenteert dat tot dan toe onderzoek naar sociale netwerken vooral keek naar lokale sociale netwerken. Onderzoekers bakenden een gebied af en keken dan naar de sociale verbanden in dat gebied. En zo maakten ze een logische fout, aldus Wellman: “They have thus assumed, a priori, that a significant portion of an urbanite’s primary ties are organized by locality.” (Wellman, 1979, p. 1203). Als er dan weinig vitaliteit in lokale sociale netwerken gevonden werd, concludeerde men foutief dat sociale cohesie aan erosie onderhevig was. Wellman deelt de toenmalige standpunten van de sociale wetenschappen op in drie soorten. Vooreerst is er het ‘community lost’ standpunt van de eerder genoemde pessimisten. Zij denken dat sociale cohesie onder invloed van industrialisering en verstedelijking zware schade opgelopen heeft. Vervolgens is er het ‘community saved’ standpunt dat de pessimisten tegenspreken op basis van voorbeelden van vitale stedelijke gemeenschappen. Vertegenwoordigers van dit standpunt zijn onder meer Herbert Gans met zijn concept ‘urban villagers’ op basis van onderzoek in Boston en Jane Jacobs met haar werk in New York (Steyaert, 2012). Ten slotte benoemt Wellman het ‘community liberated’ standpunt. In tegenstelling tot beide vorige standpunten wordt hier niet gekeken naar een bepaald gebied en de sociale relaties binnen dat gebied, maar naar personen en de sociale relaties die zij hebben, al dan niet gerelateerd aan het gebied waar ze wonen. Door de enorm toegenomen mobiliteit en communicatie is het eenvoudiger geworden sociale contacten over een groter gebied te onderhouden. Omstreeks 1800 was de gemiddelde afstand die een burger in de Verenigde Staten aflegde 50 meter per dag, twee eeuwen later is dat gemiddeld 50 kilometer per dag (Urry, 2007). Voor Nederland is dat niet heel anders. Ondanks alle files en treinvertragingen ligt de gemiddelde dagelijkse afstand het afgelopen decennium vrij stabiel rond de 35 kilometer, voornamelijk per auto en vooral voor vrije tijdsbesteding (van der Klis, et al., 2011). Dat is bijna tien keer meer dan een eeuw

geleden! Het is logisch dat die toegenomen dagelijkse mobiliteit onze keuzevrijheid vergroot, ook op het vlak van sociale relaties. In dit standpunt wordt sociale cohesie dan ook 'bevrijd' van plaats. Helemaal nieuw was dit standpunt niet. Zo benoemde in 1963 Mevin Webber al de 'non-place community' en 'non-place urban realm' als sociale netwerken gebaseerd op gedeelde belangstelling eerder dan gedeelde locatie: "As the individual's interests develop, he is better able to find others who share these interests and with whom he can associate. The communities with which he associates and to which he 'belongs' are no longer only the communities of place to which his ancestors were restricted. Americans are becoming more closely tied to various interest communities than to place communities, whether the interest be based on occupational activities, leisure pastimes, social relationships, or intellectual pursuits." (Webber, 1963, p. 29). Toch is het idee van niet plaatsgebonden sociale netwerken nog niet helemaal doorgedrongen tot het hedendaags beleid en praktijk van de Nederlandse sociale sector waar men sociale netwerken en buurt nog frequent aan elkaar gelijk stelt!

De doorbraak van sociaal kapitaal

Het optimisme over sociale netwerken dat midden jaren zeventig de kop opstak krijgt steun van het werk van *Robert Putnam*. In 1993 publiceert hij met collega's de resultaten van een langdurig onderzoek naar regio's in Italië: wat maakt nu dat de ene regio bestuurlijk goed scoort en de andere veel minder? Is dat de kracht van de economie, de organisatie van de lokale overheid, de aanwezigheid van sterke politieke leiders? Putnam en zijn collega's komen tot de conclusie dat het succes van een regio voornamelijk afhankelijk is van de kracht van het aanwezige sociaal kapitaal. Met die term verwijzen ze naar het aanwezig zijn van vertrouwen, normen en sociale netwerken. In regio's met groter sociaal kapitaal werkt de overheid beter en bloeit de economie. Dat was een stevige opsteker voor het belang van sterke sociale netwerken.

Putnam nam deze observatie mee terug naar de Verenigde Staten en keek hoe het daar gesteld was met sociaal kapitaal. Zijn bevindingen publiceerde hij in 1995 eerst in artikelvorm, in 2000 in boekvorm, beide met de titel 'Bowling alone' (Putnam, 1995, 2000). Opnieuw is het startpunt de maatschappelijke meerwaarde van sociaal kapitaal: "For a variety of reasons, life is easier in a community blessed with a substantial stock of social capital" (p. 67). Vervolgens vraagt Putnam zich af hoe het met dat sociaal kapitaal gesteld is in de Verenigde Staten. Hij komt tot de vaststelling dat er al decennia lang een significante daling is: het actief zijn in kerken of politieke partijen daalt, lidmaatschap van vakbonden neemt af, deelname aan sportclubs daalt (vandaar de titel: de burger gaat nog bowlen, maar doet dat niet meer in clubverband). De opkomst van nieuwe ledenorganisaties, zoals de American Association of Retired Persons met 33 miljoen leden, kan voor de terugval geen alternatief zijn omdat het meestal om administratief lidmaatschap gaat, zonder interactie tussen de verschillende leden. Het moge dan wel machtige lobbies in Washington zijn, in termen van sociaal kapitaal zijn ze behoorlijk betekenisloos. Op deze manier steekt het pessimisme toch terug de kop op

in het sociologisch denken over sociale netwerken: ze zijn belangrijk in een samenleving, maar het gaat er niet goed mee.

Via het werk van Putnam krijgen ook enkele onderscheidende begrippen van sociaal kapitaal de nodige bekendheid. Zo maakt hij een onderscheid tussen 'bonding social capital' en 'bridging social capital'. De eerste vorm, te vertalen als verbindend sociaal kapitaal, zijn netwerken die voornamelijk intern gericht zijn en bestaan uit homogene groepen. Dat kunnen clusters van vrienden zijn, maar bijvoorbeeld ook de Somalische gemeenschap in Eindhoven of een hechte kerkgemeenschap. De tweede vorm, te vertalen als overbruggend sociaal kapitaal, is extern gericht en legt verbanden tussen verschillende sociale groepen. Beide vormen van sociaal kapitaal hebben hun eigen functie en meerwaarde: "bonding social capital is, as Xavier de Souza Briggs puts it, good for 'getting by', but bridging social capital is crucial for 'getting ahead'." (Putnam, 2000, p, 23).

Minder aandacht kreeg Putnam's waarschuwing dat sociaal kapitaal krachtige maatschappelijke effecten heeft maar dat die zowel positieve als negatieve effecten kunnen hebben. Sterke intern gerichte netwerken zijn prima voor wie er toe behoort, maar krijgen snel een exclusief en uitsluitend karakter naar wie er niet toe behoort. Bovendien zijn er sociale netwerken die gericht zijn op eigen voordelen ten koste van de samenleving, zoals de maffia of netwerken van criminelen. Die worden ook wel eens benoemd als 'dark networks'.

Na de publicatie van Putnam's werk is er een lawine aan onderzoek en publicaties losgekomen over sociaal kapitaal in het algemeen en de bevindingen van Putnam in het bijzonder. Zijn werk heeft een ware renaissance veroorzaakt van onderzoek naar sociale netwerken. Dat werd nog eens versterkt door de opkomst van technologie.

In dit kader is het relevant om het werk van *Miller McPherson* te vermelden. In 2001 publiceerde hij met collega's een artikel over de gelijksoortigheid van sociale netwerken (McPherson, et al., 2001). Zij argumenteren dat in sociaal-demografisch opzicht (leeftijd, scholing, beroep etc.) de leden van een netwerk heel gelijkaardig zijn en er, in de termen van Putnam, relatief weinig overbruggend sociaal kapitaal in de meeste netwerken aanwezig is. Bovendien zijn juist die contacten erg aan erosie onderhevig en moeten ze sneller hernieuwd worden. In 2006 komt McPherson opnieuw naar buiten met bijzondere onderzoeksresultaten: het aantal informele vertrouwenspersonen waarmee belangrijke zaken besproken kunnen worden, is voor de gemiddelde inwoner van de Verenigde Staten op twintig jaar tijd met een derde afgenomen (McPherson, et al., 2006). Vooral de vertrouwenspersonen zonder familiebanden zijn weggefallen. Sociale netwerken krimpen, het aantal geïsoleerde mensen zonder sterke contacten stijgt zorgwekkend, is de conclusie van McPherson en zijn collega's. Zo komt het pesimisme weer om de hoek kijken.

Hoop en wanhoop rondom internet en sociale netwerken

De opkomst van nieuwe media en dan vooral de verspreiding van toegang tot internet thuis, gaf vanaf de eeuwwisseling aanleiding tot hernieuwde strijd tussen optimisten en pessimisten over de invloed van internet op sociale netwerken en eenzaamheid (Steyaert, 2003). Tot de optimisten behoorden mensen als Howard Rheingold die erg geloofden in de kracht van virtuele gemeenschappen. Het pessimistische tegengeluid kreeg vorm naar aanleiding van de eerste studie van Robert Kraut, die een relatie legde tussen internetgebruik en eenzaamheid. Hij sprak van een internet paradox: "The paradox we observe, then, is that the Internet is a social technology used for communication with individuals and groups, but it is associated with declines in social involvement and the psychological wellbeing that goes with social involvement." (Kraut, et al., 1998). In later onderzoek nuanceerde hij de internetparadox deels door beter onderzoek en deels door verdere verspreiding van de technologie (waardoor je niet langer met iemand aan de andere kant van de wereld moest chatten om te chatten, ook burens en vrienden zaten ondertussen online). Nu is er eerder sprake van een Mattheüseffect: wie extrovert is en een rijk sociaal netwerk heeft, zal dat door internet zien uitbreiden, wie eerder introvert is en een klein sociaal netwerk heeft, ziet dat door internet niet plotseling significant toenemen (Kraut, et al., 2002).

Ook Barry Wellman doet opnieuw onderzoek, onder meer opnieuw in East York, en komt op het concept 'networked individualism': door internet komen sociale netwerken nog lossier te staan van plaats en krijgen we nog meer vrijheid die (zwakke of sterke) relaties aan te gaan die we echt willen (en niet diegene die toevallig geografisch nabij zijn). Internet voegt daar echter nog iets aan toe: de persoon wordt nu het ankerpunt voor sociale netwerken en niet meer het gezin. Doordat mobiliteits- en communicatietechnologie gepersonaliseerd wordt (ieder zijn eigen auto, ieder zijn eigen computer of login), ontstaat de mogelijkheid voor individuele leden van een gezin om hun eigen netwerk op te bouwen dat verschilt van dat van de andere gezinsleden: "It is the person, and neither the household nor the group, which is the primary unit of connectivity" (Wellman, et al., 2002).

Ondertussen zijn we natuurlijk opnieuw tien jaar verder en is er opnieuw sprake van veranderingen in technologie: de opkomst van breedband en mobiel internet, de opkomst van smartphones en tablets (zoals de iPad) en de opkomst van sociale netwerktoepassingen als LinkedIn en Facebook.

Onderzoek van eigen bodem

Sociaal wetenschappelijke inzichten in sociale netwerken komen niet alleen uit het buitenland, ook in Nederland is er het nodige onderzoek naar gedaan. Zo wijzen Nederlandse demografen naar de opvallende ontwikkeling van gezinsverduunning: het aantal mensen in een gemiddeld huishouden lag in de 17^{de} en 18^{de} eeuw rond de 4,75 personen maar daalde in de 20ste eeuw significant naar 2,22 personen en de verwachting is dat

dit nog verder zal dalen. Die ontwikkeling is voornamelijk te verklaren door de toename van het aantal eenpersoonshuishoudens. Ruim één derde, 36.1%, van de Nederlandse huishoudens bestond in 2010 uit slechts één persoon. Gezinsverduunning heeft enorme implicaties voor de woningmarkt (meer en wellicht kleinere woningen), economie en het milieu (al die woningen moeten verwarmd worden, hebben een ijskast etc.). Ook op sociale netwerken heeft gezinsverduunning zijn invloed, het primaire netwerk wordt kleiner. Alleen wonen kan verder natuurlijk perfect samen gaan met een sterk en uitgebreid netwerk, maar verkleint wel de uitvalsbasis van waaruit sociale netwerken gebouwd en onderhouden worden.

Een belangrijk knooppunt voor Nederlands onderzoek naar sociale netwerken is het grootschalig longitudinaal *Netherlands Kinship Panel Study* met onder meer Pearl Dykstra, Trudy Knijn en Aafke Komter als onderzoekers (zie o.a. www.nkps.nl). Sinds 2002 werden al drie keer grootschalige enquêtes gehouden naar familiebanden in Nederland: doen die er nog toe, worden ze niet steeds meer vervangen door sociale relaties die niet op familiebanden berusten? Opvallende algemene resultaten van het onderzoek zijn onder meer het relatief laag aantal scheidingen in Nederland en het overeind blijven van de sociale cohesie in familieverband.

De brede bevraging van de Nederlandse bevolking op hun familierelaties heeft geleid tot een reeks wetenschappelijke artikelen en een aantal promoties. Specifieke aandachtspunten daarbij omvatten onder meer de rol van vaders in het gezinsleven, de relatie tussen ouder en kind gedurende de levensloop, de overdracht van arbeidspatronen van generatie op generatie, (voor meer informatie hierover, zie DEMOS, jaargang 26 nummer 3).

In het Nederlands onderzoek naar sociale netwerken nemen de thema's sociaal isolement en eenzaamheid een centrale plaats in (Hortulanus, et al., 2003; Machielse & Hortulanus, 2011). Dat werk focust op het afwezig zijn van sociale netwerken, de gevolgen daarvan en interventies om sociaal isolement te vermijden. Sociaal isolement betekent dat er objectief weinig sociale contacten zijn, terwijl eenzaamheid gaat over de subjectieve beleving die iemand bij zijn sociaal netwerk heeft. Machielse en Hortulanus kruisen beide kenmerken en komen tot een typologie met vier categorieën: de sociaal weerbaren hebben een rijk netwerk en ontlene er ook betekenis aan. De eenzamen hebben weliswaar voldoende contacten, maar slagen er onvoldoende in daar betekenis aan te ontlene. De contactarmen hebben een klein aantal sociale relaties maar storen zich daar niet aan. En ten slotte zijn er de sociaal geïsoleerden die een heel klein sociaal netwerk hebben en zich daar wel aan storen. Een opvallend resultaat uit hun onderzoek is dat sociaal isolement en eenzaamheid niet leeftijdsgebonden is, dat het in tegenstelling tot wat algemeen aangenomen wordt niet voornamelijk oudere mensen zijn die eenzaam zijn.

Al geruime tijd doet ook het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) onderzoek naar sociale relaties in Nederland. Zo publiceerden het in 2002 het rapport *Zekere banden* over het begrip sociale cohesie en wat dat betekende voor Nederland. Van recentere datum is het onderzoek over informele groepen (van den Berg, et al., 2011). Daarin vragen ze aandacht voor de “wat onzichtbare vormen van vrijwillig samenkomen”. Putnam mag dan wel betreuren dat de Amerikaanse bowling spelende burgers dat niet meer in clubverband doen, het SCP merkt op dat Nederlandse burgers veel activiteiten in informeel verband samen doen: samen sporten, leesclubjes, buurttuinen en dergelijke meer. Sociale netwerken krijgen een nieuw gezicht in informele groepen: “kleine eenheden tussen privésfeer en verenigingen en stichtingen, dus aan de basis van de civil society” (p. 11).

Zorgkracht en sociale netwerken?

Sociale wetenschappers hebben niet alleen gekeken naar het bestaan van sociale netwerken en hun structuur, maar ook naar de zorgkracht die doorheen die sociale netwerken stroomt, naar ‘social support’. Zo had het echtpaar Lynd in elk van hun studies naar Middletown ruimte voor een hoofdstuk over ‘caring for the unable’. Daarbij gaat het onder meer over ‘face-to-face charity’. In zijn tweede onderzoek naar sociale netwerken in East York keek Wellman naar de verschillende soorten steun die door verschillende soorten sociale contacten ‘geleverd’ kon worden (Wellman & Wortley, 1990). Zo is financiële steun vrijwel uitsluitend te vinden bij familie en niet bij sterke sociale contacten, terwijl gezelschap dan weer vooral bij vrienden zit. Bij grotere of kleinere vormen van ‘services’ is dan weer vooral geografische nabijheid belangrijk. Alleen voor emotionele steun is een eigenschap van de ‘leverancier’ belangrijker dan eigenschappen van de relatie: het zijn vrouwen die emotionele steun geven.

Een belangrijke observatie uit divers onderzoek is dat zorgbehoefte leidt tot verschroming van het sociale netwerk. Men is minder mobiel, heeft een deel van zijn aandacht nodig om de zorgbehoefte te beantwoorden en men wordt als sociaal contact minder aantrekkelijk. Opnieuw lijkt hier sprake te zijn van een Matthëus-effect: wie geen zorgbehoefte heeft kan zijn sociaal netwerk makkelijker overeind houden en het vergroten, wie zorgbehoefte heeft en veel te winnen heeft bij een gezond sociaal netwerk heeft het moeilijker dat netwerk overeind te houden.

Dat sluit aan bij het werk van Aafke Komter in Nederland. Zij onderzocht de betekenis van giften vanuit een ruimer perspectief. Daarbij wijst ze uitdrukkelijk naar de wederkerigheid in geef-relaties: wie goed doet, goed ontmoet. De donkere zijde daarvan is dat solidariteit selectief is: “het principe van de wederkerigheid neigt ertoe diegenen te bevoordelen die toch al relatief veel krijgen, en die sociale groeperingen te benadelen die reeds in de zwakste posities zitten.” (Komter, 2003, p. 139). Elders omschrijft zij dit als de ‘zwarte schapen’ (Komter & Knijn, 2004). In de giftensamenleving is er dus geen evenwichtige afstemming van geven en zorgbehoefte!

Het is dan snel bedacht dat die selectiviteit van geven (ook van informele zorg)

voornamelijk door de gever veroorzaakt wordt. Dat is echter niet het hele verhaal. Uit het promotieonderzoek van collega Lilian Linders bleek dat er ook bij de ontvanger van giften drempels aanwezig zijn om tot een goede verdeling van informele zorg te komen. Die omschrijft Linders als vraagverlegenheid en acceptatieschroom: “Het niet vragen om hulp is een van de belangrijkste belemmeringen voor informele zorg. Vooral (maar niet alleen) ouderen geven aan dat vragen om hulp ondenkbaar is. Zij hebben vroeger thuis geleerd om er alleen uit te komen. Hun *feeling rule* is: vragen om hulp, dat doe je niet.” (Linders, 2010, p. 141).

Al bij al hebben de sociale wetenschappen veel kennis bij elkaar gebracht over structuren en ontwikkelingen van sociale netwerken en de manier waarop daarin zorgkracht ‘vloeit’. Het onderscheid tussen sterke en zwakke sociale relaties (en het nut van beiden!), de niet-wijkgebondenheid van sociale netwerken, wederkerigheid en vraagverlegenheid, het zijn alle begrippen die snel hun weg gevonden hebben buiten de wetenschap. Tevens vormt deze kennis de basis waarop hulpverleners kunnen werken. Daarover meer in het volgende hoofdstuk.

De relatie tussen sociale wetenschappen en sociale netwerken heeft veel inzichten opgeleverd (zie vorige hoofdstuk) maar blijft voornamelijk beschouwend van aard. Ze zijn gericht op observeren, analyseren en begrijpen, niet op beïnvloeden en veranderen. Dat ligt anders in het sociaal werk dat er op gericht is bestaande situaties te veranderen, te verbeteren. Dan is observeren en analyseren niet voldoende. Dit vraagt om handelingskennis, om aanpak kennis. Gelukkig heeft op dit vlak de internationale kennisbasis van sociaal werk ook het nodige te bieden. In dit hoofdstuk brengen we daarvan de hoogtepunten in beeld.

Meer dan individuele hulpverlening

Hoewel sociaal werk alleen al in naam sociaal is, heeft het nog al eens het imago dat het veel werkt met individuele hulpverleningstrajecten. Het enthousiasme waarmee sociaal werk in vroegere decennia het 'social casework' van Mary Ellen Richmond² en de humanistische psychologie van Carl Rogers omarmde droeg bij aan dit imago. Zeker in de Angelsaksische literatuur ligt sociaal werk erg dicht tegen individuele psychotherapie en 'clinical social work'. Er zijn echter ook tegenbewegingen. Zo bepleit 'radical social work' dat sociaal werk zich ook kan en moet richten op het veranderen van de samenleving en de manier waarop die sociale problemen veroorzaakt. Op een niveau tussen individu en samenleving zijn dan weer benaderingen als systeemtheorie, gezinstherapie en ecologisch hulpverlening relevant. Dat is ook het niveau waarop deze publicatie zich richt. Om een mogelijk misverstand meteen te vermijden: dit is niet hetzelfde als groepstherapie waar zorg aan groepen cliënten gegeven wordt. Het gaat ons om de cliënt en zijn sociale omgeving.

In het Nederlandse sociaal werk is deze meervoudigheid van benaderingswijzen sterk terug te vinden. De meest gebruikte termen daarbij zijn het *micro*-, *meso*- en *macroniveau* die verwijzen naar de individuele cliënt, het gezin of de groep waarvan de cliënt deel uitmaakt en de ruimere samenleving. De opleidingen zijn doordrongen van deze triade en van een modern sociaal werker wordt verwacht dat hij op elk van de drie niveaus werkt.

Op dat mesoniveau is een eerste belangrijke benadering de systeemtheorie. De oorsprong daarvan ligt bij het werk van de Oostenrijkse bioloog Ludwig von Bertalanffy en zijn *algemene systeemtheorie*. Voor sociaal werk is het daarbij niet belangrijk dat die theorie zocht naar begrippen en kaders die de individuele wetenschappen zoals biologie

2 Hoewel Mary Ellen Richmond zelf wel degelijk oog had voor de sociale omgeving van een cliënt als hulpbron.

of sociologie overstegen. Wel relevant is de analyse dat systemen altijd bestaan uit subsystemen maar ook deel uit maken van supersystemen. Zo bestaat een gezin (systeem) uit individuele personen (subsystemen) maar maakt het deel uit van een ruimere familie en sociaal netwerk (supersysteem). De algemene systeemtheorie gaat er van uit dat systemen altijd complexe verzamelingen subsystemen zijn die nauw met elkaar samenwerken en waar het geheel meer is dan de som van de afzonderlijke delen. De onmiddellijke consequentie is dan holistisch kijken naar al de delen en hun samenspel. Maar systemen zijn ook altijd open systemen die in interactie met hun omgeving staan. De belangrijkste invloed van de algemene systeemtheorie op social werk is daarom het verleggen van de focus van individuele situaties naar sociale interacties waarin zorgbehoevende burgers zitten: “The general systems approach focuses the attention of social workers to the point where it belongs, the transactions that occur between individuals and their environments and the potential of the transactions for enhancing or diminishing the capacity of individuals to gain satisfaction from life and to promote the satisfaction of others.” (Vickery, 1974, p. 392).

Deze uitgangspunten werden naar sociaal werk vertaald via de systeemtheorie of systeemtherapie en de *gezinstherapie* (al is de Engelse term ‘family therapy’ treffender). Het bekende Mental Research Institute in Palo Alto vormde zowat de hangplek voor spraakmakende figuren in deze beweging. Dat waren onder meer Salvador Minuchin (structurele systeemtherapie), Paul Watzlawick (pragmatische aspecten van menselijke communicatie) en Ann Hartman (genogram). Belangrijkste gemeenschappelijke kenmerk in hun werk is dat niet alleen gekeken wordt naar de zorgbehoevende burger, maar naar de context waarin deze zich bevindt en hoe die context het probleem in stand houdt, dan wel kan helpen oplossen. Het is daarnaast niet de hulpverlener die dit perspectief hanteert, maar ook de zorgbehoevende burger die op die manier naar zijn sociale relaties leert kijken. Daar hoort bij het inzicht krijgen in wie welk aandeel heeft in de problemen, wie wat kan bijdragen aan de oplossingen en het vergroten van de interne ‘locus of control’: wat kan de cliënt zelf in positieve zin beïnvloeden?

Een variatie op dit thema is de contextuele hulpverlening van de Hongaar Iván Bözörményi-Nagy. Hij benoemt het werken met relaties als de kern van hulpverlening. In Nederland kreeg hij enige bekendheid, die versterkt werd door de publicaties en trainingen van Else-Marie van den Eerenbeemt van de Hogeschool van Amsterdam (van Heusden & van den Eerenbeemt, 1983).

Binnen de internationale poging om ook voor sociaal werk een classificatiesysteem te ontwikkelen naar analogie met ICD (voor gezondheid) en DSM (voor geestelijke gezondheid) gaat ook veel aandacht naar sociale relaties. Jim Karls en Karin Wandrei legden begin van de jaren tachtig de basis voor de ontwikkeling van het classificatiesysteem *Person in environment* (PIE). Alleen al de naam geeft aan dat er naar de context gekeken wordt. Net als bij DSM werkt PIE met vier assen. Om de specifieke niche van sociaal werk te duiden staan op de eerste as problemen die de cliënt heeft met sociale rollen.

Die worden onderverdeeld in vier hoofdgroepen (familierollen, niet-familie gebonden rollen, beroepsrollen en rollen speciale levenssituaties). Het gaat hier alleen om een classificatie, niet om sociale interventies. PIE lijkt internationaal over zijn hoogtepunt te zijn en recent werk hierover is niet te vinden. Bovendien is PIE in Nederland en Vlaanderen zo goed als onbekend.

Naast de systeembenadering, gezinstherapie en 'person in environment' is ook de *ecologische of milieugerichte benadering van hulpverlening* relevant. Deze heeft niets of toch uitermate weinig te maken met de opwarming van de aarde en de discussie hoe die te vermijden (al zou het mooi zijn als sociaal werk ook op dat vlak wat zou kunnen betekenen). De definitie van ecologie van Ernst Haeckel luidt "de wetenschap van de relaties tussen organismen en de hen omringende buitenwereld" (geciteerd in Herman, 2009, p. 13). Als daar het woordje 'sociale' ingevoegd wordt, kan die definitie prima gehanteerd worden voor ecologisch hulpverleners: zorg voor de cliënt in relatie tot de hem/haar omringende sociale buitenwereld. Het waren de sociaal werkster Carel Bailey Germain en de psycholoog Uri Bronfenbrenner die aan de oorsprong liggen van hulpverleners vanuit ecologisch perspectief (Herman, 2009, p. 18 e.v.).

De ecologische benadering kreeg bekendheid via het werk van Ann Hartman en haar pleidooi om niet individuen maar hun gezin of familie als cliënt van het sociaal werk te zien en daar de sociale interventies op te richten: "First, problems or difficulties that come to the social worker's attention are better understood as lacks or deficits in the environment, as dysfunctional transactions between systems, as adaptive strategie, or as results of interrupted growth and development rather than as disease processes located within the individual." (Hartman & Laird, 1983, p. 72).

Dit overzicht op de voorgaande pagina's laat zien dat er in de kennisbasis van sociaal werk, misschien niet altijd maar toch wel regelmatig, aandacht was voor de sociale context van zorgbehoevende cliënten. Nu beleidsontwikkelingen (zie hoofdstuk 1) het aanspreken van sociale netwerken terug onder de aandacht brengen, kunnen we daarvan profiteren en er op verder bouwen.

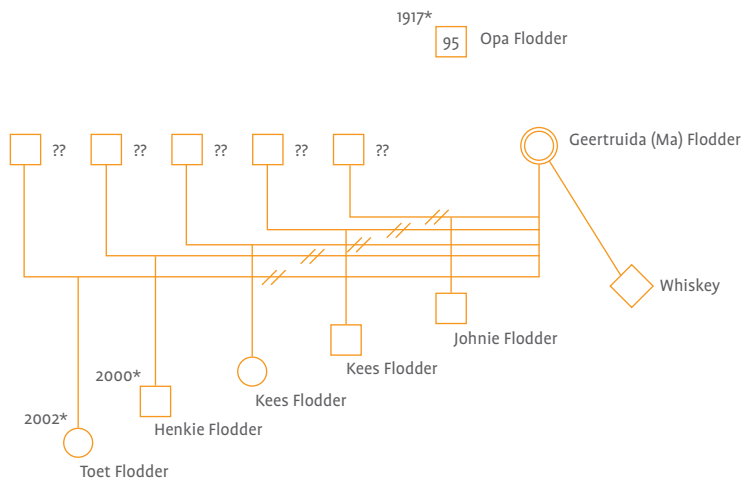
Genogram, ecomap en ecogram

Naast de theoretische en methodische benaderingen inzake sociale netwerken en hulpverlening zijn er een aantal instrumenten ontwikkeld die afzonderlijk ingezet worden of als onderdeel van de interventies die in de volgende hoofdstukken beschreven worden. Ze hebben hun wortels in de gezinstherapie en zijn gebaseerd op het werk van onder meer Ann Hartman (Hartman, 1978; Hartman & Laird, 1983) en Monica McGoldrick (McGoldrick & Gerson, 1985; McGoldrick, et al., 2008).

Het eerste instrument is het *genogram*, soms ook wel genomap genoemd. De basis daarvoor is de gewone stamboom om gezins- en familierelaties inzichtelijk te maken.

De gebruikte symbolen zijn behoorlijk gestandaardiseerd, zoals een vierkant voor een mannelijke persoon en een cirkel voor een vrouwelijke persoon uit het gezin. Horizontale lijnen tussen personen worden gebruikt voor samenlevingsvormen zoals huwelijk, samenwonen maar ook echtscheiding of een (geheime) affaire. Ook tussen broers en zussen worden horizontale lijnen getekend om de verwantschap aan te geven. Verticale lijnen worden gebruikt voor afstamming zoals zoon of dochter van, maar ook voor adoptie- of pleegkinderen.

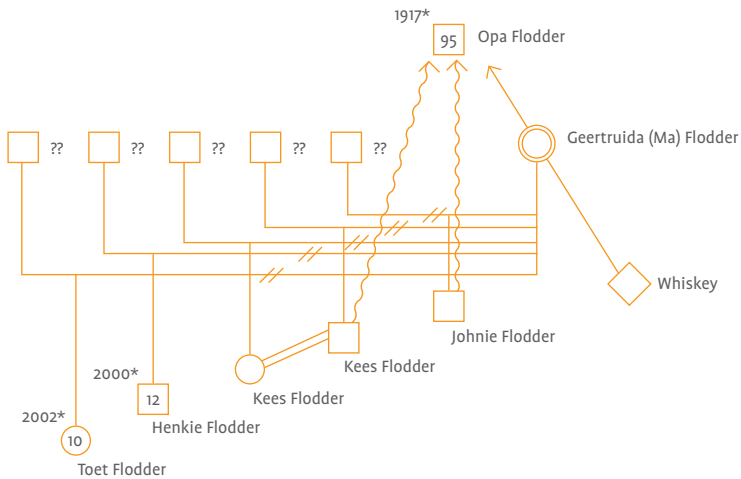
Als we de basistechnieken van het genogram toepassen op de bekende Flodder familie en er even van uit gaan dat ze in 2012 in beeld komen voor hulpverlening, dan ontstaat volgend beeld: Ma Flodder heeft vijf relaties gehad en voor zover bekend is ze met elke partner getrouwd geweest en gescheiden. Uit elke relatie heeft ze één kind. De leeftijden van de gezinsleden zijn onduidelijk, behalve van de twee jongste kinderen en de 'opa'. Dat is echter meer een roepnaam want hij is geen feitelijke vader of grootvader van de rest van de familie. Hij is geen deel van de biologische familie, wel van de functionele familie. Verder is er nog een huisdier, de hond Whiskey. De dubbele cirkel voor Ma Flodder geeft aan dat zij de zogenaamde 'index person' is, de belangrijkste focus van de hulpverlening. Daar kan je vragen bijstellen, want het is niet erg logisch dat juist gezins-therapie toch één individuele persoon als belangrijkste focus benoemt. Toch is dat de internationale standaard bij het maken van genogrammen.



Een genogram is echter meer dan een stamboom. Naast de biologische verwantschappen en (huwelijks)relaties, worden ook andere kenmerken van personen en de emotionele lading van hun onderlinge relaties in beeld gebracht. Ook daarvoor worden gestandaardiseerde symbolen gebruikt. Een enkele volle lijn wordt gebruikt bij een goede

verstandhouding tussen twee personen, een dubbele volle lijn als ze een hechte relatie hebben. Een stippellijn wijst op een afstandelijke relatie, een gekartelde lijn op een vijandige relatie, een onderbroken lijn op een afgebroken contact.

Als we dat toepassen op het gezin Flodder en in beeld brengen dat Ma Flodder voor opa zorgt (lijn met dubbele pijl), dat Johnie en Kees (de zoon) een vijandige houding ten opzichte van opa hebben en dat Kees (de zoon) en Kees (de dochter) een erg hechte relatie hebben, ontstaat het volgende beeld. Er bestaat geen symbool om de bijna incestueuze relatie tussen Kees en Kees aan te geven, maar er kunnen natuurlijk altijd notities bijgevoegd worden.

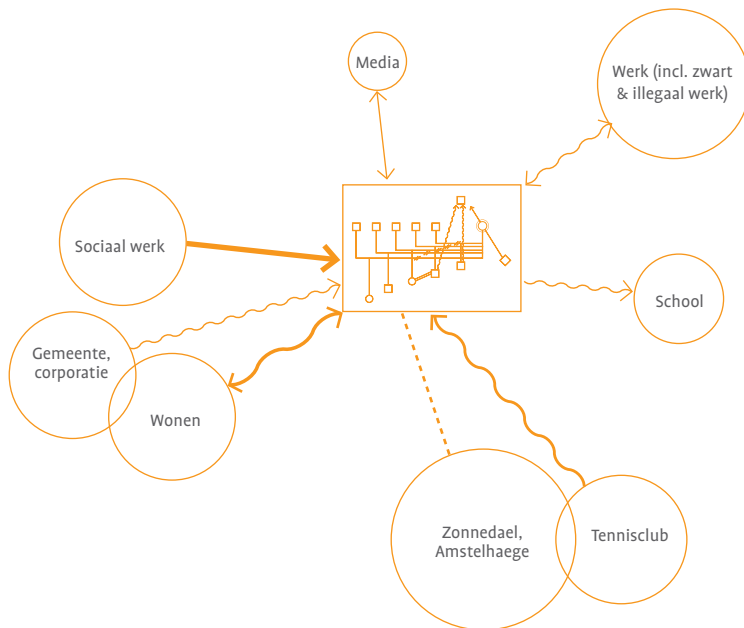


Een genogram blijft beperkt tot de gezins- en familierelaties. Dat is natuurlijk nog maar een beperkt deel van het sociale weefsel waarin iemand zit. Via een *ecomap*³ en een *ecogram* (combinatie van genogram en *ecomap*) kan dat bredere sociale weefsel in beeld gebracht worden. In plaats van de 'index person' als ankerpunt wordt nu een cluster personen het ankerpunt voor *ecomap/ecogram*, en dit wordt aangeduid als het 'ecomap system'. In het Nederlands kunnen we dit best aanduiden met de bekende term cliëntstelsysteem. In ons voorbeeld is dat dus Ma Flodder, haar vijf kinderen, hun 'opa' en de hond. Het zou logisch zijn om hier dan ook een dubbele cirkel te gebruiken conform de symbolen van het genogram, maar helaas, internationaal is de norm gewoon een cirkel om het cliëntstelsysteem te tekenen.

3 Het is opvallend dat *ecomap* en *ecogram* in de vakliteratuur zeker zo vaak genoemd worden als genogram, maar dat er geen 'brondocument' beschikbaar is, geen eenduidige handleiding. Dat is ook de reden waarom bijvoorbeeld de GenoPro software nauwelijks mogelijkheden voorziet om *ecomaps* te maken, en voor het tekenen van *ecograms* bestaat er al helemaal geen specifieke software. De informatie hier is bij elkaar gesprokkeld uit heel diverse bronnen.

Daar omheen worden dan middels andere cirkels de voor deze specifieke situatie betekenisvolle clusters zoals vrienden, werk, onderwijs, politie, kerk, huisvesting, justitie of sociaal werk aangeduid. In deze cirkels kunnen we personen opnemen indien die belangrijk zijn (zoals de leerkracht op school) maar dat hoeft niet (bijvoorbeeld als de relatie met onderwijs niet persoonsspecifiek is). Tussen de cirkel van het cliëntsysteem en de andere cirkels/personen worden via lijnen de relaties aangegeven. De dikte van de lijnen hangt samen met de belangrijkheid (dikker = belangrijker). Pijltjes worden gebruikt als de richting van de relatie belangrijk is. Gewone doorlopende lijnen geven aan dat de relatie normaal is, stippellijnen dat er sprake is van spanning in de relatie en gekartelde lijnen voor conflictueuze relaties. Soms wordt met letters aangegeven voor welke soort steun de relatie belangrijk is of kan zijn: *P* voor praktische steun, *G* voor gezelschap, *A* voor advies en informatie en *E* voor emotionele steun. Elke relatie kan een bron zijn voor meerdere vormen van sociale steun. Deze aanduidingen zijn echter internationaal niet in gebruik en ook in Nederland/Vlaanderen niet standaard.

In ons voorbeeld van het gezin Flodder nemen we in het ecogram informatie op over huisvesting (de gedwongen verhuizing is immers de oorzaak van alles wat er zich afspeelt), over werk (en het zwart en illegaal werk), over onderwijs (de kinderen gaan een week na de verhuizing nog niet naar school), gemeente en woningcorporatie (wethouder wordt er maar moeizaam van overtuigd dat herhuisvesting van de Flodders een goed idee is), de buurt (de legercommandant/buurman, zijn vrouw, de tennisclub) en sociaal werk (Sjakie). Ook de media nemen we op, gelet op hun rol bij zowel het begin als het einde van de film. Op basis van deze uit de film gehaalde informatie ontstaat het ecogram van het gezin Flodder.



In realiteit is het natuurlijk niet de bedoeling dat de hulpverlener dit zo in kaart brengt zonder interactie met het cliëntensysteem. Juist het samen in beeld brengen van het sociaal netwerk en het bespreken van de kwaliteit van sociale relaties en het geheel van het sociale netwerk is essentieel onderdeel van het gebruiken van deze interventie. Het samen maken van deze diagrammen is even belangrijk als het resultaat.

Voor het werken met genogrammen, ecomaps en ecogrammen volstaan grote vellen papier en een set gekleurde pennen. Er bestaat echter ook handige software waardoor het eenvoudig wordt de schema's aan een cliëntdossier toe te voegen, te delen met collega's en te wijzigen als er nieuwe informatie beschikbaar komt of de situatie verandert. Met powerpoint of andere algemene tekensoftware kan al veel. Voorbeelden van specifieke software zijn Genopro, Genogram Analytics en Wonderware. Het is relatief goedkope en gebruiksvriendelijke software. En hoewel het in de fase met de cliënt wellicht veel effectiever en efficiënter is om te werken met een groot vel papier en een set kleurpennen, is de via software ingevoerde en bewaarde informatie wel zo handig in communicatie met collega hulpverleners.

Er lijkt tussen genogrammen (gezinnen, familiebanden) en ecogrammen (verhoudingen t.a.v. onderwijs, werk etc.) een braakliggend terrein te liggen: het in beeld brengen en bij de zorg betrekken van de zwakkere sociale contacten van een cliënt(systeem). In het vorige hoofdstuk beschreven we al de inzichten van Granovetter over de 'strength of weakties'. Ook in hulpverlening kunnen zwakkere sociale relaties veel betekenen. In een genogram komen die zwakkere contacten echter niet in beeld omdat er geen verwantschap bestaat. In ecogrammen komen ze niet met naam en toenaam in beeld omdat daar gewerkt wordt met maatschappelijke domeinen en niet met personen.

Dit braakliggend terrein kan relatief eenvoudig samen met een cliënt in kaart gebracht worden aan de hand van eenvoudige vragen: wie stuur je verjaardagswensen bij zijn/haar verjaardag, wie stuur je met kerst/nieuwjaar de beste wensen? Als je plots vijf kaartjes krijgt voor een optreden of voetbalwedstrijd volgende week, wie zou je meevragen? Of, stel dat je gaat verhuizen, wie anders dan je directe familie kan je dan vragen om een handje toe te steken? Bijvoorbeeld voor kleine dingen als tijdens de verhuisdag op je hond letten of een uurtje poetsen in het oude huis om dat netjes achter te laten?

Grafisch kan de op die manier verkregen informatie over zwakkere sociale relaties opgenomen worden door in het ecogram toch personen in de maatschappelijke domeinen te tekenen (bv. een collega in het domein werk, een docent die veel steun geeft of kan geven in het domein onderwijs). Dat laat ook toe als het ware een deconstructie door te voeren van die maatschappelijke domeinen en op persoonsniveau te benoemen waar welke krachten zitten. In het geval van de Flodders is het immers niet zo dat de hele wijk tegen hen is. Dat is wel het geval voor de leden van de tennisclub, maar niet voor Jolanda, de vrouw van de militair. En ze komen uiteindelijk toch maar wat graag op het grote feest (hoewel niet iedereen met dezelfde intenties komt). Ook de publieke

dienstverlening zit niet op één lijn richting het gezin Flodder. Sjakie als sociaal werker is erg gericht op helpen, maar de wethouder heeft duidelijk grote twijfels.

Toepassingen in sociale interventies

Een aantal sociale interventies geven concreter vorm aan het voorgaande. Zij hebben als onderdeel of hoofddoel het bij de zorg betrekken van sociale netwerken rondom zorgbehoevende burgers. Recent kreeg daarvan voornamelijk de eigen kracht conferentie de nodige bekendheid door het werk van de Eigen Kracht Centrale en de verschillende effectevaluaties (voor een overzicht, zie de beschrijving van deze interventie in de databank effectieve sociale interventies op www.movisie.nl). In hoofdstuk 8 van deze publicatie beschrijven we de interventie ‘Natuurlijk een netwerkcoach!’ die gericht is op het versterken en uitbreiden van sociale netwerken. In hoofdstuk 7 staan we stil bij sociale netwerkstrategieën zoals die gebruikt worden bij onder meer de MEE organisaties. Hierbij gaat het niet zozeer om het versterken van netwerken, maar om het bij de zorg betrekken van het bestaande sociale netwerk van de cliënt. Er zijn echter meer sociale interventies en die willen we hier kort toelichten.

Eind van de jaren tachtig kreeg het werk van Jan van Susteren enige bekendheid. Onder de titel *Helpen in eigen omgeving* ontwikkelde hij een stappenplan om jongeren te helpen in hun eigen natuurlijke omgeving en aan te sluiten bij hun sociaal netwerk. Hoewel velen de training volgden en er bij menig oudere hulpverlener of docent nog een vergeeld exemplaar van de werkmap te vinden is, verdween de methode in de vergetelheid.

Bekender werd en bleef het werk dat Herman Baars in Maastricht in dezelfde periode startte onder de naam *Maastrichtse Sociale Netwerk Analyse (MSNA)*. De term ‘analyse’ geeft helaas een verkeerd beeld van dit initiatief, want de interventie is er wel degelijk op gericht om na het in kaart brengen van het sociaal netwerk van een cliënt dit bij de zorg te betrekken. Baars, van oorsprong maatschappelijk werker, ontwikkelde de methode in eerste instantie in de context van ambulante psychiatrische hulpverlening. In 1994 promoveerde hij op onderzoek naar deze interventie (Baars, 1994).

Baars en zijn collega’s maken in MSNA onderscheid in drie ‘zones’ in sociale netwerken rondom de cliënt, in MSNA aangeduid als de ‘focale persoon’ (Baars, et al., 1990, p. 54 e.v.). Vooreerst is er het *persoonlijk sociaal netwerk* bestaande uit personen waar de cliënt directe contacten mee heeft die bovendien duurzaam zijn (al enige tijd bestaan) en betekenisvol zijn. Vervolgens is er het *nominaal netwerk* dat bestaat uit alle personen waar de cliënt onrechtstreeks, via de tussenstap van zijn directe contacten, toegang toe heeft. Ten slotte is er het *extensief netwerk* dat alle personen omvat waar de cliënt ooit toevallig en kort contact mee gehad heeft. MSNA richt zich vooral op het persoonlijk sociaal netwerk, en ziet het nominaal en extensief netwerk als buffer voor die situaties waarin het persoonlijk sociaal netwerk te zwak is. Binnen het persoonlijk sociaal netwerk maakt MSNA opnieuw een driedeling tussen verwanten, vriendschappelijke betrekkingen en maatschappelijke diensten. Elk van deze sectoren wordt via een

zogenaamde netwerkkaart verkend. Daarbij wordt gekeken naar de structuur van het netwerk met als aandachtspunten de omvang, de gevarieerdheid (in termen van leeftijd, geslacht, scholingsgraad van de personen in het sociaal netwerk), de bereikbaarheid, de frequentie en het gewicht (door de cliënt zelf aangegeven subjectieve duiding). Bereikbaarheid kreeg toen nog erg de invulling van fysieke afstand tussen cliënt en zijn sociale relaties. Vertrekkend van de woonplaats van de cliënt worden vier 'zones' omschreven: dezelfde wijk, dezelfde woonplaats, dezelfde regio en buiten de regio (Baars, et al., 1990, p. 87). De ontwikkeling van ons informatielandschap (internet, videoverbindingen via bv. skype, mobiele telefoon) maken afstand minder relevant voor een aantal functies van sociale contacten. Zo kan bijvoorbeeld emotionele steun prima gegeven worden, ook al is er grote fysieke afstand. Dat geldt echter niet voor alle functies van het sociale netwerk.

Baars en zijn collega's benoemen de volgende mogelijke functies, die naast de structuur van het netwerk ook in beeld gebracht moeten worden:

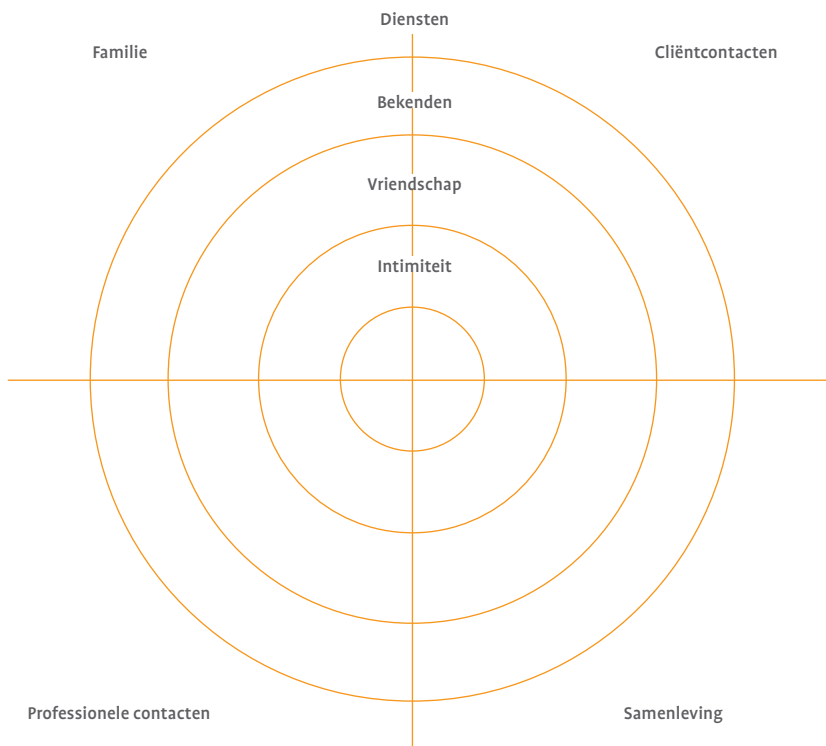
- "De *affectieve behoeften*, bijvoorbeeld de behoefte om geliefd gevonden te zijn, als persoon gewaardeerd en vertrouwd te worden, de behoefte aan emotionele ondersteuning;
- de *behoefte aan aansluiting*, zoals de behoefte erbij te horen en veilig te zijn, aansluiting en steun te vinden op basis van interesses, waarden en achtergronden;
- de *behoefte aan materiële en instrumentele middelen*, variërend van huisvesting en voeding tot informatie en daadwerkelijke hulp en bijstand;
- de *behoefte aan stabiliteit*, hetgeen inhoudt dat de banden met andere mensen geregeld zijn, al dan niet op basis van vrijwilligheid zoals in afspraken, arbeidsovereenkomsten, lidmaatschappen en verzekeringen." (Baars, 1994, p. 81)

Sinds 2001 wordt deze interventie ook toegepast door SPD Gelderse Poort (nu MEE Gelderse Poort) bij hulp aan cliënten met een verstandelijke beperking (Vereijken, 2004 2006). MSNA werd ook aangepast voor gebruik in de reclassering en het forensisch maatschappelijk werk. Daar kreeg ze bekendheid onder de naam Forensische Sociaal Netwerk Analyse (FSNA) (Hoeben, et al., 2011). In de richtlijn voor casemanagers in de verslavingszorg wordt ook aangeraden te werken met MSNA als aanvulling op een genogram (Tielemans & de Jong, 2007). Den Hollander en Wilken (2011) hebben mede op basis van de MSNA een verkorte sociale netwerkanalyse gemaakt, die gebruikt kan worden om met een persoon zowel het sociale netwerk in beeld te brengen als wens met betrekking tot het sociale netwerk te identificeren. Ook Rehabilitatie '92 heeft de interventie MSNA gebruikt als inspiratiebron voor een werkboek rond het verbeteren en uitbreiden van sociale contacten voor ouderen met een psychiatrische aandoening (Korevaar & Dekker, 2011).

Smit en van Gennip putten uit MSNA inspiratie om te werken aan sociale netwerken van mensen met een verstandelijke beperking, maar vullen die inspiratie aan met concepten

en ideeën uit het werk van Brian Lensink. Enigszins intrigerend is dat dit gebeurt zonder enige verwijzing naar gepubliceerd werk van deze man of bijzonderheden over zijn achtergrond. Via zoekmachines zijn geen bijzonderheden over Brian Lensink te vinden, noch publicaties. We kunnen dus niet terug naar de oorspronkelijke bron van deze inspiratie, maar moeten volstaan met wat Smit en van Gennep hierover schrijven (Smit & van Gennep, 2002). Volgens hen deelt Lensink het sociale netwerk rondom een cliënt op in vier cirkels, beginnend bij de cirkel van de intimiteit met daarin partner, kinderen, ouders en hele goede vrienden. Samen omvat die ongeveer zes tot tien personen. Het blijft helaas onduidelijk hoe men tot dit getal komt. Daar omheen ligt de cirkel van de vrienden, mensen die je goed kennen en wensen dat het je goed gaat. Opnieuw zou het om zes tot tien personen gaan. Rondom deze cirkel ligt de cirkel van de bekenden, dat zijn 150 tot 200 die je wel kent maar die niet echt dicht bij je staan. Ten slotte is er de cirkel van diensten, bestaande uit mensen die goederen of diensten met je verhandelen.

Net als bij Baars is niet alleen het aantal contacten maar ook de gevarieerdheid in het sociale netwerk van belang. Daartoe worden de contacten geordend in vier segmenten: familie, cliënten (medebewoners van eenzelfde instelling), professionele contacten en contacten in de ruimere samenleving. In een netwerkschema worden de cirkels en de segmenten gecombineerd.



In de zorg voor mensen met een beperking bestaat de *persoonlijke toekomstplanning* (of ‘personal future planning’) benadering waarin ook sociale netwerken aangesproken worden. Het is ontwikkeld in de Verenigde Staten in de context van ‘Person-Centered Planning’ door onder meer John O’Brien, Conny O’Brien en Beth Mount en naar Nederland gehaald door Erwin Wieringa en zijn stichting De Toekomst (zie www.stichtingdetoekomst.nl). In Vlaanderen werd het bekend via de orthopedagoog Geert van Hove en is de uitvoering belegd bij Plan (zie www.planvzw.be).

De kern van deze interventie is uit te gaan van de dromen en wensen richting toekomst en niet van de beperkingen. Er wordt een steungroep (of ‘circle of support’) georganiseerd met familieleden, vrienden en begeleiders. Die steungroep verkent mee de wensen op bijvoorbeeld het gebied van wonen of dagbesteding. Een onderdeel daarvan is ook de vraag wat de steungroep en de individuele leden daarvan kunnen bijdragen aan het realiseren van de wensen. Daardoor is deze interventie niet zozeer op de cliënt gericht als wel op de cliënt en zijn sociale netwerken. In dat opzicht is deze interventie vergelijkbaar met een eigen kracht conferentie.

Binnen de verslavingszorg wordt ook in andere interventies gewerkt met het sociaal netwerk rondom een cliënt/patiënt. In de *Community Reinforcement Approach* wordt gewerkt met een ‘belangrijke ander’ (partner, ouder, vriend etc.) om onder meer grotere therapietrouw te bereiken (Roozen, 2006). In de variant *Community Reinforcement And Family Training approach (CRAFT)* komt de familie en andere sociale contacten rondom de cliënt nog duidelijker in beeld. De methode wordt ingezet in situaties waarin de cliënt weigerachtig staat ten aanzien van professionele hulp (bv. omdat men niet aan vermindering van de verslaving wil werken). De familie krijgt een korte opleiding in gedragstherapeutische basiselementen om de verslaving van de cliënt te verminderen. Je zou het een soort EHBO van de verslavingszorg kunnen noemen.

De stafkaart gebruiken

Genogrammen en ecogrammen worden wel eens vergeleken met een stafkaart of röntgenfoto van de gezins- en familierelaties. Dat is een mooie metafoor, maar zoals elke metafoor doet hij de werkelijkheid wat geweld aan. Een stafkaart koop je gewoon in de winkel of de toeristische dienst, het maken ervan voltrekt zich buiten je waarneming en is neutraal. Een genogram en ecogram haal je daarentegen niet zomaar ergens vandaan, maar maak je samen met de cliënt. Dat productieproces is niet neutraal en heeft op zich al een waarde voor de cliënt en de cliënt-hulpverlener relatie. Dat wordt intenser eens de basisrelaties binnen gezin en familie getekend zijn en er de affectieve waarde van benoemd moet worden. Hoewel het tekenen van familierelaties en sociale netwerken kan bijdragen aan een rustige gespreksomgeving (het is meer dan praten, de cliënt heeft ook duidelijke inbreng, de tekening maakt het concreet), kan het expliciteren van de kwaliteit van relaties en hun emotionele kwaliteit veel gevoelens los maken. Het samen met de cliënt maken van genogram en ecogram is minstens zo belangrijk als het

uiteindelijk op papier of computer hebben van de informatie die er in vevat zit. Dat is al de eerste stap in het gebruik van de stafkaart.

Versterken bestaande sociale netwerk

Eerder in deze publicatie werd er al op gewezen dat het sociaal netwerk van zorgbehoevende burgers dikwijls zwak en kwetsbaar is en zeker bij chronische zorgbehoevendheid aan krimp onderhevig kan zijn. Voor het sociaal netwerk van een cliënt aan te spreken op zorgkracht, kan het nodig zijn om dat netwerk te versterken en gezond, vitaal te maken. Smit en van Gennep rijken daarvoor vijf begrippen aan die ze samenvatten als RADIO: reanimeren, activeren, deblokkeren, intensiveren en onderhouden (Smit & van Gennep, 2002, p. 86 e.v.).

Bij *reanimeren* gaat het er om een vervaagd contact, iemand die je ooit regelmatig zag maar al enige tijd niet meer gezien hebt noch snel gaat terugzien, nieuw leven in te blazen. Op zich is het logisch dat mensen verdwijnen uit een sociaal netwerk, maar in een gezond netwerk komen daar nieuwe sociale contacten voor in de plaats. Als dat niet zo is, moet er gereanimeerd worden. Zeker in de huidige tijd kunnen vervaagde contacten via sociale media als Facebook of LinkedIn terug opgezocht worden en eerst digitale reanimatie krijgen, om later de overstap te maken naar opnieuw face-to-face ontmoetingen.

Bij *activeren* gaat het om het gebruik maken van de kwaliteit van een persoon uit het sociaal netwerk en de betrokkenheid op de cliënt vergroten. Dat is vergelijkbaar met wat wij omschrijven als het ontginnen van zorgkracht uit het netwerk en behandelen in de volgende paragraaf.

Smit en van Gennep noemen het *deblokkeren* als de volgende stap in het versterken van het bestaande sociale netwerk. In elk sociaal netwerk zijn wel eens relaties die niet zozeer vervaagd zijn maar verstoord. Er is een keer ruzie geweest, een afspraak werd niet nagekomen, men is nog wat geld schuldig. In het belang van het versterken van het sociaal netwerk worden verstoorde relaties opgezocht, de oorzaak van de verstoring benoemd en waar mogelijk verholpen.

In elk sociaal netwerk zijn niet alleen wat verstoorde relaties, maar ook verzwakte relaties. Smit en van Gennep benoemen dan ook *intensiveren* als een stap in het werken met sociale netwerken. Het gaat dan om het verdiepen van wat zwakkere relaties aan de rafelranden van het sociale netwerk, maar ook om het bewaken van een gezond evenwicht tussen relaties met en zonder (of weinig) diepgang.

Ten slotte moet elk sociaal netwerk *onderhouden* worden omdat het anders onderhevig is aan erosie en verval.

Zorgkracht 'ontginnen'

Eens er sprake is van een gezond, vitaal, sociaal netwerk, al dan niet na een fase waarin gewerkt wordt aan de versterking ervan, kan gekeken worden naar de zorgkracht die kan

'ontgonnen' worden aan dat netwerk. De sociale netwerkbenadering zoals toegepast bij MEE Gelderse Poort voorziet daarvoor vier fasen (Vereijken, 2006):

1. Het stadium van de sociale diagnostiek: in deze eerste fase wordt MSNA toegepast om het persoonlijk sociaal netwerk van de cliënt in beeld te brengen. Daarvoor zouden ook genogrammen/ecogrammen kunnen gebruikt worden, zoals in de sociale netwerkstrategie bij onder meer MEE Brabant Noord (zie hoofdstuk 7 in deze publicatie). Daarmee is een start gemaakt met het aanboren van de zorgkracht van sociale netwerken en deze fase heeft ook al een mobiliserend en reorganiserend effect. Mobiliserend in de betekenis van het losmaken van meer informatie dan bij een traditioneel intakegesprek, reorganiserend in de betekenis dat de cliënt al anders naar zijn netwerk gaat kijken doordat het inzichtelijk wordt.
2. Het stadium van de opzet van een trajectplan: in deze tweede fase wordt samen met cliënt en belangrijke netwerkleden een plan opgemaakt rondom hulpvragen en hulpdoelen. Dat kan via het zogenaamde netwerkberaad.
3. Het stadium van de uitvoering van voorgenomen interventies: hier gaat het om het ondersteunen van het beschikbare netwerk, indien nodig het aanspreken van het nominale netwerk (de indirecte contacten) en het tijdelijk inzetten van beroepskrachten.
4. Het stadium van evaluatie en consolidatie van de bereikte resultaten.

Scheffers hanteert een gelijkaardige opdeling van het hele traject, maar deelt het op in vijf stappen (Scheffers, 2010, p. 92 e.v.):

1. Inventariseren van het sociaal netwerk: het via een ecogram in beeld brengen van de sociale contacten van de cliënt. In navolging van Vereijken en Baars verwijst ze ook naar de mobiliserende en reorganiserende werking van het maken van een ecogram.
2. Analyseren van de mogelijkheden van het sociaal netwerk: deze fase wordt door Vereijken niet genoemd. Scheffers omschrijft ze als het samen met de cliënt kijken naar de informatie en analyseren of het een vitaal netwerk is, of het volstaat om de doelen van de cliënt te bereiken dan wel versterking nodig heeft. Daar geeft ze niet veel harde criteria voor, anders dan de observatie dat een netwerk met alleen professionals niet vitaal is en dat een netwerk met alleen familie erg kwetsbaar is. Een vitaal netwerk kenmerkt zich door heterogeniteit: personen met uiteenlopende kwaliteiten.
3. Opzetten van een werkplan: het koppelen van probleem, hulpvraag en wensen aan delen van het sociaal netwerk.
4. Uitvoeren van het werkplan: in deze fase gaat cliënt en/of hulpverlener contact leggen met de personen uit het sociaal netwerk en hier zorgkracht organiseren. Scheffers waarschuwt hier voor het alert zijn op wederkerigheid: "mensen haken af als je alleen maar vraagt en nooit iets teruggeeft" (p. 115). Ook hier kan een netwerkberaad deel uitmaken van deze fase.
5. Eindevaluatie en consolideren van de bereikte resultaten.

Het gaat bij het 'gebruik van de stafkaart' echter niet alleen om fasering, maar ook om verschillende rollen. Eerder publiceerde Harry Hendrix een leer- en werkboek voor het bevorderen van sociale steun in de hulpverlening (Hendrix, 1997). Na een paar mooie en met casuïstiek doorspekte hoofdstukken over netwerken in maatschappelijk en historisch perspectief en hun functies doet hij een voorstel om netwerken grafisch in beeld te brengen en te analyseren. Het gaat dan om een stelsel van cirkels dat wat doet denken aan het werk van Bronfenbrenner met centraal de cliënt en daar omheen steeds zwakkere sociale relaties (familie, vrienden, professionals). Dat moet zicht geven op de samenstelling van het netwerk, de onderlinge afhankelijkheid, de bereikbaarheid, de gevarieerdheid en de dichtheid. Elke sociale relatie kan dan beoordeeld worden op de steun die de cliënt er van ervaart en om welke steun het dan gaat (emotionele, cognitieve, materiële etc.). Belangrijke observatie is natuurlijk dat sociale netwerken niet statisch zijn, maar voortdurend in beweging en daarom bij te sturen in bepaalde richtingen. Dat geeft de beïnvloedingssfeer van de hulpverlener en de cliënt weer.

Een nuttig onderscheid dat Hendrix introduceert is dat tussen de verschillende rollen die de hulpverlener kan hebben ten aanzien van het sociaal netwerk van de cliënt (Hendrix, 1997, p. 80 e.v.). Zo kan de hulpverlener gewoon lid zijn van het netwerk, naast de andere leden. Hij is er dan als professional aanwezig en vervult vanuit die optiek een bepaalde functie voor de cliënt (bv. als budgetbegeleider). Ingrijpender wordt het als de hulpverlener de rol aanneemt van netwerkcoach. Net als bij sport is het dan iemand die niet echt deelneemt aan de wedstrijd/het netwerk, maar vanaf de zijlijn met gevraagde en ongevraagde adviezen zijn team helpt en ondersteunt. De hulpverlener kan ook netwerkmonteur zijn, die dan nog ingrijpender en directer ingrijpt in het sociaal netwerk (bijvoorbeeld door extra leden te zoeken). Ten slotte is er de rol van netwerkbeheerder voor die situaties waarin de zorgbehoefte groot is en het netwerk bijzonder klein. De marges tussen de rollen zijn diffuus en voor interpretatie vatbaar. Maar dat er een glijdende schaal is van betrokkenheid van de hulpverlener mag duidelijk zijn. Vanuit elke rol kan de hulpverlener gericht zijn op het 'ontginnen' van het netwerk op sociale steun.

In de vakliteratuur

De Nederlandstalige vakliteratuur kent het bovenstaande en verwijst regelmatig naar genogram en ecogram, maar nooit met veel diepgang of systematisch. Het is alsof het een terrein is dat verondersteld wordt bekend te zijn of elders uitvoerig beschreven wordt. Dat is echter niet het geval. Enkel de Vlaming Stef Herman schreef een korte toelichting op ecogrammen (2009). Nederlandstalige handleidingen bestaan niet echt en ook onze publicatie is meer een pleidooi om het meer aandacht te geven dan een echte handleiding.

Ruud Holstvoogd besteedt er in zijn *Maatschappelijk werk in kerntaken* een paar pagina's aan (2006, p. 176 e.v.). Hij verwijst naar de beroepscode van maatschappelijk werkers, artikel 1: "de maatschappelijk werker bevordert primair het optimaal tot zijn

recht komen van de persoon, in de wisselwerking met diens omgeving”. Daarbij moet maatschappelijk werk opboksen tegen de individualisering van de samenleving. Wat betreft fasering van het inschakelen van sociale netwerken komt hij tot een vierdeling, met het uitdrukkelijke signaal dat alleen de analyse bij het begin vastligt en de volgorde van de anderen kan variëren per situatie: de analyse van het netwerk, de verbetering van de relatie en activiteiten met het netwerk, de verbetering van het gebruik van hulpbronnen uit het sociale netwerk en de verbetering van de structuur van het sociale netwerk.

Ad Snellen heeft er in zijn *Basismodel voor methodisch hulpverleners in het maatschappelijk werk* minder aandacht voor (2010). Hij verwijst wel kort naar het sociaalecologisch referentiekader (p. 115) en bij de beschrijving van hulpverlening op het niveau van de omgeving kort naar het werk van Baars (p. 284-286), maar daar blijft het toe beperkt.

Nora van Riet is iets uitvoeriger in haar *Social Work, mensen helpen tot hun recht te komen* (2006). Ze vergelijkt een sociaal netwerk met een vloer waarop men loopt: “Is die vloer erg zwak, dan bestaat de kans er doorheen te zakken, met alle gevolgen van dien.” (p. 210). Ze verwijst ook naar onderzoek van Mueller (1980, zonder verdere verwijzing) waaruit zou blijken dat het netwerk van gezond functionerende mensen bestaat uit 35 tot 55 personen. Het is onduidelijk of het dan gaat om sterke of zwakke relaties, om familie of vrienden. Verder geeft ze een reeks praktische tips (bv. let ook op persoonlijke hygiëne, een lijfgeur helpt niet echt bij het onderhouden van een sociaal netwerk). Op basis van het werk van Hartman geeft van Riet informatie over het maken van een ecogram, wat ze vergelijkt met een plattegrond. Opvallend citaat nog: “Een onderdeel van empowerment is dat mensen gebruik leren maken van hulpbronnen in hun omgeving.” (p. 212). In haar boek *Casemanagement* (samen met Harry Wouters) besteedt ze ook aandacht aan de ecologische benadering van hulpverlening en het betrekken van de omgeving van de cliënt (van Riet & Wouters, 2010, p. 89 e.v.). De auteurs noemen een aantal stadia in het werken met sociale netwerken: de inventarisatie van het netwerk, de interpretatie daarvan en ten slotte de versterking. Opvallend is dat het organiseren van zorgkracht uit het sociale netwerk hierin niet genoemd wordt.

Ook Marius Nabuurs staat in zijn *Basisboek systeemgericht werken* stil bij het belang van genogrammen en sociogrammen (2007). Hij omschrijft het als interventies met betrekking tot het extrafamiliale systeem en de omgeving en plaatst daarbij ook het sociogram en de levenslijn. Werken met de verzamelde informatie kan in een familie-netwerk-beraad en in zorgteams.

Sjef de Vries lijkt met zijn *Basismethodiek psychosociale hulpverlening* meer bij het traditionele individuele hulpverleners te zitten (2008). Slechts een paar pagina’s wijdt hij aan sociale steun. Daar wijst hij op het gevaar dat beroep doen op sociale steun leidt tot gevoelens van machteloosheid die leiden tot het mijden van de ander. Zorgkracht

ontginnen in een sociaal netwerk is dus niet zonder risico's. Hoe de hulpverlener zich tot sociale netwerken en tot dit risico kan verhouden, wordt niet duidelijk.

Herman de Mönning geeft wel enige aandacht aan sociale netwerken in *De gereedschapskist van de maatschappelijk werker*, volgend op aandacht voor gezin en familie (de Mönning, 2009, hoofdstuk 23). Hij schakelt sociale netwerken gelijk aan steunsystemen en benoemt drie functies: het helpen van het individu in het mobiliseren van zijn psychische reserves, het delen van taken met het individu en het voorzien van het individu van geld, materiaal, gereedschappen, cognitieve hulp (p. 378). Sociale netwerken geven steun door hun omvang, hun gevarieerdheid, hun dichtheid en hun bereikbaarheid. Wat betreft de instrumenten voor de hulpverlener verwijst de Mönning naar ecogrammen en het werk van Baars. Boeiend is dat de auteur ook wijst op het verschil tussen wat burgers als adequaat steungedrag omschrijven, wat ze in praktijk ook leveren en wat effectieve sociale steun zou zijn. Daar zit nog wel eens verschil in en daar ligt een kans voor de hulpverlening.

Willem Blok ten slotte besteedt in zijn *Inleiding social work vanuit internationaal perspectief* enige aandacht aan de ecologische systeemtheorie en het werk van de eerder genoemde Bronfenbrenner en de opdeling van de sociale omgeving in micro-, meso- en macroniveau (2009). Ook hier blijft het echter meer bij een vermelding dan dat er sprake is van een uitgewerkte toelichting.

Tot slot

In dit hoofdstuk hebben we een beetje eclecticisch gekeken naar wat de kennisbasis van sociaal werk te bieden heeft over het inzetten van sociale netwerken. Daaruit mag duidelijk zijn dat het inschakelen van sociale netwerken in zorgprocessen het sociaal werk niet vreemd is. De ambitie om schaarste aan formele zorg op te vangen met extra inzet van sociale netwerken hoeft het dus niet helemaal zonder visie te doen. Toch blijft het zoeken hoe het concreet vorm te geven in de praktijk. Dat mag ook blijken uit de casus in het volgende hoofdstuk.

Bovendien zal het zaak zijn de wat oudere initiatieven en denkbeelden hierover te moderniseren. Zo moet de kennis uit de gezinstherapie van een aantal decennia geleden bekeken worden op relevantie voor het huidige tijdsgewricht, waarin sociale netwerken minder gedomineerd worden door familiebanden, echtscheidingen en wedersamengestelde gezinnen frequent voorkomen, waarin afstand minder een rol speelt en waarin sociale (digitale) media het eenvoudig maken veel sociale contacten te onderhouden. Die ontwikkelingen vormen een verrijking van het gewone leven, maar bieden ook extra kansen voor zorgbehoevende burgers.










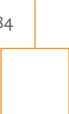


Bovendien ontstaat uit het voorgaande overzicht de vraag wat nu essentiële gemeenschappelijke kenmerken zijn van elke interventie die gericht is op het inschakelen van

sociale netwerken, en welke specifieke onderdelen van de verschillende interventies relevant zijn. Natuurlijk zijn er verschillen tussen de Maastrichtse sociaal Netwerk Analyse en de sociale netwerkstrategieën (beschreven in hoofdstuk 7). Natuurlijk bestaat er verschil tussen deze beide (met professionals) en de eigen kracht conferenties (met vrijwilligers). Maar zijn dat wezenlijke verschillen die essentieel zijn om de gewenste resultaten te bereiken? Wij denken dat in de context van de huidige ontwikkelingen van de verzorgingsstaat aandacht voor de algemene uitgangspunten belangrijker is dan de fijnslijperij van het onderscheid tussen interventie A, B of C.

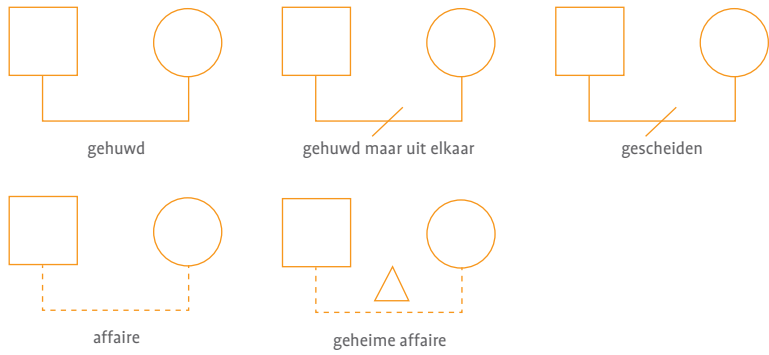
En die uitgangspunten zijn eenvoudig te benoemen: schaarste aan professionele zorg kan deels opgevangen worden door de zorgkracht van sociale netwerken te ontginnen, daarvoor moet eerst het sociale netwerk van een cliënt in kaart gebracht worden. Genogrammen, ecomaps en ecogrammen zijn daarbij relevante technieken. Weinig vitale netwerken hebben eerst behoefte aan versterking, waarna via bijvoorbeeld een netwerk- of familiebeeraad zorgkracht kan geogst worden. Die uitgangspunten hebben elk van de genoemde interventies met elkaar gemeen.

Om verder specifiek voor methode A, B of C te kiezen is meer informatie nodig. De verschillende interventies hebben immers weinig empirische onderbouwing van het effect van specifieke kenmerken van hun benadering. Dat maakt de keuze voor een specifieke benadering meer een pragmatische dan een met effectonderzoek onderbouwde keuze.

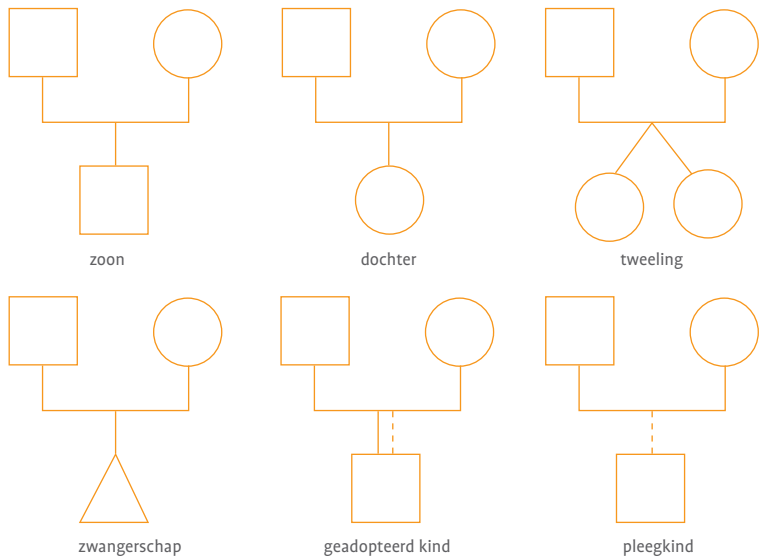
Gebruikte symbolen in genogrammen en ecogrammen: persoonskenmerken

	man		homosexueel		bisexueel
	vrouw		lesbisch		bisexueel
	huisdier		fysieke of mentale ziekte		middeengebruik
	geboortjaar		leeftijd		overlijdensjaar overleden

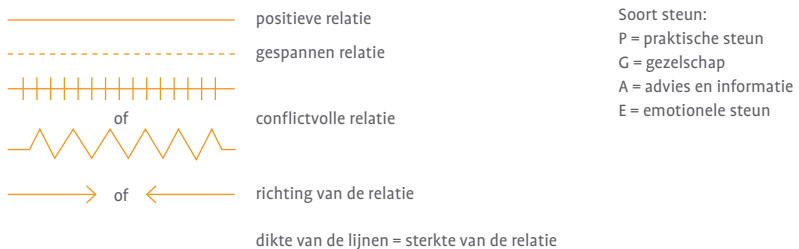
Gebruikte symbolen in genogrammen en ecogrammen: relatietekens



Gebruikte symbolen in genogrammen en ecogrammen: relatietekens



Gebruikte symbolen in ecogrammen: relatietekens



Casus: Fatima Tahir & Julia van Hoof

Nicolette de Graaf

Fatima Tahir

Fatima is 43 jaar. Ze is een alleenstaande moeder en heeft een bijstandsuitkering. Vier jaar geleden is Fatima uit Somalië gevlucht. Ze heeft tien kinderen van vier verschillende vaders en een pleegkind. Fatima is voor het eerst getrouwd toen ze veertien jaar was. Met de vaders van de kinderen is geen contact om verschillende redenen. Eén vader is overleden en de andere wonen in het buitenland.

Zeven kinderen tussen de een en acht jaar wonen nog thuis. Recent zijn twee zoons, na een gedwongen uithuisplaatsing van een aantal jaren, weer bij Fatima komen wonen. Vier van de kinderen hebben een Onder Toezicht Stelling (OTS) van de kinderrechter. Haar drie volwassen kinderen en pleegkind wonen zelfstandig. Twee van hen wonen in de buurt en twee in het buitenland. Fatima heeft inmiddels twaalf kleinkinderen.

De kinderen van Fatima zijn niet allemaal tegelijk met hun moeder naar Nederland gekomen.

Eén zoontje, van destijds tien jaar, kwam twee jaar later dan Fatima. Over hem maakte moeder zich zorgen omdat hij probleemgedrag op school en op straat vertoonde. Ze heeft hierover haar hart gelucht bij kennissen. Vervolgens heeft een kennis hulpverleningsinstellingen ingeschakeld. Het gevolg is dat Bureau Jeugdzorg en de Raad van de Kinderbescherming werden ingeschakeld en er over veel kinderen een OTS is uitgesproken. De gezinsvoogd heeft een indicatie voor intensieve gezinsbegeleiding door Stabiël van het Leger des Heils aangevraagd en sinds anderhalf jaar komt de gezinsbegeleidster, Julia van Hoof, twee of drie keer per week bij Fatima thuis.

Fatima is tevreden over de hulp die ze van Julia krijgt. Aanvankelijk was Fatima wantrouwend, stil en teruggetrokken omdat ze slechte ervaringen met hulpverleners heeft gehad. Zij begreep deze hulpverleners niet goed en ook niet de papieren die ze, voor haar gevoel gedwongen, heeft ondertekend. Fatima is het nog steeds niet eens met het feit dat twee van haar zoons uit huis zijn geplaatst en is erg blij dat zij na een aantal jaren weer thuis zijn komen wonen.

Door haar slechte ervaringen met hulpverleners en angst dat er nog meer kinderen uit huis geplaatst zouden worden heeft het een tijd geduurd voordat Fatima op haar gevoel en Julia durfde te vertrouwen. Het is daarbij belangrijk geweest dat Julia altijd de tijd heeft genomen om uit te leggen wat zij bedoelt en wat er precies in de rapporten van jeugdzorg staat.

“Elke keer legt zij alles uit tot ik het snap. Ook al moet ze vijf keer komen om die lange brieven uit te leggen. Nu snap ik wat ik teken en als ik het er niet mee eens ben schrijven we dat terug of zeggen we dat bij een gesprek.”

Fatma vindt het erg fijn dat Julia altijd naar haar mening vraagt en de tijd heeft genomen om haar beter te leren kennen, te leren begrijpen wat haar achtergrond is en wat volgens haar de echte belangrijke zaken in het leven zijn. Julia heeft uitgelegd hoe zijzelf denkt, hoe het in Nederland werkt en wat de mensen belangrijk vinden als het om de opvoeding van de kinderen gaat.

Fatima vindt dat Julia altijd haar afspraken nakomt, nooit iets belooft wat ze niet kan nakomen en niets achter haar rug om doet. Ook vindt ze dat Julia duidelijk is en eerlijk haar mening geeft ook al is dat soms niet leuk om te horen.

“Zij is ook heel eerlijk. Zij zegt wat goed is en wat niet goed is maar vraagt ook altijd wat ik denk.”

Fatima vindt het fijn dat Julia goed naar de kinderen luistert en door er vaak te zijn ook voordoet hoe zij de opvoeding zou aanpakken. Fatima leert veel van de manier waarop Julia tegen opvoeden aankijkt. Soms doen Fatima en Julia dingen samen zoals op bezoek gaan bij instellingen en scholen van de kinderen. Daardoor leert ze om dit alleen te gaan doen.

Het is voor Fatima erg prettig dat Julia Nederland goed kent en bijvoorbeeld weet dat er een voedselbank is en waar goedkope of gratis spullen voor de kinderen te regelen zijn.

Volgens Fatima is ze uiteindelijk afgegaan op haar gevoel en de manier waarop de kinderen op Julia reageerden. Voor Fatima is het allerbelangrijkste dat ze goed contact heeft met Julia en dat ze bij Julia zichzelf kan zijn met alle fouten, maar ook met de dingen die ze goed doet. Fatima zegt dat ze Julia persoonlijk heeft leren kennen en daardoor heeft ze ook meer vertrouwen gekregen.

“Ik vertrouw Julia. Zij maakt mij blij en ze is lief. Dat is een gevoel. Ik kan voelen of iemand te vertrouwen is want ik heb veel ervaring. Mijn kinderen kunnen dat ook. Aan kinderen kan je goed merken of iets echt is.”

Fatima zegt dat Julia, omdat ze er vaak is, veel mensen uit haar netwerk kent. Fatima vindt het belangrijk dat Julia oplet wat ze zegt en wat er besproken wordt in het bijzijn van een kennis die bijvoorbeeld helpt met tolken. Fatima is nog steeds bang dat er achter haar rug om gekletst zal worden.

Fatima kent veel mensen die ook afkomstig zijn uit Somalië en ze schakelt deze mensen vaak in voor praktische ondersteuning, bijvoorbeeld voor het doen van klusjes in huis zoals het maken van een traphekje en het leggen van een vloer, om te tolken, op te passen of ergens mee naar toe te gaan.

Fatima zou niet graag willen dat andere mensen uit haar netwerk de taken van Julia overnemen. Ze is bang dat er dan zaken worden doorverteld of dat mensen dingen

weten die zij liever niet met kennissen wil delen. Fatima zou het prima vinden wanneer Julia meer contact zou hebben met mensen die ze kent, omdat velen van hen de hulp van Julia goed kunnen gebruiken.

“Veel mensen die ik ken, kunnen zelf ook wel hulp van Julia gebruiken.”

Julia van Hoof

Toen Julia voor de eerste keer bij Fatima kwam hadden vijf kinderen een OTS en waren twee zoons in verband met gedragsproblemen en problemen op verschillende leefgebieden, zoals school, vrije tijd en justitie, uit huis geplaatst.

Volgens Julia hebben deze gedragsproblemen te maken gehad met trauma's van de kinderen in het land van herkomst. Mogelijk ook met de cultuuromslag die ze hebben meegemaakt en het feit dat de jongens geen vader hebben met wie ze regelmatig contact hebben.

Omdat Fatima zich niet goed verstaanbaar kan maken ontstond bij instellingen de indruk dat zij geen regie kon voeren over de kinderen en niet in staat was haar kinderen een veilige en gestructureerde leefomgeving te bieden. Julia vindt dat instellingen niet altijd goed aansluiten bij de leefwereld van Fatima en haar referentiekader. Ook wordt er vaak te weinig gebruik gemaakt van de krachten en mogelijkheden van Fatima.

“Fatima heeft weinig financiële middelen maar verzorgt haar kinderen goed. Er is altijd eten en zij runt haar drukke huishouden op een zodanige wijze dat voorwaarden geschapen worden dat de kinderen op tijd op school kunnen komen en hun huiswerk kunnen maken. De kinderen hebben respect voor Fatima en zij is liefdevol voor de kinderen.”

Omdat Fatima weinig vertrouwen in de hulpverlening had, was het volgens Julia in eerste instantie belangrijk om Fatima te leren kennen en te begrijpen hoe zij tegen zaken als opvoeding aankijkt, wat ze belangrijk vindt en wat er in haar ogen werkelijk toe doet. Want ook bij hulpverlening in gedwongen kader vindt Julia het van groot belang om tot een gezamenlijk doel te komen en mogelijke visieverschillen openlijk te kunnen bespreken.

Julia richt zich vooral op het leggen van verbinding tussen Fatima en instellingen waarmee zij te maken heeft. Daarnaast geeft Julia praktische hulp in de thuissituatie en de opvoeding van de kinderen. Een belangrijk onderdeel is het uitleggen van allerlei brieven die Fatima krijgt en de wijze waarop in Nederland aangekeken wordt tegen zaken als opvoeding, veiligheid, omgang in de buurt etc. Ook zet Julia haar kennis in ten behoeve van het verlichten van de kosten van het huishouden. Vaak doet zij dingen samen met Fatima en kijkt zij vervolgens wat Fatima zelf kan, eventueel met behulp van mensen die zij kent.

Julia is in staat het netwerk van een cliënt in kaart te brengen en ziet daarvan ook het belang. Zij vraagt zich echter af op welke wijze zij dit netwerk het beste kan versterken en optimaal kan betrekken bij de hulpverlening.

“Het is wel ingewikkeld hoe je deze coalities tussen formele- en informele zorg precies zou moeten vormen, hoe je het netwerk van cliënten duurzaam bij de hulpverlening kan betrekken, wat daarvan de voor- en nadelen zijn, wat daarbij aandachtspunten en handvatten kunnen zijn.”

Naar de mening van Julia is het belangrijk de regie daarvoor altijd bij de cliënt te laten liggen en ook dat hulpverleners voorzichtig moeten omgaan met de informatie die zij verstrekken aan- of in bijzijn van iemand uit het netwerk van de cliënt.

In het begin van de begeleiding aan Fatima heeft Julia, mede op verzoek van Fatima, de oudste uitwonende zoon die in Nederland woont veelvuldig betrokken bij de hulpverlening. Deze zoon wilde ook graag een bijdrage leveren om de situatie van zijn moeder te verlichten. Hij werd daardoor te veel belast. De combinatie van de zorg voor zijn moeder, het opbouwen van een eigen leven en het afronden van zijn school bleek te zwaar te zijn. Julia vraagt zich dus af hoe je kan voorkomen dat dierbaren uit het netwerk van een cliënt te zwaar worden belast. Zeker wanneer er sprake is van een beperkt netwerk dat de cliënt echt vertrouwt of wanneer dit netwerk voor een groot deel uit jong volwassen kinderen bestaat die zelf eigenlijk ook nog steun en begeleiding nodig hebben.

Het lijkt Julia ook lastig om als hulpverlener, samen met de cliënt, beroep te doen op mensen die wat verderaf van de cliënt staan, bijvoorbeeld op buurtgenoten of een kennis waarmee vooral gezellig en oppervlakkig contact is.

“Het is al moeilijk voor veel mensen om hulp te vragen aan iemand die zij goed kennen, laat staan aan mensen die daarbij minder voor de hand liggen. En krijg je dan als cliënt niet het gevoel dat je iets terug moet doen of dankbaar moet zijn? Of raakt de relatie die je had dan niet uit balans?”

Met sommige maatschappelijke kwetsbare gezinnen waarmee Julia contact heeft en waarbij veelal sprake is van een complexe problematiek op meerdere leefgebieden, kost het haar veel moeite om binnen te komen en binnen te blijven. Deze cliënten hebben vaak een groot wantrouwen ten aanzien van de hulpverlening.

Niet zelden ziet zij dat deze gezinnen eenzaam en geïsoleerd zijn en een zeer beperkt of geen netwerk hebben, of een netwerk met moeizame, wankel of zelfs verstoorde relaties. Vaak is er geen stabiel netwerk dat bij zou kunnen dragen aan bijvoorbeeld het toenemen van de veiligheid van de kinderen of het verminderen van overlast in de buurt.

Julia vraagt zich af of- en hoe je in dergelijke situaties toch een verbinding kan leggen tussen formele zorg en informele zorg. Volgens Julia is het ook een belangrijk aandachtspunt hoe je als hulpverlener goede nazorg kan waarborgen wanneer blijkt dat een

netwerk van een cliënt niet de ondersteuning kan bieden die nodig is of waarop gehoopt werd.

In het ideaalplaatje vindt Julia het een mooi gedachtegoed wanneer er minder professionele hulp nodig is en cliënten, indien nodig langdurig, gebruik kunnen maken van hun netwerk. Julia vindt het van iedere unieke cliënt en zijn of haar specifieke situatie afhankelijk hoe het betrekken van het netwerk van de cliënt bij de hulpverlening moet worden vormgegeven.

“Een standaard methode of protocol past daar voor mijn cliënten in ieder geval niet bij. Het is een soort zoektocht.”

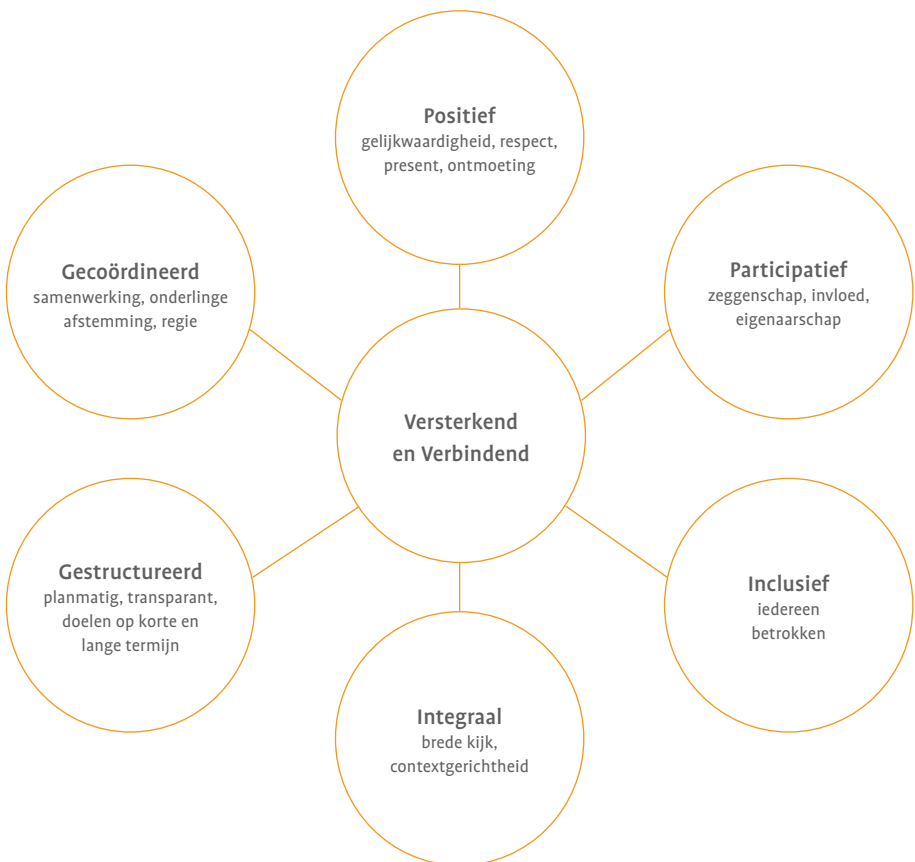
Wat Julia zou helpen bij deze zoektocht zijn theoretische handvatten, scholing en goede inhoudelijke ondersteuning met betrekking tot de vragen die zij heeft.

“Dus eigenlijk heb ik mensen nodig die met me meedenken en een visie hebben op het meer en beter organiseren van informele zorg rondom een cliënt.”

Inleiding

Als maatschappelijk werker in de eerste lijn en trainer/supervisor van hulpverleners, ben ik al jaren actief rond de vraag hoe netwerken rond hulpvragers verbindend en versterkend kunnen werken. Contextgericht werken is dan ook, naast de aandacht voor de relationele dynamiek van de hulpverlening, een centrale focus binnen mijn hulpverlenend handelen. In deze bijdrage zal ik beide aandachtspunten met elkaar verweven.

Verbindend en versterkend werken is een begrip dat gehanteerd wordt binnen het kader van empowerment. Het is een begrip dat centraal wordt geplaatst binnen de empowermentbloem (van Regenmortel, 2011b, p. 30). Daarin wordt het thema verbindend en versterkend werken centraal gepositioneerd als de motor voor een empowerend proces. De andere begrippen geven taal aan diverse invalshoeken die het proces van verbindend en versterkend werken mogelijk kunnen maken.



Het onderscheid tussen verbindend en versterkend is niet eenduidig af te bakenen. Het accentverschil ligt vooral zó dat verbindend eerder slaat op de dialogische dynamiek van verbindingen leggen, vooral verbindingen die minder zichtbaar zijn en toch een grote impact hebben op het geheel. Terwijl versterkend werken vooral slaat op het verankeren, onderbouwen en vernieuwen van krachten en kapitaalvormen.

In deze bijdrage focus ik op het thema netwerkversterking als onderdeel van een verbindende en versterkende gerichtheid in het hulpverleningsproces, en hoe hulpverleners dit thema bespreekbaar kunnen maken in een passend groeiproces.

Hierbij neem ik drie invalshoeken. Een eerste invalshoek is het reflecteren op het mogelijke belang en de noodzaak van netwerkversterking bij hulpverlenende interventies en processen, gekoppeld aan de begrippen meervoudige kwetsbaarheid en risicosamenleving. Een tweede invalshoek is het maken van een aantal reflecties over de kansen en risico's van een verschuiving van een meer persoonsgerichte benadering naar een benadering waarbij netwerkversterking als essentieel onderdeel wordt gezien van hulpverlenende acties. Een derde invalshoek is de dialoog en de relatieontwikkeling als krachtbron voor een passend hulpverleningsproces, waarbij netwerkexploratie en versterking essentieel onderdeel is van hulpverlenende interventies.

Maatschappelijke, relationele en persoonlijke kwetsbaarheid

In de hulpverlening heeft de meer individugerichte benadering steeds centraal gestaan. Het ging over materiële en niet-materiële problemen, die moesten aangepakt en opgelost worden met financiële en materiële tussenkomsten, opvang waar nodig, begeleiding of therapie. Gezinsbegeleiding was een optie in de minderheid, maar buurt-, netwerk- en omgevingsgerichte acties waren tot nu toe eerder marginaal, zeker wat Vlaanderen betreft.

De huidige verschuiving naar een verantwoordelijkheidsfocus met verwachting naar meetbare, doelgerichte en oplossende acties blijft zich kaderen in een individualistische aanpak.

De individugerichte tussenkomsten gaan voorbij aan de samenhang van maatschappelijke relationele en persoonlijke kwetsbaarheid die zich in een negatieve spiraal verstrengelt. Driessens omschrijft omstandig hoe situaties van verlies en neergang op de maatschappelijke ladder gepaard gaan met toename van isolement, vervreemding en netwerkverarming (2003). Ze omschrijft hoe bij een toenemende druk op personen en gezinnen er een toename is van de druk op de familiale en relationele solidariteit die echter verhoogde risico's met zich meebrengen voor een dwingende, eenzijdige netwerkontwikkeling en uiteindelijk leidt tot diepgaande breuken.

Als supervisor heb ik in de voorbije twintig jaar oneindig veel genogrammen en ecogrammen uitgetekend. Wat hierbij opvalt is hoe maatschappelijke uitsluiting en marginalisering blijkt samen te gaan met een verschuiving van netwerken en tal van

langdurige en ernstige breuken met partner, kinderen, familie en vrienden. Dit leidt tot een gewijzigd zelfbeeld en een negatievere kijk op de betrouwbaarheid van de ander (Heyndrickx & Vansevenant, 2005), wat het isolement nog doet toenemen, maar ook het herstel of de vernieuwing van netwerken bemoeilijkt. Uiteindelijk belanden de zogenaamde 'losers' in een netwerk dat hen eerder vastzet of waar niet passende balansen de boventoon voeren.

Driessens omschrijft hoe mensen in armoedesituaties een verscheidenheid aan overlevingsstrategieën ontwikkelen in het omgaan met netwerkverarming (2003). Hierbij brengt ze volgende typologie naar voor:

Een typologie van strategieën in netwerkvorming

Geïsoleerde armen	Armen met een beperkt sociaal netwerk
1. De afglijders (onverwerkt rolverlies) - stigmatiseringsmanagement - verbergingsstrategie	
	2. De aangepasten - win-win-relatie met gelijkgezinden
	3. De statuszoekers - sterke geefrelatie in ruil voor erkenning
4. De teruggetrokken wantrouwigen - niet langer durven investeren	
	5. De wilde weldoeners - extreme geefrelatie zonder ruil
6. De gedumpte - geen aansluiting meer vinden	

In dit schema wordt het onderscheid gemaakt tussen mensen onderaan de maatschappelijke ladder met weinig of geen netwerk en lotgenoten met een beperkt netwerk. Bij de eerste groep ligt het accent op het omgaan met rolverlies bij het afglijden of gedumpte worden, waarbij het zich terugtrekken een vergroot risico inhoudt op nog meer isolement en men al dan niet kan spreken van een bewust gekozen eenzaamheid. Deze zelf gekozen eenzaamheid is echter een manier om nieuwe kwetsuren te vermijden, een vorm van zorgen voor zichzelf.

Het verhaal van Kamiel, ter verduidelijking.

Vervroegd op pensioen, gescheiden en na jaren toenemend isolement in een buurt die razend snel ‘verkleurde’ had de man een radicale keuze gemaakt door naar de zee te verhuizen, waar hij niemand kende, om daar een kleine studio te huren en met rust gelaten te worden. Naar aanleiding van een vraag aan de lokale sociale dienst voor tussenkomst in medische kosten kreeg Kamiel een betrokken hulpverlener over de vloer die geraakt werd door het complete isolement waarin die man vertoefde. Hij was zeer wantrouwig tegenover alles en iedereen, maar de verwonderde aandacht en gerichte zoektocht naar rechten en mogelijkheden voor de hulpvrager, brachten niettemin een groeiende ‘warme’ band met zich mee. De fase van exploratie en het uitgebreid stilstaan bij de betekenis van het tragische verhaal aan verlies aan netwerk en relationele betekenis was voor de man een deugd-doende erkenning. De stap naar een vernieuwend netwerk leek echter onbegonnen werk. Kamiel maakte nooit warm eten voor zichzelf en beperkte zijn voeding tot brood en beleg.

Het sociaal restaurant dichtbij met zijn hartelijk onthaal leek een gedroomde opstap om aan netwerkverbreding te doen. Het complexe afstemmingsspel rond de mogelijke stap was een oefening in geduld en respect voor de hulpverlener en een zoektocht naar veiligheid en betrouwbaarheid voor Kamiel. De feitelijke stap naar het restaurant bleek echter zo vervreemdend voor Kamiel zelf dat hij afzag van verdere pogingen. Uit latere contacten bleek dat de man de inzet van de hulpverlener wel enorm had geapprecieerd. Het hielp Kamiel om op eigen kracht toch meer buiten te komen en een bank in een parkje in de buurt te ontdekken waar hij regelmatig een praatje kon slaan. Het gekozen isolement was dan wel doorbroken, maar niet met het verhoopte resultaat.

De groep met een beperkt sociaal netwerk, in het schema van Driessens, is op zoek naar plaats en betekenis en neigt hierbij of te veel te geven of te veel te verlangen. Vanuit vroegere ervaringen en kwetsuren is de balans van geven en nemen moeilijk in evenwicht te brengen. Rekeningen dienen klaarblijkelijk nog vereffend te worden, maar veelal aan derden die niks met de verstoorde balansen te maken hebben.

Verlies van sociaal kapitaal is onderdeel van de processen van marginalisering en uitsluiting. Onzekerheid, angst en kwetsuren bemoeilijken passende stappen naar netwerkverbreding. Overlevingsstrategieën kunnen dwingende belemmeringen zijn voor een verbreding, zelfs als het verlangen en nood groot is. Het versterken en toeleiden naar netwerken houdt dus ook risico’s in zich en vraagt een goede exploratie en verbrede dialoog.

Netwerkversterkend werken, kansen en risico’s

Uitgaan van versterking van sociale steunstructuren lijkt logisch en past in de logica van een empowerende benadering, maar is voor de hulpvrager veel minder vanzelfsprekend. De vanzelfsprekendheid om verbreed te verkennen en zomaar aan netwerkbevordering te doen, kan op weerstand stuiten. Er zijn de begrippen als privacy en autonomie en hiermee een verhoogde kans op leefwereldbotsing.

Het lijkt ons dus van essentieel belang dat de hulpverlener rekening houdt met weerstand, argwaan en strijd rond het bespreekbaar stellen en verkennen van de ruimere context en het netwerk.

Deze verkenning hoort te gebeuren op een aftastende, creatieve en invoegende manier, waarbij de volgende vragen op de achtergrond meespelen:

- Krijg je in een verkennend gesprek zicht op een schraal of rijk netwerk?
- Welke betekenis geeft de hulpvrager aan dit netwerk?
- Ziet de cliënt het huidige netwerk als een bron van mogelijkheden om aan de problemen en hulpvragen die zich stellen te werken, of ziet de cliënt de oplossing en aanpak op een persoonsgerichte manier?
- Ziet de cliënt de hulpverlening als een bron voor netwerkverbreding en versterking of wil cliënt de hulpverlening strikt afgebakend houden, gericht op de aanpak van de concrete noden?
- Ziet de cliënt de relatieontwikkeling met de hulpverlener als een bron voor verbrede afstemming en aanpak van achterliggende vragen en noden, of ziet de cliënt de relatie eerder als functioneel?

Een eerste uitdaging voor de hulpverlener bestaat erin om naast het stilstaan bij de concrete materiële nood en de directe hulpvraag, explorerend af te tasten waar er hulpbronnen aanwezig zijn in de omgeving, in het resterende netwerk, zonder hierbij de rechtenverkenning en rechtentoeleiding uit het oog te verliezen.

Hulpvragers zijn gevoelig voor afwijzing of het gevoel van het kastje naar de muur gezonden te worden. Bij een complexe hulpvraag de antwoorden gaan zoeken in het netwerk van de cliënt of toeleiden naar een professioneel, vrijwillig of natuurlijk netwerk, houdt het risico van ervaringen van afwijzing in. Vooral bij mensen die bij het stellen van de hulpvraag ook erkenning, steun, troost en begrip zoeken, is een verkenning en toeleiding naar een verbreed netwerk niet risicoloos.

Hulpvragers kunnen door deze verbrede verkenning ervaren dat hun afbakening tot een concrete vraag en niks meer, niet ernstig genomen wordt. Het kan leiden tot discussie of een afhaken omdat die hulpverlener in de ogen van de cliënt te veel de therapeut wil uithangen.

Een ander risico is dat de hulpvrager die met een gemis aan vertrouwen zit door relatiespanningen, relatiebreuken, isolement of een versmald sociaal netwerk, niet direct vertrouwen kan geven aan een hulpverlener die gevoelige thema's gaat verkennen. Het kan betekenen dat het beschermende pantser van 'materiële vragen en niks anders' te vlug wordt aangevallen.

Toch lijkt het ons essentieel om van bij aanvang van een verbindend en versterkend hulpverleningsproces, op een invoegende, prudente en toch gerichte manier verbreed te gaan exploreren. Hierbij is het hanteren van een life-eventlijn, een ecogram en een draaglast/draagkracht balans het aangewezen instrumentarium. Precies het benoemen van drie

verschillende exploratiemethoden geeft aan dat het belangrijk is om in te voegen op de vraag, de verwachting en het verhaal van de cliënt. Een verwonderende en toch krachtvolle houding zijn hierbij de passende ingesteldheid. In het verkennen komt de hulpverlener nabij. Hij bevestigt, benoemt, geeft taal, ordent en stelt verbindende vragen. Verbinding naar gevoelens, betekenissen, feiten en verhalen, maar ook naar betekenisvolle personen binnen het netwerk van de cliënt. Indien de hulpverlener erin slaagt de aanvankelijke hulpvraag helderder te krijgen, gecombineerd met het plaatsen van de vraag en het verhaal in een verbrede context, dan maakt dit eerste contact kans op een betekenisvol vervolg.

In een kort gespreksfragment verkennen we een eerste hulpvraag van een man met een meervoudige problematiek, maar met een eigen aanpakstrategie die vraagt om ernstig genomen te worden.

Jan is kwaad op iedereen en wil zijn rechten bekomen. Jan is al lange tijd geschorst van de werkloosheidsuitkering, omdat hij slordig is met zijn post en daarom niet tijdig op uitnodigingen ingaat. Werk is voor hem een veel lastigere uitdaging dan bij de meeste werkzoekenden. Zijn ervaringen zijn beperkt en hij kan moeilijk om met dominante ploegbazen en werfleiders. Eigenlijk kan hij moeilijk omgaan met afwijzing en miskennis van zijn inzet. Jan woont wisselend bij zijn ma, een vriend en een tijdelijke vriendin. Zijn netwerk is kwetsbaar in die zin dat relaties wel langdurig bestaan, maar in een dwingend afwisselend palet van aantrekken en afstoten zitten. Jan is zich daar enigszins bewust van, maar kan daar niet zo makkelijk over praten. Hij wil die spiraal van gebrek aan vast wonen doorbreken en stapt er na lang twijfelen mee naar de hulpverlening met een vraag om een eigen woning te verkrijgen. We geven een stuk van het explorerend, krachtengericht en verbindend gesprek mee.

Tom (de hulpverlener): “Je bent duidelijk, door zo direct je vraag te stellen.”

Jan: “Zo ben ik, als ik een stap zet dan ga ik er voor!”

Tom: “Mooi, wat maakt dat je nu toch die belangrijke stap zet naar alleen wonen?”

Jan: “Ik ben het beu om afhankelijk te zijn van anderen en op andere hun kosten te leven.”

Tom: “Ik hoor dat het in die zin ook dringend is, of valt het mee?”

Jan: “Ik vind wel altijd mijn weg. Nu zit ik bij mijn vriend Ben, maar hij begint meer en meer te zagen over geld en eten binnenbrengen. Straks moet ik weer iets anders zoeken.”

Tom: “Zo te horen heb je dus meerdere mensen waarbij je terecht kan.”

Jan: “Ik ben op mijn manier een goed georganiseerde dakloze.”

Tom: “Daar kunnen er veel van leren die dieper in nesten geraken. En nu wil je een nieuwe stap gaan zetten.”

Jan: “Weet je, dat steeds veranderen van stek en je plan kunnen trekken is soms avontuurlijk, maar toch voel ik me soms rot en ben ik dit leven beu.”

Tom: “Wat weegt dan nu het zwaarst op je?”

Jan: “Dat steeds moeten leunen op anderen en zoeken hoe je kunt maken dat je niet te veel tot last bent. Ik probeer dit door me extra koest te houden of hier en daar een handje toe te steken.”

Tom: “Hoor ik je zeggen dat het met je beperkte mogelijkheden momenteel heel moeilijk is om niet tot overlast te zijn. En toch heb je nog steeds onderdak!”

Jan: “Ik zit inderdaad reeds drie maanden bij Ben.”

Tom: “Hoe is je dit gelukt?”

Jan: “Wel, Ben die werkt in de horeca en als hij thuiskomt vindt hij het fijn als ik heb opgeruimd, of een filmpje ben gaan halen. Eigenlijk is Ben een eenzaam levende man die nauwelijks iemand ziet. Ik zorg voor aanwezigheid en praktische dingen. Hij brengt de centen binnen. Maar soms verwacht hij dat ik ook een financieel steentje bijdraag en dan hebben we boel... Hij kan hierbij soms zwaar op mijn systeem werken.”

Tom: “Wat zou het betekenen voor Ben als je nu weggaat, door het verkrijgen van een studio.”

Jan: “Hij weet dat mijn verblijf bij hem maar tijdelijk is. Het zal anders wel raar zijn voor hem als ik plots vertrek want buiten mij ziet hij nauwelijks iemand.”

Tom: “Het is mooi dat je je betrokken toont en stilstaat bij de mogelijke betekenis van je vertrek voor Ben. maar anderzijds hou je toch voor ogen dat het voor jou echt zo niet verder kan en je zoekt naar een concrete oplossing. Licht het antwoord dan in het alleen wonen, of zie je daar ook op één of andere manier tegenop.”

Jan: “Een eigen stek, een job, geen financiële zorgen en geen bemoeienis, daar ga ik voor.”

Tom: “Niet te veel bemoeienis van anderen of zorgen om je heen. Je benoemt heel wat uitdagingen. Je bent daarvoor naar hier gestapt. We kunnen je op een aantal vlakken helpen. Ik zal het even verduidelijken en we nemen even door wat je zelf kan opnemen, of wie je daarbij zou kunnen ondersteunen?”

Reeds vanaf de eerste gesprekken verkent Tom op een creatieve manier de leefwereld van Jan. Hij krijgt zicht op wat hem beweegt tot het stellen van de hulpvraag, maar ook wat zijn overwegingen zijn en hoe dit zich plaatst in een frame aan overtuigingen, ervaringen en contacten.

Het voorbeeld toont aan hoe percepties op netwerken deel uitmaken van het geheel aan zienswijzen en overtuigingen die leven bij ieder van ons. In ieder hoofd zit een soort ecogram, met hieraan gekoppeld een inkleuring van warm/koud, betrouwbaar/niet betrouwbaar en een complexe balans van geven en nemen. Het is aan de hulpverlener om stapsgewijs dit ecogram te verkennen op het ritme van de cliënt en het afgestemde mandaat om dit ecogram samen te verkennen. Vertrouwen en relatieontwikkeling zijn hierbij essentieel. Een te vanzelfsprekende verkenning bevat tal van risico's.

In dialoog over relaties en netwerken

In een hulpverleningsproces is het belangrijk stil te staan bij de intenties van een cliënt om te werken aan zijn sociaal netwerk en het mogelijk verkennen van sociaal kapitaal. Om hieraan te beginnen, is het inzicht tot welk soort netwerk de cliënt behoort belangrijk. We tonen hier de verschillende types.

	Betekenisvolle perceptie op bestaand netwerk	Belastende perceptie op bestaand netwerk
Rijk sociaal netwerk	 sociaal weerbaar 	 eenzaam
Schraal sociaal netwerk	 contactarm 	 sociaal geïsoleerd

(Machielse, 2003, zie ook hoofdstuk 3 in deze publicatie)

Bij elke type cliënt zijn er kansen en risico's voor een verrijkende verkenning en netwerkversterking aanwezig.

Bij *sociaal weerbare cliënten* lijkt het vanzelfsprekend om bij een multiproblematiek (financieel, mentaal, fysiek) op zoek te gaan naar ondersteuning, troost, aanwezigheid van praktische hulp in het netwerk; of ook nieuwe netwerkmogelijkheden op te sporen. Het kan zijn dat de cliënt en zijn dichtste netwerken dit reeds zelf doen. In dit geval laat je hen in hun kracht door ruimte te geven en niet over te nemen, maar sta je als hulpverlener wel stil bij de mogelijke betekenis van dit appel en de risico's op zorgafhankelijkheid. Hierbij stelt zich de vraag: hoe plaatst het appel op ondersteuning zich in balansen van geven en nemen, dit in het hier en nu, maar ook in de tijd? Bij het beroep doen op een netwerk krijgt men zicht op de dieperliggende betekenis van een band. Een crisis kan leiden tot een revisie van oriëntatie van contacten of van netwerkkordering. Zo kan een toevallig contact, bijvoorbeeld met een kennis van een vriend, leiden tot toename van contacten door die crisis. Het kan zich ook omgekeerd stellen, namelijk dat vrienden minder aanwezig blijken te zijn en de extra steun die verwacht wordt niet kunnen opbrengen. Hierover beschouwen met een hulpverlener, zoeken naar aanwezige en minder zichtbare krachten, verschuivingen en betekenissen, helpt het ecogram niet alleen in kaart te brengen maar ook reflexief en dynamisch te hanteren.

Bij *contactarme personen* (een schraal sociaal netwerk, maar met een betekenisvolle perceptie op dit netwerk) ligt het verkennen en versterken van het netwerk mogelijk nog gevoeliger. Een klein netwerk kan hecht, duurzaam en stevig zijn, maar evenzeer dwingend en beklemmend. De mogelijkheid bestaat dat vanuit loyaliteit het beklemmende aspect niet kan benoemd worden. De kans bestaat dat een gesprek over verruiming van het netwerk, botst op weerstand, waarachter kwetsbare verhalen en loyaliteiten schuilgaan.

Erkenning voor de kracht van het kleine, maar bestaande en nabije netwerk en exploratie van de ondersteuningsmogelijkheden zijn hier op hun plaats. Verbreding hoort afgetoetst te worden op zijn mogelijke achterliggende betekenissen en percepties.

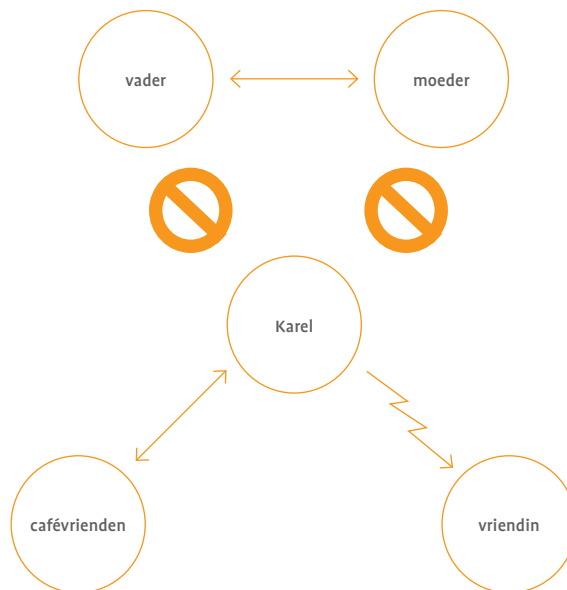
Bij *eenzame personen* kan er wel een netwerk zijn, terwijl die persoon zich als niet-verbonden ervaart, niet (meer) betekenisvol, existentieel afgesloten van de ander.

Netwerkverbreding is hierbij een uitdagende opdracht omdat de persoon de waarde

en betekenis van het bestaande netwerk niet meer kan inschatten, en de kans aanzienlijk is dat andere netwerken in de ogen van de hulpvrager niet aan zijn dieperliggende noden invulling kunnen geven. Een uitgebreide exploratie in een dialogische afstemming over de plaats en betekenis van het bestaande netwerk is hier op zijn plaats, alvorens weloverwogen stappen gezet worden naar netwerkverruiming. Tegelijk kan een stap op het goede moment, naar een werking, netwerk of organisatie een verfrissende verruiming geven van het misschien gestagneerde of vastgelopen bestaande netwerk. De theorie van Putnam sluit hier bij aan (lees hier meer over in hoofdstuk 3).

Een concreet verhaal van een langdurige hulpverlening van een hulpvrager die *sociaal geïsoleerd* is en zich eenzaam voelt, maakt het kader en de mogelijke handvatten duidelijker en concreter.

Karel is een persoon met een beklijvend levensverhaal, waarbij één van de rode draden doorheen zijn verhaal gaat over het thema isolement en eenzaamheid. Ernstig alcoholmisbruik was het antwoord op de niet-verwerkte jeugdtrauma's en ging lange tijd samen met het vinden van warmte voor een avond op café of in de rosse buurt. Gevoelens van nog diepere eenzaamheid waren telkens het gevolg. Bij de start van een langdurig hulpverleningsverhaal zag het ecogram⁴ van Karel er als volgt uit:



4 Noot van de redactie: dit ecogram is op een heel andere manier getekend dan de ecogrammen in hoofdstuk 3. Dat maakt ook niet zo heel veel uit, het belangrijkste is dat krachten in het sociaal netwerk in beeld gebracht worden en dat er mee gewerkt wordt. De gebruikte software of strakheid van de tekening is daaraan ondergeschikt.

Karel wil na een periode van ontwenning afstand nemen van zijn cafévrienden, die er in de ogen van Karel toch maar op uit zijn getrakteerd te worden en enkel lol kunnen verkopen.

Ook met zijn vriendin is er na een uit de hand gelopen ruzie, gepaard gaande met bruto geweld, een afstand gegroeid waarbij Karel zich schuldig voelt. Hij probeert de breuk te lijmen door alle mogelijke praktische klusjes voor haar te doen.

In gesprekken met Karel komen diverse thema's aan bod: het zoeken naar werk, budgetproblemen, eenzaamheid, het inrichten van de nieuwe woning en ook het omgaan met gevoelens van depressiviteit en neerslachtigheid.

De betekenis van het netwerk wordt verder verkend. Dit leidt tot een aantal verhalen die binnen komen: enerzijds het pijnlijke verhaal omtrent zijn vader die hem heeft leren drinken, anderzijds het verhaal van zijn moeder die hij sedert meer dan 25 jaar niet meer heeft gezien.

Na het verkennen van de knopen waarmee Karel worstelt, onder meer de vraag of zijn moeder überhaupt nog leeft, wordt Karel aangemoedigd om stappen te zetten naar de gemeentelijke administratie om zo uit te pluizen of zijn moeder nog zou kunnen leven en waar ze verblijft.

De zoektocht is voor Karel belangrijk. Het leidt niet tot een bepaald resultaat, maar werkt wel louterend en herverbindend. Het maakt dat Karel de weinige verhalen rond zijn moeder gaat vertellen, de pijnlijke maar ook mooie momenten. Naast het beluisteren van dit verhaal wordt ook gezocht naar wat zijn moeder toch heeft meegegeven en wat hij daarvan nu meedraagt. Het versterkt Karel in zijn verbindingen rond zijn existentieel netwerk. Ook rond vader wordt op een gelijkaardige manier gewerkt.

Het netwerk in het hier en nu ligt complex. Karel is gretig naar nieuwe contacten, maar is tegelijk bang om afgewezen te worden. Op moeilijker momenten sluit hij aan bij mensen met de typologie van wantrouwige teruggetrokkene. Een overbuur, die in de ogen van Karel jong, knap en succesvol is, negeert Karel volkomen, ook als Karel aanhoudend probeert een goedendag terug te krijgen. Naast erkenning voor de afwijzing staan we ook stil bij het belang van buurtnetwerk.

Karel ziet met zijn donkere bril geen betekenisvolle contacten in de buurt. Tot we samen gaan verkennen wie hij nog kent. We volgen Karel gespreksmatig bij zijn dagelijkse buurtwandeling in de ochtend. Het hondje waarmee Karel op stap gaat, blijkt een aanleiding te zijn tot kleine praatjes met enkele burens, bij de krantenwinkel en zelfs bij de buurtkruidenier waar hij een kleine kredietrekening heeft.

Samen naar de bestaande netwerken kijken vanuit een helikopterperspectief, brengt met mondjesmaat een kijkverschuiving met zich mee. Als een tijdje later Karel wil verhuizen verklaart hij stelling in de buurt te willen blijven, omdat hij er toch iemand is.

Een volgende stap is Karel toeleiden naar een ruimer netwerk via werk. Dit gaat gepaard met momenten van glorie en momenten van zich weer gedumpte te weten. Onder meer op zijn werk op de gemeentelijke begraafplaats wordt Karel gepest en zijn zwakte voor alcohol wordt gebruikt om hem in zijn hemd te zetten.

Bij de vele pogingen die Karel onderneemt om er bij te horen en iemand te zijn, komt hij in conflict met zichzelf. Er blijft het dieperliggende gevoel van het overbodig zijn. Hiermee samengaand trekt Karel zich regelmatig terug. Het respecteren van deze momenten en het stilstaan bij het lijden dat hiermee gepaard gaat, maakt dat Karel zelf terug uit zijn 'veilig nest' kan kruipen om verbindingen te leggen en nieuwe stappen te wagen.

Na een hulpverleningsverhaal van enkele jaren is het netwerk van Karel gegroeid tot een veelzijdig netwerk dat er als volgt uitziet:



Als hulpverlener stoten we regelmatig op een paradox. Enerzijds wordt de ander als essentieel beschouwd om terug zin en betekenis te krijgen, en is er een drang om contact op te nemen met betekenisvolle relaties die verbroken zijn. Anderzijds is er de angst om terug gekwetst te worden, waarbij het zich gekwetst weten door de ander een essentieel onderdeel is van het zich terug trekken. Door de verbindende relatie van een hulpverlener kan deze paradox doorbroken worden en krijgen we een trage maar gestage groei van vertrouwen.

Dit sluit aan bij het begrip *bonding* (vertaald als binding), letterlijk zich verbinden, lijmen, hechten. Figuurlijk betekent het een emotionele band krijgen met elkaar (zie bijvoorbeeld hechting of attachment). Bonding wijst op sterke onderlinge niet-verzakelijke bindingen tussen mensen waarbij wederkerigheid, vertrouwen, solidariteit en betrokkenheid centraal staan (Putnam, 2000, p. 288 e.v.). We kunnen hier ook spreken van helende hechtingen als basis voor een proces van toeleiding en netwerkverbreding.

In het groeiproces van verbinden en versterkend werken, is de motor een passende relatieontwikkeling in een balans van geven en nemen. Hier is bij Karel het inzicht gegroeid dat te veel nabijheid leidt tot een gevoel van verstikking en verlies van greep op het eigen leven. Wat voor hem vroeger onmogelijk leek, namelijk contacten afhouden bij het hunkeren naar elk contact, is hij gegroeid naar een persoon die dynamisch met zijn netwerk kan omgaan en zoekt naar een passende balans in het beheer van zijn eigen netwerksysteem: een balans van geven en nemen, afstand en nabijheid, ontspanning en intense contacten. Karel kan nu terugkijken op zijn levensverhaal met een zekere trots: ondanks de ernstige breuklijnen met de ouders, plaatsing, misbruik en een spiraal van verslaving en armoede, is hij kunnen groeien tot een persoon met een betekenisvol levensverhaal en een netwerk. “Zonder netwerk zou ik zo weer gaan schuiven” beseft hij nu. “Al die namen in mijn mobiele telefoon zijn de materiële getuigenis van nu ergens bij te horen”, getuigt hij.

Wat leren we uit het verhaal van Karel:

- Netwerkverbreding dient te gebeuren vanuit het concrete dagelijkse leven en het innerlijke ritme van de cliënt.
- Samen verbreed gaan kijken in dialoog is essentieel om de kijk van de cliënt te verbreden, maar ook de hulpverlener inzicht te geven in de overlevingstrategieën en de diepere gevoelens van angst en wantrouwen die er leven bij de cliënt.
- Ondanks een zware achtergrond en diepe kwetsuren, kunnen mensen terug groeien naar een menswaardig niveau van greep op het eigen leven, zelfreflectie en eigen beheer van een persoonlijk steunnetwerk.

De synthese van deze bijdrage is de stelling dat de essentie van hulpverlening onder meer ligt in het komen tot een weefsel van gedragenheid, dit zowel in dialoog, beleving (de subjectieve realiteit), als in de concrete werkelijkheid. Hierbij zeven invalshoeken:

1. Nadruk op het belang van respect voor de keuze van de hulpvrager. Er bestaat geen norm rond wat een passend en versterkend netwerk kan zijn en dwang helpt zelden bij relationele groei.
2. In gesprek gaan over relaties en netwerken kan leiden tot een gewijzigde kijk op de ander en netwerk mogelijkheden waarbij de kans toeneemt dat mogelijkheden worden aangegrepen.
3. Het samen werken aan een gewijzigd zicht op breuken en kwetsuren kan herstellend werken naar een vertrouwen in zichzelf en de ander en is een stap in de richting van netwerkversterking.
4. Het kunnen afstand nemen van bestaande, dwingende of eenzijdige netwerken kan bevrijdend werken en ruimte geven voor vernieuwende verbindingen.
5. Werken aan een differentiatie van netwerken geeft ruimte aan verscheidenheid. Netwerken met verscheidenheid geven een vernieuwend, lerend en groeiend karakter.

6. De hulpverleningsrelatie kan een basis en bron zijn voor herstel van basaal vertrouwen van waaruit in dialoog de zoektocht kan worden aangegaan rond netwerkversterking en verbreding.
7. Vanuit de veiligheid van de relatie met een 'bonding' dynamiek kan zuurstof gegeven worden voor een passend proces van loslaten en vasthouden, om zo te groeien tot een betekenisvol netwerk en een besef van gedragenheid.

Tussen zelfredzaamheid en eigen regie: Wmo en de autonomieparadox

Ellen Grootegoed

Inleiding

Met de in 2007 ingevoerde Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) doet de overheid een toenemend beroep op burgers om informele zorg te verlenen. De gedachte is dat kwetsbare burgers zelfredzamer worden wanneer zij hun informele zorgnetwerken aanboren alvorens te leunen op publieke zorg en hulpverlening. Ook zou toenemende onderlinge betrokkenheid van burgers de sociale cohesie bevorderen.

Deze verwachting is gebaseerd op het zogenaamde ‘verdringingseffect’: wanneer de overheid te veel zorgtaken overneemt van burgers dan zou dit de intrinsieke motivatie van mensen om zelf informele zorg te verlenen eroderen. Dit effect is echter lastig empirisch te onderbouwen, vanwege het gebrek aan longitudinaal, internationaal vergelijkbaar onderzoek naar de verhouding tussen formele en informele zorg (van Oorschot & Arts, 2005). Bovendien is er ook onderzoek dat erop wijst dat een stevige verzorgingsstaat de informele zorgsector juist versterkt (Arts, et al., 2003).

In Nederland wordt naast de uitgebreide collectieve gezondheidszorg veel mantelzorg verleend. Recente cijfers van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) laten zien dat ruim 2,3 miljoen Nederlanders langdurige mantelzorg verstrekken⁵ (Sadiraj, et al., 2009, zie ook Kwekkeboom, in deze publicatie). Ook blijkt er een grote principiële bereidheid tot het verlenen van zorg aan naasten: 78% van de Nederlandse bevolking vindt dat je hulp moet geven aan familie in tijden van tegenspoed. De bereidheid om hulp te ontvangen van naasten blijkt echter minder groot dan die om hulp te verlenen. Een meerderheid geeft de voorkeur aan formele hulpbronnen wanneer zij zorgbehoevend worden (de Boer, 2007).

Er lijkt een rem te zitten op de uitbreiding van informele zorg die eerder voortvloeit uit de beschroomdheid van hulpbehoevenden om informele zorg te vragen, dan uit het gebrek aan zorgzaamheid binnen het netwerk. Met name in het vragen van hulp aan vrienden, kennissen, buren en verre familieleden zijn mensen terughoudend: het uitspreken van een zorgbehoefte brengt hen in verlegenheid (Linders, 2010). Tevens vereist de relatief grote sociale afstand een bepaalde wederkerigheid in de relatie, die een hulpbehoevende burger niet kan of wil aangaan. Bij naaste familieleden speelt het aspect van wederkerigheid mogelijk een minder grote rol, aangezien binnen de familie de vanzelfsprekendheid om voor elkaar zorgen – en de verwachting verzorgd te worden – groot, zo niet overheersend is (Finch & Mason, 1993; Timmermans & Pommer, 2008). Binnen de familie wordt ook het grootste deel van de langdurige, informele zorg verleend, zelfs wanneer dit ten koste gaat van de eigen gezondheid (de Boer, Broese van Groenou, et al., 2009).

5 Langdurig wil zeggen: langer dan drie maanden aaneengesloten zorg verlenen aan een naaste.

De vraag is echter hoe en aan wie langdurige zorgcliënten hun hulpbehoefte uiten als er geen overheidsvoorziening (meer) beschikbaar is voor hen. In de Wmo wordt immers gewerkt vanuit de eigen kracht van hulpbehoevenden: eerst wordt er met een cliënt gekeken of een zorgbehoefte in eigen kring kan worden opgelost, alvorens hulp van buitenaf in te schakelen. Het verkrijgen van een professionele zorgvoorziening is steeds minder mogelijk voor de zorgbehoevende cliënt en de urgentie om vervolgens de vraagverlegenheid te doorbreken zal toenemen.

In dit artikel wordt ingegaan op de vraag of en hoe cliënten hun (potentiële) voorkeur voor publieke zorg omvormen tot vraag naar informele zorg. Zal de eigen kracht benadering vooral leiden tot een toenemende familiezorgplicht of wordt zorg juist meer gedeeld met netwerkleden die op grotere sociale afstand staan, zoals vrienden, kennissen en burens⁶? En vormt de terugtrekkende overheid een context waarin het uiten van zorgvragen aan het netwerk minder gevoelig ligt en meer geëigend is?

Uit veertig interviews met langdurige zorgcliënten, die in 2009 en 2010 te maken kregen met verminderde toegang tot AWBZ-faciliteiten, blijkt dat cliënten veel weerstand bieden tegen een verschuiving van zorgtaken naar het eigen netwerken dat, voor zover die verschuiving plaatsvindt, het vooral de familie is die meer zorg verricht.

Begeleiding van AWBZ naar Wmo: een case study

De huidige economische en demografische omstandigheden zetten de houdbaarheid van de langdurige zorg onder druk, in Nederland, maar ook in de rest van Europa. De vergrijzing vormt één van de grootste uitdagingen voor de toekomst van de verzorgingsstaat. Naast het stimuleren van de informele zorg, wordt er ook kritisch gekeken naar de toegang tot publiekelijk gefinancierde langdurige zorg.

Zo treft de overheid maatregelen om de groei van de AWBZ-kosten te beheersen en te beteugelen (zie ook Steyaert, in deze publicatie). Eén van die maatregelen is de overgang van de zorgfunctie begeleiding van de AWBZ naar de gemeente, ook wel de 'pakketmaatregel' genoemd. In 2009 en 2010⁷ zijn alle circa 220.000 cliënten met een geldige indicatie voor extramurale begeleiding opnieuw geïndiceerd volgens strengere regelgeving. Op basis van de ernst van de hulpbehoevendheid werd een scheiding gemaakt tussen mensen met een lichte, matige of zware beperking in de zelfredzaamheid. De eerste groep had niet langer recht op begeleiding bij dagelijkse activiteiten, zoals hulp bij

- 6 In dit hoofdstuk laten we vrijwilligerszorg buiten beschouwing aangezien de eigen kracht benadering uitgaat van reeds bestaande sociale relaties. Bovendien vond de meerderheid van de respondenten een vrijwilliger geen geschikt alternatief voor de weggevallen begeleiding.
- 7 Het kabinet heeft besloten dat de functie begeleiding in 2013 en 2014 geheel naar de Wmo zal overgaan, dus ook voor mensen met matige tot ernstige beperking in de zelfredzaamheid. Wat deze overheveling betekent voor mensen met een geldige, doorlopende indicatie voor begeleiding is nog niet bekend.

zelfstandig wonen⁸. Tevens is strenger geïndiceerd met betrekking tot het aantal zorguren voor mensen met een matige tot ernstige beperking. Vormen van begeleiding die gericht waren op sociale participatie werden ook niet langer vergoed.

Door deze maatregel verloren circa 80.000 mensen geheel en nog meer mensen gedeeltelijk hun lopende indicatie voor extramurale begeleiding bij dagelijkse activiteiten of toegang tot dagbesteding (CIZ & HHM, 2008). De pakketmaatregel was uitdrukkelijk geen overheveling, maar eerder een bezuiniging. Of, zoals het ministerie van Volksgezondheid (VWS) het verwoordde in haar persbericht na de invoering van de pakketmaatregel: “De invoering van de pakketmaatregel in de AWBZ in 2009 heeft ertoe geleid dat minder mensen gebruikmaken van begeleiding. Daarmee heeft de maatregel het bedoelde effect gehad.” (VWS, 2010a)

Daarbij werd ook verwacht dat - ondanks de destijds beoogde besparing van 800 miljoen euro per jaar - de maatregel een positief effect zal hebben op de eigen kracht van kwetsbare burgers. Zo verwachtte toenmalig staatssecretaris Jet Bussemaker dat kwetsbare mensen baat hebben bij het zoeken van zorg en ondersteuning in eigen kring, in plaats van afhankelijk te worden van intensieve, individuele hulptrajecten: “Met de pakketmaatregel kan voorkomen worden dat mensen te snel in zwaardere en individuele vormen van hulpverlening terechtkomen wat mensen eerder van de lokale samenleving isoleert dan dat het hen activeert en verbindt met andere burgers.” (VWS, 2008).

Waar de zorg voorheen vooral vraaggericht diende te zijn, is hier sprake van een normatieve beleidslijn. Niet alleen verliest de burger haar vrijheid om te kiezen tussen formele en informele hulp bij dagelijkse activiteiten; ook wordt er benadrukt dat het beter is om in eigen verbanden zorg te ontvangen. Het primair en langdurig gebruik maken van overheidssteun krijgt daarmee een negatieve lading (Fraser & Gordon, 1994).

De pakketmaatregel stimuleert cliënten dus om op zoek te gaan naar informele ondersteuningsvormen, al dan niet met behulp van stichting MEE of het zorgloket. Surveyonderzoek naar de pakketmaatregel laat echter zien dat getroffen cliënten niet altijd op zoek gaan naar een gewenst alternatief in hun netwerk. Zo wijst Rotterdams onderzoek onder vijfhonderd getroffen cliënten uit dat slechts een vijfde van hen naar alternatieven zocht, ondanks dat het merendeel (60%) aangaf een blijvende zorgbehoefte te hebben. Van dat een vijfde deel werd het vaakst een alternatief gevonden in de familiesfeer. Een toenemend beroep doen op het eigen netwerk werd echter wel door het merendeel van de respondenten als problematisch ervaren (van Dijk & Hoekstra, 2011).

8 De functie begeleiding bestaat uit individuele begeleiding of groepsbegeleiding. Begeleiding wordt aangepast op de unieke woon- en leefsituatie van een cliënt en kan dus een zeer gevarieerde inhoud hebben, variërend van hulp bij administratie tot equithérapie tot opvoedingsondersteuning.

Opzet van het cliëntvolgend onderzoek

In het kader van het lopende NICIS-onderzoek 'Leren Participeren. Een onderzoeksprogramma over de Wmo' is longitudinaal, kwalitatief onderzoek verricht naar cliënten die een verminderd of geen recht meer hebben op begeleiding sinds de herindicatie in 2009-2010⁹. Het onderzoek vindt plaats in zes steden: Amersfoort, Dordrecht, Haarlem, Rotterdam, Utrecht en Zwolle. In totaal is met veertig verschillende cliënten gesproken. In dit artikel worden deze respondenten 'getroffen cliënten' genoemd en wordt gebruik gemaakt van de bevindingen van het eerste interview, gehouden na invoering van de pakketmaatregel (januari-juli 2010).

Om in contact te komen met getroffen cliënten zijn twee zoekstrategieën gebruikt. Enerzijds is gebruik gemaakt van de persoonsgegevens die zijn overgeheveld van het CIZ naar de gemeenten als de cliënten hiervoor toestemming gaven. Anderzijds is via zorgaanbieders gezocht naar geschikte cliënten op basis van selectiecriteria. De selectiecriteria waren zo opgesteld dat er minimaal sprake was van een halvering van de lopende indicatie, en de respondenten een afspiegeling vormden van de meest getroffen cliëntgroepen (mensen met ouderdomsverschijnselen, psychische problemen, verstandelijke beperking en in mindere mate fysieke beperking of chronische ziekte). Het doel was om de cliënt zelf te spreken. Indien dit niet mogelijk was, dan werd gesproken met een vertegenwoordiger van de cliënt.

Aanwezige sociale netwerken

De veertig persoonlijke interviews, die zijn afgenomen na de invoering van de pakketmaatregel, gaan in op de vraag hoe respondenten met een blijvende zorgbehoefte een mogelijk toenemend beroep op het eigen netwerk bespreken, onderhandelen, nastreven of tegenwerken. In de interviews wordt duidelijk dat het (potentiële) informele zorgnetwerk vooral bestaat uit familieleden, om precies te zijn een moeder, dochter, partner en broer of zus. Vrienden, burens en kennissen worden minder vaak aangemerkt als (potentiële) zorgverleners, zij bieden eerder kortstondige hulp of emotionele steun dan dat zij langdurige zorg verlenen (zie ook Barker, 2002; Broese van Groenou & van Tilburg, 2007). In enkele uitzonderlijke gevallen was er geen sociaal netwerk en vormde de (voormalig) hulpverlener het enige vaste sociale contact van de cliënt. In die situaties werd de hulpverlening vaak (tijdelijk) voortgezet, ondanks het ontbreken van een geldige AWBZ-indicatie.

9 Dit onderzoek gaat niet in op de gevolgen van het verwijderen van de grondslag psychosociale problematiek in de AWBZ.

Bescheiden verwachtingspatroon

Voor zover de familie nog geen mantelzorg verleent, zien getroffen cliënten de familie als enige alternatieve bron van zorgverlening. Maar willen getroffen cliënten wel meer hulp van hun familie nu de overheid zich terugtrekt? Om de zorgtaken te bespreken met de familie, moet de familie allereerst op de hoogte worden gebracht van het wegvallen van begeleiding. Uit de interviews blijkt dat dit geen vanzelfsprekendheid is. Zo zijn er enkele respondenten die bewust de familie niet op de hoogte brengen van de pakketmaatregel, omdat ze hen het liefst op afstand houden. Zo vertelt een oudere man wiens toegang tot de dagopvang is ontzegd:

“Ik heb mijn familie niet ingelicht. Waarom zou ik? Ik bedoel, ze zouden zich alleen maar zorgen maken om mij. En dat wil ik niet. Bovendien vind ik het niet hun verantwoordelijkheid om de [publiekelijk gefinancierde] zorg te vervangen.”

Het verzwijgen is een manier om te voorkomen dat de familie zich druk maakt om zijn privésituatie. Bovendien benadrukt de respondent dat de familie geen vangnet hoeft te zijn voor de gevolgen van de overheidsbezuiniging.

Ook respondenten die hun familie wel inlichten, vinden niet dat deze verplicht is om zich (meer) in te zetten voor hen nu zij minder of geen aanspraak meer kunnen maken op begeleiding. Daarvoor worden verschillende argumenten aangevoerd. Ten eerste vinden respondenten het belangrijker om de sociale relatie in stand te houden dan langdurige zorg te vragen en te ontvangen van familie. Vooral in de ouder-kind relatie is de rolomkering tussen hulpbehoevende ouder en zorgverlenend kind een complexe aanpak. Zo antwoordt een oudere vrouw stellig op de vraag of haar kinderen het verlies aan begeleiding op kunnen vangen:

“Nee, waarom moeten mijn kinderen voor mij zorgen? Ik heb ze niet op de wereld gezet om voor mij te zorgen, kom nou. Ik heb vijf kinderen, maar die zijn niet van mij. Die hebben hun eigen leven en niemand kan mij verplichten dat die vijf kinderen voor mij moeten zorgen. Nee!”

Het wordt duidelijk dat vooral ouderen vinden dat zij geen enkel recht hebben om te verwachten dat kinderen voor hun ouders gaan zorgen. Maar ook mensen van middelbare leeftijd en adolescenten geven aan dat zij het risico lopen hun zelfstandige identiteit te verliezen als zij een toenemend beroep doen op het eigen netwerk.

Daarnaast stellen veel respondenten dat het een onmogelijke eis is om de familie een grotere rol te geven in de informele zorg. Immers, de familie heeft ook een eigen leven; zij hebben een gezin, een drukke baan of ze wonen ver weg. Een vrouw met schizofrenie, wier dagbesteding en woonbegeleiding is ontzegd, legt uit dat het haar inziens een onredelijke eis is om een groter beroep op de familie te doen, in haar geval haar broer en schoonzus:

“Dan komt het wel allemaal neer op twee hardwerkende mensen die al voor mijn zoon zorgen [voogdij op zich genomen] en ook voor mijn moeder zorgen. Dus dat werkt niet natuurlijk. Het is onredelijk dat, als er al zoveel druk is op mantelzorgers, er drie mensen afhankelijk van mantelzorg zijn, dat er nog meer wordt toegeschoven naar mijn broer, want die werkt ook zestig uur in de week en mijn schoonzus ook 40 of 38.”

Getroffen cliënten maken een inschatting van de mogelijkheden van familie om (nog meer) zorg voor hen te dragen. Een negatieve inschatting weerhoudt hen ervan de vraag te uiten, ook al kan de familie zelf wel de bereidheid hebben om de niet gevraagde zorg er nog bij te doen.

Bovendien is de balans tussen geven en nemen soms al zodanig scheef dat de zorgbehoevende probeert een rem te zetten op de tomeloze inzet van de mantelzorger. Zo vertelt een oudere man met een fysieke beperking dat hij vanwege het wegvallen van begeleiding zijn vrouw niet meer tijdelijk kan ontlasten met hulp van buitenaf. Met als gevolg dat hij nu zijn hulpbehoeften soms verzwijgt of uitstelt:

“Voor alles moet ik hulp vragen; naar de wc, douchen, aankleden, naar buiten toe. Ja, en mijn vrouw neemt alles op zich. Ja en dan is zij even met haar eigen ding bezig en dan denk ik van ik laat haar maar met rust. Dan ga ik echt niet vragen van, kunnen we even naar buiten. Soms is het zo erg dat ik naar de wc moet en ik denk ik wacht wel. Maar ja ik moet ook weer niet te lang wachten want dan heb ik een probleem. En ja je kunt niets terugdoen dat is de ellende, hoe graag je het ook zou willen. Alles komt op haar neer en niet op mij.”

De wens om iets terug te doen voor hulp uit het eigen netwerk is sterk aanwezig bij de respondenten, ook als het om familie gaat, en de (financiële) middelen hiervoor zijn vaak beperkt. Iets niet vragen is dan feitelijk de enige optie om de schuldbalans te herstellen.

Zo bezien is het doen van een beroep op professionele hulpverlening ook ‘iets terugdoen’ voor betrokken familieleden. Immers, door hulp van buitenaf in te schakelen kan de familie tijdelijk of gedeeltelijk worden ontzien en bovendien ontheft het de zorgbehoevenden van de plicht om dankbaar te zijn voor de hulp die zij krijgen. Een oudere vrouw met ouderdomsklachten, die haar administratieve hulp kwijt is door de maatregel, geeft aan dat het vooral de negatieve schuldbalans is die haar dwars zit:

“Ik heb een hekel aan dankjewel zeggen. Ik heb nooit dankjewel hoeven zeggen en ik heb altijd alles zelf kunnen doen en nou kan ik niet meer. Nou en als ik dan hulp krijg van buiten dan vind ik dat leuk, en voel ik mij niet bezwaard. Dan denk ik: ik heb mijn hele leven lang voor hun(hulpverleners die betaald krijgen via de AWBZ) gewerkt.”

Waar respondenten het een rechtvaardige verwachting vinden dat zij gebruik kunnen maken van een zorgsysteem waaraan zij zelf financieel hebben bijgedragen, geldt dit niet voor de zorg van familieleden, zelfs niet als zij tot nu toe meer zorg gaven dan ontvingen. Zorgbehoevenden schikken zich naar wat Finch & Mason het ‘donorrecht’ noemen; dat veronderstelt dat het recht om iets wel of niet aan te bieden voorbehouden is aan de gever ervan (Finch & Mason, 1993). Al het andere, van hulp verwachten tot vragen of eisen, is een directe schending van dat donorrecht en is moreel verwerpelijk.

Familie en gebrek aan professionaliteit

Naast het niet mogen verwachten van familiezorg, is het volgens respondenten ook niet altijd wenselijk dat familie de taken van professionals overneemt. Zo moet je bij het vragen van hulp aan je eigen netwerk open kaart spelen over wat je wel en niet kunt, en dat vereist een grote mate van acceptatie van de eigen beperking of ziekte.

Een vrouw van middelbare leeftijd met niet-aangeboren hersenletsel zit nog middenin dat acceptatieproces en merkt op dat ze gemengde gevoelens heeft over de hulp die haar ouders haar aanbieden nu haar individuele begeleiding is verminderd:

“Nou aan de ene kant vind ik dat wel fijn, maar ik wil het ook weer niet eigenlijk... ik ben toch 32 en ik wil eigenlijk geen...ik ben zo'n vaders- en moederskindje aan het worden.. ik zeg ook wel dat het goed met mij gaat terwijl het minder gaat. Dat gaat onbewust eigenlijk, dan vragen ze hoe gaat het? En dan zeg ik het gaat wel hoor ... en thuis zit je dan bijvoorbeeld toch te huilen omdat je even niet meer weet welke kant je op moet.”

Naast het verlies van een zelfstandige identiteit kan familiezorg ook als vorm van controle worden ervaren (Wilson, 1993). Familie kan namelijk botsende ideeën hebben over de leefstijl van de zorgbehoevende. Een zestigjarige vrouw met manische depressie zegt dat zij niet snel zal aankloppen bij haar familie in geval van nood, omdat die niet objectief naar haar situatie kijkt:

“Natuurlijk zeg je liever tegen een hulpverlener dat je het gevoel hebt dat je bezig bent in de war te raken en begonnen bent weer wat valium te slikken, dat zeg je tien keer liever tegen iemand die toch als een vrij onbekende bij jou op de bank zit dan dat je je familie daarmee gaat belasten....die kijken op je neer, die vinden je minderwaardig. Oh, moet ze weer aan de medicijnen?...daar zijn die hulpverleners juist voor, die zijn neutraal tegenover jou.”

Dat respondenten het onwenselijk vinden om familie een grotere rol te laten spelen in de zorg die ze nodig hebben, heeft ook te maken met de mate van begrip voor iemands beperking of ziekte. Met name bij de zogenoemde ‘onzichtbare beperkingen’ is het

volgens cliënten voor familie niet altijd duidelijk wat hun beperking inhoudt. Soms uit onwil maar vaker door een gebrek aan kennis en inzicht. Een andere vrouw van middelbare leeftijd met niet-aangeboren hersenletsel vertelt hierover:

“Mijn familie begrijpt mijn beperking niet, ze komen hier zomaar met het hele gezin en de hond binnenvallen, en snappen niet dat ik juist mijn rust nodig heb.”

Ook al zouden respondenten meer familiezorg willen en krijgen, dan nog is het de vraag of dat kwalitatief goede zorg is die aan de behoeften en eisen van de zorgbehoevenden voldoet. Zorgvragen die gerelateerd zijn aan psychische stoornissen, hersenletsel, autisme, beginnende dementie, zeldzame chronische ziekten enzovoorts, zijn vaak erg complex voor familieleden die zich nog niet tot ‘proto-professional’ hebben ontwikkeld (de Swaan, 1988). Respondenten verlangen namelijk ook expertise of in ieder geval inlevingsvermogen als zij bij familie aankloppen met een zorgvraag.

Tussen twee vuren

Met de Wmo worden kwetsbare burgers, die voorheen een beroep konden doen op via de AWBZ verzekerde zorg, gestimuleerd om meer te leunen op het eigen netwerk onder het mom van ‘zelfredzaamheid’ en ‘eigen kracht’. Met name de in 2009 en 2010 ingevoerde pakketmaatregel had als doel om bestaande en toekomstige cliënten met een relatief lichte begeleidingsvraag te laten afzien van professionele hulpverlening.

Voor ons onderzoek interviewden wij veertig door de maatregel getroffen cliënten over hun zoektocht naar alternatieve zorg bij een blijvende begeleidingsbehoefte. De veertig respondenten bevestigen het beeld van een grootschalige survey in Rotterdam, namelijk dat veel mensen niet zoeken naar alternatieve (i.e. informele) hulp ondanks de behoefte hieraan (zie van Dijk & Hoekstra, 2011). In de persoonlijke interviews wordt duidelijk hoe en waarom getroffen cliënten (uitbreiding van) informele zorg afweren.

Ten eerste willen getroffen cliënten niet de indruk wekken dat de ze de verwachting hebben dat het eigen netwerk, vaak de familie, het wegvallen van overheidssteun zal opvangen. Dit vinden ze moreel onjuist. Ze willen de familie niet (nog verder) belasten. Daarom vragen ze niet om meer hulp, ondanks hun behoefte hieraan. Of ze verzwijgen soms zelfs dat hun zorgindicatie (deels) is beëindigd. Ook vinden getroffen cliënten de last van de dankbaarheid te groot in informele zorgrelaties. Immers, het dankbaarheidsritueel kan een regelrechte belediging vormen voor mensen die vanwege een beperking of ziekte beperkt zijn in hun vermogen om iets terug te doen en het gevoel hebben continu dankjewel te moeten zeggen (Komter, 2003). Bij het ontvangen van overheidssteun ervaren respondenten geen negatieve schuldbalans; als Nederlandse burger draagt iedereen bij aan de collectieve volksgezondheidszorg.

Ten tweede is het niet altijd wenselijk voor de zorgbehoevende om familie om (extra) zorg te vragen. Zorg ontvangen van familie kan door zelfstandig wonenden worden gezien als inbreuk op hun privacy en schending van hun (ogenschijnlijk) zelfstandige

levensstijl. Dit kan tevens pijnlijke situaties opleveren als de hulpbehoevende het gevoel heeft dat er weinig begrip is voor zijn of haar beperking of ziekte. De inmenging van familie in zaken als administratie, huishouden en dergelijke kan dan door zorgbehoevenden als bedreigend worden ervaren. Bijvoorbeeld omdat ze wel eens kritiek krijgen van familieleden, daar waar een hulpverlener neutraal zou zijn.

Langdurig zorgbehoevenden die door de recente beleidshervormingen minder aanspraak kunnen maken op de AWBZ, komen daarmee tussen twee vuren te staan. Enerzijds worden zij gestimuleerd om af te zien van publieke zorg omdat dit hen te afhankelijk zou maken. Anderzijds zien zij een toenemend beroep doen op het eigen netwerk als het verliezen van een nog (deels) zelfstandige identiteit.

Tegelijkertijd benadrukt de overheid dat zelfstandigheid er wel degelijk toe doet. Termen als zelforganisatie, zelfhulp, zelfregie, zelfredzaamheid en eigen kracht zijn niet onschuldig. Zij wekken de indruk dat het belangrijk is om als burger met een hulpbehoefte op eigen benen te staan. Als die eigen benen niet volstaan, zoeken hulpbehoevende mensen - die voorheen een beroep konden doen op AWBZ-voorzieningen - liever geen hulp dan dat zij een toenemend beroep doen op het eigen netwerk. Het mogelijke perverse effect van deze autonomieparadox is dat cliënten die worden aangesproken op eigen kracht door hun vraagweerstand uiteindelijk minder zelfredzaam worden dan voorheen.

Als de huidige beleidskoers in de langdurige zorg de komende jaren wordt voortgezet, is het dan ook van belang om een maatschappelijk debat te voeren over het huidige zelfstandigheidsideaal. Zolang onze culturele obsessie met zelfstandigheid niet afneemt, zal het voor zorgbehoevenden moeilijk blijven om afhankelijkheid te erkennen in hun directe omgeving (Wendell, 1996). Pas wanneer naast het geven ook het (toenemend) ontvangen van informele zorg als vorm van burgerkracht wordt gezien, is er kans op een bloeiende netwerksamenleving. Tot die tijd zitten zorgbehoevenden gevangen tussen hun eigen en de politiek-bestuurlijke werkelijkheid van eigen kracht.

Sociale netwerkstrategieën bij MEE

Dian van Bladel en Nicolette de Graaf

Steeds meer gaan sociaal agogen en hulpverleningsorganisaties de vraag stellen hoe de samenwerking tussen formele en informele zorg kan worden vormgegeven. In de eerdere publicatie van de Wmo-werkplaats Noord-Brabant 'Op zoek naar duurzame zorg' is er gekeken naar welke methodieken in de toolkit van de MEE-organisaties aanwezig zijn om een coalitie tussen formele en informele zorg tot stand te brengen (van Bladel & Steyaert, 2010). Het gaat dan met name om de sociale interventie: *sociale netwerkstrategieën*.

Vraagverduidelijking en de presentiebenadering worden ingezet om het sociale netwerk en de hulpvraag van de cliënt of het gezin te verkennen. Sociale netwerkstrategieën worden niet als methode maar als werkwijze aangeduid die van alle medewerkers een andere benadering vereist op het moment dat de cliënt aanklopt met een hulpvraag. De cliënt is eigenaar van zijn problemen maar ook van zijn oplossingen.

Er wordt gekeken naar de mogelijkheden en krachten van de cliënt/het gezin en zijn netwerk om aan de gestelde hulpvraag te werken en een plan voor de toekomst te maken. De rol van de consulent verandert, van professional die zich richt op inhoud en weet wat goed is voor de cliënt/het gezin en oplossingen aandraagt, naar die van coördinator en begeleider van het proces. Hij ondersteunt de cliënt/het gezin en het sociaal netwerk om zelf oplossingen te zoeken, een plan te maken en dit uit te voeren.

MEE Brabant Noord is in 2007 gestart met de werkwijze en heeft de leerervaringen beschreven in de publicatie *Sociale netwerkstrategieën, een leergeschiedenis* (Posthuma, et al., 2010). Ook MEE West Brabant is gestart met de werkwijze en op dit moment hebben ongeveer alle consultants het opleidingstraject doorlopen. Ondertussen is ook de Meent groep gestart met het opleiden van consultants in deze sociale interventie. Tot deze groep behoren MEE Noord en midden Limburg, MEE Noordoost Brabant, MEE regio 's-Hertogenbosch en MEE regio Tilburg.

Hoe ziet het werken met sociale netwerkstrategieën er in de praktijk uit?

In 'Sociale netwerkstrategieën, een leergeschiedenis' zijn de fases in de werkwijze van sociale netwerkstrategieën beschreven. Aan de hand van onderstaande casus zal zichtbaar worden gemaakt hoe deze fases in de praktijk worden vormgegeven.

Aanmelding bij MEE

Door de personeelsfunctionaris van de sociale werkplaats waar Pieter Tavenier werkt, werd samen met hem een vooraanmelding gedaan bij het servicebureau van MEE. Reden was dat de personeelsfunctionaris zich grote zorgen maakte over de financiële situatie van de familie Tavenier. Volgens de personeelsfunctionaris waren er schulden en was de kans groot dat het gezin hierdoor afgesloten zou worden van gas, water en licht. De hulpvraag is om ondersteuning te krijgen bij de financiën.

Bij de aanmelding wordt tevens de huidige gezinssituatie van de familie Tavernier verkend. Pieter is 42 jaar en is getrouwd met Lina van 41. Zij hebben samen drie kinderen, een dochter van 11 en twee zoons van 8 en 4 jaar. Werk/dagbesteding/inkomen: Pieter werkt al zijn gehele leven bij de sociale werkplaats. Hij werkt fulltime. Lina werkt niet meer. Vanwege lichamelijke en psychische klachten is zij haar baan verloren. Betrokken hulpverlening: volgens Pieter zijn ze bekend met MEE.

De intake met consulent Michel: Pieter bevestigde telefonisch de vooraanmelding en naar aanleiding daarvan kwam Michel Scheerder, consulent van MEE, in contact met de familie Tavenier. Michel is consulent en een gecertificeerde werker en trainer in SNS (sociale netwerkstrategieën). Deze werkwijze wordt breed geïmplementeerd binnen de organisatie waar hij werkzaam is.

Volgens Michel is de kern van SNS dat professionals die nog te vaak de regie over cliënten voeren, procesbegeleiders worden die de eigen kracht van cliënten blootleggen. Ze geven cliënten handvatten om daar iets mee te doen en steunen hen om zelf een plan voor hun eigen leven te maken. Daarbij wordt vooral gebruik gemaakt van de mogelijkheden die er zijn binnen het sociaal netwerk van cliënten. Het begrijpen van en aansluiten op de leefwereld en het perspectief van cliënten is daarbij noodzakelijk. "Voorwaarde is natuurlijk wel dat je het tempo van de cliënt volgt en dat je écht luistert naar de wensen van cliënten en de wijze waarop zij tegen hun situatie aankijken."

Bij het eerste huisbezoek kreeg Michel een warm onthaal. Opvallend was dat de familie Tavenier zelf zeer terughoudend was over hun financiële situatie en dat Pieter het gevoel had dat hij wat onder druk gezet was door de personeelsfunctionaris. Ook bleek het niet zo goed te klikken tussen hem en zijn afdelingsleider op het werk.

Bij SNS wordt uitgegaan van het perspectief en de mogelijkheden van cliënten, vragen die zij hebben en de bijdrage die mensen om hen heen daaraan kunnen leveren.

Michel is ingegaan op de vragen die Lina en Pieter zelf hadden en heeft steun geboden om deze duidelijk te krijgen. Dat is een wezenlijk verschil met de werkwijze die eerder vaak werd gebruikt in hulpverleningscontacten. "Vaak werden vragen van cliënten door de professionele bureaucratie verbasterd en gekanteld naar professioneel aanbod. Wanneer iemand bijvoorbeeld een vraag stelde als 'Ik wil dat mijn kind aan tafel blijft zitten en beter naar mij luistert', werd een aanbodgerichte vraag geformuleerd als 'Ik wil pedagogische ondersteuning'."

Met vraagverheldering/verduidelijking heeft Michel een helder beeld gekregen van de wensen en mogelijkheden van het gezin. De resultaten van de gesprekken worden samengevat weergegeven in onderstaand verslag.

We wisten al dat Pieter 42 jaar is en getrouwd met Lina van 41. Zij hebben samen drie kinderen, een dochter van 11 en twee zoons van 8 en 4 jaar. Bij alle kinderen is er sprake van verschillende beperkingen, ze zitten op een school voor speciaal onderwijs.

Hun dochter heeft een laaggemiddeld IQ en een ernstige visuele beperking. Zij geeft aan dat zij gepest wordt op school en is onzeker in het maken van sociale contacten. De school heeft laten weten dat zij vaak fysieke klachten heeft zoals buikpijn en hoofdpijn.

Hun zoon van 8 jaar is moeilijk tot zeer moeilijk lerend, heeft een lagere algemene en verbale intelligentie en een groeistoornis die veel beperkingen met zich meebrengt. Lina moet hem bijvoorbeeld helpen met eten, aankleden, tanden poetsen en de toiletgang. Volgens Pieter en Lina is hun zoon sociaal en kan hij makkelijk contact leggen, maar snel bang wanneer mensen boos op hem zijn of hem plagen. Hij heeft soms lichamelijke klachten zoals overgeven, hoofdpijn en buikpijn en vindt het moeilijk aan te geven wanneer hij zich niet goed voelt.

De jongste zoon van Pieter en Lina heeft een lager verstandelijk niveau dan zijn leeftijdsgenoten. Met zijn leer-, taal-, spelontwikkeling en werktempo loopt hij achter. Hij is niet in staat structuur aan te brengen in zijn dagelijkse taken en activiteiten, kan zich moeilijk concentreren en heeft een beperkt oplossend vermogen.

Lina heeft psychische problemen als gevolg van een trauma waarvoor zij inmiddels therapie volgt. Daarnaast heeft zij verschillende lichamelijke klachten. Zo is zij zwaar astmatisch waarvoor zij onder behandeling is bij een internist en longarts. Door deze problemen heeft zij haar baan verloren.

Peter en Lina zijn zwaar belast met de zorg voor hun kinderen die veel van hun aandacht vragen en waarvoor zij vaak contact hebben met hulpverleningsinstellingen en specialisten.

Er was weinig tijd om aandacht te geven aan elkaar of met elkaar dingen te doen die voor versterking van hun draagkracht konden zorgen.

Pieter en Lina doen erg hun best er voor de kinderen te zijn en hen een veilige leefomgeving te bieden, maar door de omstandigheden hadden zij moeite het hoofd boven water te houden.

Vanwege de problemen met haar gezondheid kon Lina niet altijd naar de afspraken toe die er rondom de kinderen waren en nam Pieter deze taken van haar over. Als gevolg hiervan nam hij veel snipperdagen op en verzuimde meer dan voor het werk wenselijk was. De personeelsfunctionaris zag bij Pieter signalen die duiden op overbelasting. Hij nam nooit een vrije dag ter ontspanning maar altijd ten behoeve van afspraken rondom zijn kinderen.

De SNS is opgebouwd uit drie fasen die de consulent van MEE met het gezin heeft doorlopen. De verschillende fasen zullen we hieronder verder uitwerken aan de hand van de beschreven casus.

Fase 1: Netwerkverkenning en -analyse

De consulent gaat samen met de cliënt/het gezin het netwerk inventariseren met als doel helder te krijgen welke mensen uit zijn omgeving mee kunnen denken over de hulpvragen van de cliënt/het gezin.

Het is van belang om het hele netwerk van de cliënt in beeld te krijgen en de consulent heeft hiervoor een aantal methodische instrumenten tot zijn beschikking zoals het tekenen van een genogram, ecogram, levenslijn of sociogram (zie hierover ook hoofdstuk 4 van deze publicatie).

Michel heeft in deze casus gebruik gemaakt van het tekenen van een levenslijn, genogram en ecogram.

De levenslijn

Het tekenen van de levenslijn brengt de ingrijpendste en belangrijkste levensgebeurtenissen in zowel positieve als negatieve zin in kaart.

In deze casus heeft Michel samen met Pieter een levenslijn gemaakt van zijn geboorte tot aan het moment dat hij met Lina is gaan samenwonen.

Het sociogram

Het sociogram is het meest tijdrovende instrument. Niet alleen de familierelaties en sociale contacten van de cliënt worden in kaart gebracht, zoals bij het genogram en het ecogram, maar er wordt nu dieper ingegaan op de betekenis en inhoud van de contacten.

Bovenstaande instrumenten en de door de consulent geformuleerde vragen zijn erop gericht dat de cliënt/het gezin zelf gaan ontdekken welke kennis en mogelijkheden ze al hebben en de cliënt/het gezin te stimuleren om na te denken over wat hun hulpvragen zijn, hoe ze de toekomst zien, wat en wie hebben ze nodig om dit toekomstbeeld te realiseren.

Na het in kaart brengen van het sociale netwerk blijkt in deze casus dat het sociale netwerk van het gezin voornamelijk bestaat uit familieleden van Pieter en contactpersonen van diverse instellingen/hulpverleningsorganisaties. Er is wel contact met de familie van Lina, zij wonen echter in Duitsland.

De hulpvragen die naar aanleiding van de gesprekken werden geformuleerd zijn:

- Wie kan er met Lina, eventueel met de kinderen, naar afspraken toe gaan, zodat Pieter minder hoeft te snipperen op zijn werk?
- Hoe kunnen Pieter en Lina samen meer ontspannende, leuke activiteiten ondernemen, zoals teken- of schilderles en samen zwemmen? Wie kan er hierbij op de kinderen passen?
- Hoe kan een vakantie met het gehele gezin gerealiseerd worden?
- Hoe kan er een ander gasfornuis, vloerbedekking op de slaapkamers, bestrating in de tuin en een kast op de kamer van Lina en Pieter gerealiseerd worden?
- Hoe kunnen Pieter en Lina vriendschappen aangaan en onderhouden?
- Hoe kan Lina realiseren dat ze een rijbewijs heeft?

Pieter en Lina hebben samen met Michel gekeken welke mensen uit hun omgeving ze kunnen vragen om mee te helpen en een plan te maken om bovengenoemde vragen te realiseren.

Michel geeft aan dat voorheen natuurlijk ook met anderen werd overlegd om een plan van aanpak te maken. Vaak was het dan echter zo dat hulpverleners, meestal zonder cliënten daarbij, om de tafel gingen zitten om een plan te maken dat sterk aanbod gericht was en gestoeld was op vragen die niet zozeer door cliënten zelf, maar veelal door hulpverleners waren geformuleerd. Ook werd wel eens aan cliënten gevraagd of zij iemand uit hun persoonlijk netwerk kenden die een bijdrage zou kunnen leveren aan de uitvoering van dit plan maar wezenlijk betrokken werden deze mensen vaak niet.

Bij SNS is de cliënt en zijn sociaal netwerk het vertrekpunt. Niet alleen doordat er uitgegaan wordt van hun vraag en de mogelijkheden die mensen zelf hebben daaraan iets te doen, maar ook door samen te bepalen wie zij willen uitnodigen voor dit zogenaamde familienetwerk-beraad.

Fase 2: Het familienetwerk-beraad

Samen met Pieter en Lina heeft Michel voor het familienetwerk-beraad een aantal familieleden uitgenodigd, evenals een aantal contactpersonen/hulpverleners van diverse instellingen die betrokken zijn bij het gezin. Ze hebben een schriftelijke uitnodiging gemaakt met daarbij de agenda voor het overleg en de vragen die Pieter en Lina met Michel geformuleerd hebben. Daarnaast is er een folder met informatie over sociale netwerkstrategieën aan de uitnodiging toegevoegd.

Het familienetwerk-beraad is verdeeld in een aantal onderdelen welke zijn vastgelegd in de opgestelde agenda.

In de kennismakingsronde stellen alle aanwezigen zich aan elkaar voor. Naast het benoemen van de persoonlijke en/of professionele relatie met de familie, benoemen de aanwezigen hier ook hun verwachtingen en gevoelens ten aanzien van het familienetwerk-beraad.

De hulpverleners die uitgenodigd zijn geven tijdens de informatiefase van een dergelijk familienetwerk-beraad uitsluitend informatie en leggen uit wat de mogelijkheden zijn vanuit hun organisatie met betrekking tot de situatie. De hulpverleners hebben geen rol in het opstellen van de agenda of de vragen die door de cliënt zijn opgesteld. Na het geven van hun informatie verlaten de hulpverleners het familienetwerk-beraad.

Er is door een vijftal professionals uitleg en informatie gegeven. Na deze informatieronde hebben de professionals afscheid genomen en zijn de vragen die Pieter en Lina voor de toekomst hadden geformuleerd in het familienetwerk-beraad besproken. Deze vragen vormden het uitgangspunt voor de zogenaamde privétijd waarin Pieter en Lina samen met de aanwezigen uit het sociale netwerk een actieplan konden opstellen.

Fase 3: Actieteam en trajectcoördinatie

De kern is dat cliënten met mensen uit hun sociale netwerk samen een plan maken, op grond van de vragen die door cliënten zijn geformuleerd en de informatie die door hulpverleners is verstrekt.

Het is niet noodzakelijk dat de mensen uit het sociale netwerk zaken uitvoeren om de vragen van cliënten te realiseren. Zij kunnen daarbij een aandeel leveren maar alleen meedenken kan ook. Het actieplan wordt daarna weer met alle betrokkenen besproken.

Vanuit het opgestelde actieplan wordt een actieteam samengesteld bestaande uit mensen, die indien nodig, de cliënten zeer langdurig kunnen volgen en steunen bij de vragen die zij hebben. De consultants van MEE zijn in een later stadium vaak geen actieve deelnemer meer maar procesbegeleider op afstand.

Reflectie consultant

Door het formeren van een actieteam, dat ook langdurig actief blijft, is volgens Michel duurzame zorg op langere termijn gewaarborgd. In het geval van de familie Tavenier is het actieplan dat gemaakt is niet op alle onderdelen uitgevoerd, zijn niet alle problemen die zij ervaren opgelost en zullen er ook altijd omstandigheden zijn die zwaar zullen blijven. Lina en Pieter ervaren echter nu voor het eerst in hun leven dat zij volwaardig lid van de familie zijn en dat zij serieus genomen worden door hun omgeving.

In plaats van zich buitengesloten te voelen, hebben Pieter en Lina nu meer verbondenheid met de mensen om hen heen. De familieleden van Pieter voelen zich betrokken en zijn blij dat zij van betekenis kunnen zijn. Volgens Michel is er tussen de familie Tavenier en zijn familie gelijkwaardigheid ontstaan waardoor het makkelijker is steun te geven, te ontvangen, te vragen en daarnaast ook gezellige dingen met elkaar te doen. In plaats

van bang te zijn voor de moeilijke situatie de kinderen door uithuisplaatsingen kwijt te raken, hebben Pieter en Lina meer vertrouwen gekregen in de hulp die instellingen kunnen bieden.

Doordat Lina en Pieter zelf een actieplan hebben gemaakt en er is uitgegaan van hun wensen staan zij hier helemaal achter. Zij hebben letterlijk regie gekregen en niet alleen op papier door bijvoorbeeld een hulplan te moeten tekenen dat door anderen is gemaakt waar zij niet (geheel) achter staan. Daardoor is er voor Pieter en Lina ook op andere vlakken meer perspectief ontstaan en hebben zij het vertrouwen dat zij meer kunnen en sterker zijn dan voorheen over hen werd gedacht en wat zij ook over zichzelf waren gaan denken.

“Het meest enthousiast ben ik over het feit dat je mensen steunt om zelf weer regie te krijgen over hun leven. Veel cliënten willen dat natuurlijk graag, maar kunnen dat niet altijd of missen daarvoor de informatie. De werkwijze SNS helpt daarbij. Het is zo mooi als je de kracht weer in de ogen van cliënten terug ziet, als je merkt dat je echt iets voor mensen kan betekenen in plaats van dat zij bang zijn of afhaken. En wat ook super is: het maakt mijn werk gewoon een stuk leuker om te doen.”

Inleiding

In verschillende hoofdstukken van dit boek is het belang van het hebben en (leren) onderhouden van een sociaal netwerk aan de orde gekomen. Het praktijkgericht onderzoek van de Wmo-werkplaats Noord-Brabant is zich daar ook steeds meer op gaan richten in een zoektocht naar de zogenaamde secundaire mantelzorg (zie slot hoofdstuk 1). Daarvoor is het hebben van een gezond sociaal netwerk een noodzakelijke voorwaarde. In dit hoofdstuk gaan we in op een sociale interventie 'Natuurlijk een netwerkcoach!', die mensen kan helpen die hierbij een steuntje in de rug nodig hebben.

Sociaal netwerk als medebepalend voor kwaliteit van bestaan

Over het algemeen hebben mensen behoefte aan een sociaal netwerk en intermenselijke relaties. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de behoefte van ieder mens aan intimiteit, aandacht, vriendschappen en ondersteuning in leuke maar ook minder leuke tijden in iemands leven. Andere positieve effecten van sociale relaties zijn onder andere dat ze bijdragen aan sociale integratie van mensen, aan het opbouwen en handhaven van een positieve identiteit van mensen en aan de mogelijkheid eigen kennis en kunde te ontwikkelen en te delen met anderen (Machielse, 2003 in (Penninx, 2004)).

Onderzoek heeft vastgesteld dat het hebben van een sociaal netwerk positieve effecten heeft op iemands kwaliteit van bestaan. Zo heeft Schalock (2004) een model rondom kwaliteit van bestaan ontwikkeld waarin hij drie factoren onderscheidt die volgens hem invloed hebben op de kwaliteit van iemands bestaan: onafhankelijkheid, sociale participatie en welbevinden. De factor onafhankelijkheid bestaat vervolgens uit de domeinen persoonlijke ontwikkeling en zelfbepaling. De factor sociale participatie bevat de domeinen interpersoonlijke relaties, sociale inclusie en rechten. De factor welzijn tot slot omvat de domeinen emotioneel-, fysiek- en materieel welbevinden (Schalock, 2004). Volgens Schalock zijn de acht domeinen allemaal essentieel in de dromen en wensen van mensen en kan de kwaliteit van bestaan onder andere verbeteren indien zij zich in een uitgebreid en kwalitatief hoogwaardig netwerk bevinden (Schalock, 2000, 2004).

Ook Kröber en van Dongen (2011) stellen vast dat het informele steunsysteem (het sociale netwerk) van belang is om inclusie en participatie in de samenleving mogelijk te maken. Een gebrekkig sociaal netwerk, zo stellen zij, kan het streven naar maatschappelijke integratie en de sociale inclusie van hulpbehoevende groepen mensen in de samenleving belemmeren.

Het belang van ondersteuning bij het versterken van een sociaal netwerk

Ondanks het belang van een sociaal netwerk lukt het sommige mensen echter niet om, om wat voor reden dan ook, voor een langere of kortere periode in hun leven sociale relaties aan te gaan of te onderhouden. Redenen hiervoor kunnen heel divers en persoonlijk zijn. Toch hebben bepaalde groepen mensen in onze samenleving als gevolg van de situatie waarin zij zich bevinden extra risico om in een sociaal isolement te raken. Bijvoorbeeld mantelzorgers, ouderen in sociaal isolement, mensen met een handicap die geen aansluiting hebben in de buurt, psychisch kwetsbare mensen of mensen met psychiatrische problemen en mensen die niet maatschappelijk actief zijn (Hofman & Scherpenzeel, 2011, p. 19).

In veel gevallen hebben zij de wens hun netwerk en contacten uit te breiden, maar zij kunnen daarbij een steuntje in de rug goed gebruiken. ‘Natuurlijk een netwerkcoach!’ is een sociale interventie die beoogt dat steuntje in de rug op een doordachte en systematische manier aan deze hulpbehoevende burgers te bieden. De casus van Ada Hendriks en Carmen van Straalen in het volgende hoofdstuk is een voorbeeld van hoe dit steuntje in de rug in de praktijk vorm kan krijgen.

Doel en opzet van ‘Natuurlijk een netwerkcoach!’

Het doel van ‘Natuurlijk een netwerkcoach!’ is het sociale netwerk van hulpbehoevende burgers te versterken en/of uit te breiden waardoor hun participatiemogelijkheden in de samenleving toenemen. De interventie is een vervolg op ‘Natuurlijk een netwerk’. Dit is een interventie vooral gericht op ouders van kinderen met een verstandelijke beperking die met de vraag rondliepen hoe zij anderen bij het leven van hun kind konden betrekken. Deze werd ontwikkeld in opdracht van de belangenvereniging voor mensen met een verstandelijke beperking SIEN (voorheen Philadelphia Support).

Het doel van ‘Natuurlijk een netwerk’ is om ouders zelf handreikingen te geven om dit voor elkaar te krijgen. Dit in tegenstelling tot ‘Natuurlijk een netwerkcoach!’. Eigenaar van deze interventie is de landelijke vereniging voor mantelzorg en vrijwilligerszorg MEZZO. Deze interventie is op een bredere doelgroep georiënteerd en richt zich op iedere burger die een beperkt sociaal netwerk heeft en de wens heeft die uit te breiden of te versterken. Daarnaast is de interventie gebaseerd op het coachen van deze mensen. In de praktijk bleek namelijk dat het versterken van een netwerk beter ging als mensen gedurende een bepaalde periode iemand naast zich hadden staan die met ze meekeek en meedacht. Een systematische beschrijving van de interventie is opgenomen in de MOVISIE-databank voor Effectieve sociale interventies (Storms, 2011).

Iemand die de wens heeft zijn netwerk uit te breiden kan contact opnemen met iedere welzijnsorganisatie, een organisatie voor mantelzorgondersteuning of een vrijwillige hulpdienst die een netwerkcoach coördinator in dienst heeft. Deze netwerkcoach coördinator is veelal een betaalde, opgeleide professional. De netwerkcoach coördinatoren vormen de brug tussen de hulpvragers en de (vrijwillige) netwerkcoaches en de organisaties. Hun taak bestaat uit het houden van een intakegesprek met de hulpvrager,

het werven, selecteren en begeleiden van de netwerkcoaches en uit het koppelen van de hulpvrager aan een netwerkcoach.

De netwerkcoach is de persoon die samen met de hulpvrager het coachingstraject vormgeeft. Personen die dat kunnen zijn in de interventie opgeleide professionals die meestal ook de rol van netwerkcoach coördinator vervullen of vrijwilligers/stagiaires bij welzijnsorganisaties (denk aan studenten pedagogiek, sociaal pedagogische hulpverlening, maatschappelijke hulpverlening en culturele maatschappelijke vorming).

Het doel van 'Natuurlijk een netwerkcoach!' is het vergroten of beter te benutten van het netwerk van de hulpvrager. De aanname hierbij is dat hij of zij na de coachingsperiode minder afhankelijk wordt en weer in staat is om zelf een beroep te doen op de eigen omgeving. Hierin verschilt de opzet van de sociale interventie van bijvoorbeeld maatjesprojecten. Deze laatstgenoemde projecten zijn minder gericht op het bewerkstelligen van verandering in iemands situatie die op de toekomst gericht is.

Vormgeving van de cursus

De rol van de netwerkcoach is het coachen van een hulpvrager naar meer waardevolle contacten, meer gezelschap en meer steun van anderen. De rol kan met andere woorden omschreven worden als die van een nieuwe coachende vriend. De netwerkcoach begeleidt mensen om hen te helpen te verduidelijken wat zij graag willen bereiken en ook hoe zij dat willen gaan doen. Tijdens een cursus krijgt de netwerkcoach handvatten, adviezen en een leidraad aangereikt om op een goede manier invulling te geven aan het coachingstraject.

To-GROW model

Die handvatten en adviezen zijn gebaseerd op het veel gebruikte To-GROW model. Hoewel verschillende auteurs een bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van dit model wordt Sir John Whitmore genoemd als een van de belangrijkste ontwikkelaars. Het To-GROW model kan gezien worden als een raamwerk voor zowel individuele coachingsessies als een heel (afgerond) coachingsproces. Het raamwerk dient als handvat voor een coach om gesprekken te voeren met de gecoachte en om betekenisvolle resultaten te kunnen bereiken. Een discussie begint in dit model met een discussie en afbakening van het onderwerp of thema waarop gecoacht gaat worden.

Het To-GROW model bestaat uit vier eenvoudige stappen, te weten Goal, Reality, Options en Wrap-up. Aan de hand van die stappen wordt vervolgens een structuur geboden voor de opzet van het gehele coachingstraject (Koortzen & Oosthuizen, 2010). TO staat voor Topic of- het onderwerp. G staat voor Goal - het doel. In het geval van 'Natuurlijk een Netwerkcoach!' staat het doel vast, te weten het versterken of uitbreiden van iemands netwerk. In de tweede stap komt de R in beeld en die verwijst naar realiteit. Hierin wordt het bestaande netwerk van de hulpvrager in kaart gebracht en zijn/ haar ervaringen daarmee.

Tijdens derde fase staat de O centraal waarin de opties van de hulpvrager in kaart worden gebracht. De hulpvrager en de coach maken hierbij een overzicht van de mogelijkheden en bronnen die benut kunnen worden om het sociale netwerk van de hulpvrager te versterken. De coach organiseert hiervoor onder andere een 'rondje positief'. Dat is een gesprek met iedereen die wil meedenken met de hulpvrager. Hierbij worden mensen uit het netwerk van de hulpvrager betrokken. Samen zoeken ze of er niet iemand te vinden is activiteiten met de hulpvrager te organiseren. De vierde stap (de W of Wrap-up) staat in het teken van afhandelen. Gedurende deze stap maken de hulpvrager en de coach samen een persoonlijk actieplan waar de concrete afspraken en acties instaan. Tot slot wordt er teruggekeerd naar de R van realiteit.

Een tijdje na het coachingstraject bezoekt de coach de hulpvrager nog een keer om met hem of haar te praten over hoe het gaat en het coachtraject te evalueren. Hierbij komt aan de orde in hoeverre de gemaakte afspraken ook daadwerkelijk zijn gerealiseerd en wat die afspraken aan de kwaliteit van bestaan van de hulpvrager hebben toegevoegd. De plaatsing van het To-GROW model in 'Natuurlijk een netwerkcoach!' is ook weergegeven in tabel 8.1.

Andere coachingsvaardigheden en -technieken

Naast uitleg over het To-Grow model worden netwerkcoaches ook opgeleid in andere coachingsvaardigheden en het gebruik van methoden en technieken die ingezet kunnen worden tijdens het coachingstraject. Deze methoden en technieken moeten gezien worden als handvatten die netwerkcoaches al dan niet kunnen toepassen, mocht dat relevant zijn. Dat geeft meteen aan dat er in de toepassing van deze sociale interventie de nodige vrijheidsgraden zit. Het gaat om het flexibel omgaan met het geleerde. Zo leren netwerkcoaches te werken met genogrammen en ecogrammen (zie hoofdstuk 4 van deze publicatie). Ook leren zij hun eigen opvattingen, meningen en adviezen niet meteen kenbaar te maken aan de hulpvrager maar in plaats daarvan te luisteren, het tempo en het volume van de hulpvrager te spiegelen en door te vragen. Een ander handvat dat netwerkcoaches meegegeven wordt, is het stellen van oplossingsgerichte vragen. Dit is een specifieke manier van vragen stellen die de kracht van de hulpvrager bloot kan leggen en zijn of haar motivatie om te veranderen kan aanwakkeren. Netwerkcoaches leren daarnaast een aantal principes van geweldloos communiceren (Rosenberg, 1999).

Rode draad in deze handreikingen is dat de netwerkcoach zich vooral richt op het proces dat een hulpvrager doormaakt en minder op de uiteindelijke inhoudelijke keuzes die de hulpvrager maakt. De keuzes die gemaakt worden moeten immers keuzes zijn die bij een hulpvrager passen. Het is daarom belangrijk dat de hulpvrager zelf achter die keuzes staat en niet het gevoel heeft keuzes opgedrongen te hebben gekregen door de netwerkcoach.

De uiteindelijke stappen van ‘Natuurlijk een netwerkcoach!’ op een rijtje

De componenten van het To-Grow model in combinatie met de aanvullende informatie over manieren van coachen vormen samen de interventie ‘Natuurlijk een netwerkcoach!’. Kenmerk van de interventie is dat het een stapsgewijze methode is die doelgericht, gestructureerd en systematisch is.

De interventie onderscheidt tien stappen die tijdens het coachingstraject doorlopen dienen te worden (van de Lustgraaf, 2009). Deze stappen kunnen globaal onderverdeeld worden in drie fasen in het coaching proces: oriënteren, denken en doen (Hofman & Scherpenzeel, 2011). De fasen en stappen volgen het eerder genoemde To-GROW model. Tabel 8.1 geeft een overzicht van de drie fasen inclusief de onderverdeling in de tien stappen.

Tabel 8.1 Overzicht van de stappen tijdens ‘Natuurlijk een netwerkcoach!’
(vrij naar van de Lustgraaf, 2009)

Oriënteren		
Stap 1 (Goal)	Kennismaking en perspectief	- Kennismaken in de natuurlijke omgeving van de hulpvrager - Zicht krijgen op wensen, vragen, ideeën en motivatie van de hulpvrager
Stap 2 (Reality)	Netwerk in beeld	Inzicht in de vriendenkring/ bekenden, kennissen en kennis over waardering van de hulpvrager bij verschillende contacten. Dit is geen doel, wel een middel om verder mee te gaan
Stap 3 (Reality)	De waarde van het netwerk	- Wat is de voor de hulpvrager de “beleefde waarde” van dit netwerk? - Hoe functioneert het bestaande netwerk en wat is de waarde van de contacten voor de hulpvrager
Denken		
Stap 4 (Options)	Het sociale verkeersplein	Het aan de hulpvrager leren van gedragsregels en het ontdekken van basisregels in verschillende omstandigheden
Stap 5 (Options)	Een rondje positief: Naar boven halen van de kwaliteiten, interesses, talenten en dromen van de hulpvrager	- In kaart brengen van (vroegere) interesses van de hulpvrager - Talenten van de hulpvrager in kaart brengen. - Andere personen vragen hulpvrager op een positieve manier te beschrijven. Vind het leuk om... Is in staat om... Geef een uit de hand gelopen compliment aan deze persoon

Stap 6 Options	Team up! Meedenkers zoeken en inschakelen	Op basis van wensen en vragen betrokkenheid bevorderen. Bijvoorbeeld houden van een netwerkberaad. Opletten wie je uitnodigt, hoe je dat gaat doen, waar je het beraad gaat houden, hoe je de avond gaat indelen (kennismaken, vragen, rondje positief, brainstormen, reactie hulpvrager, uitwerken voorstel).
Doen		
Stap 7 (Wrap up)	Kiezen voor een top 3	Opties voor de hulpvrager in kaart brengen en de belangrijkste drie opties selecteren
Stap 8 (Wrap up)	Een persoonlijk actieplan	Een plan maken hoe een van de opties uit te voeren
Stap 9 (Wrap-up)	Een plan uitvoeren	De plannen uitvoeren
Stap 10 (Evalueer of bij stap 1 geformuleerd doel gehaald is)	Leren van ervaringen	Bekijken in hoeverre de plannen uitgevoerd zijn en of ze het beoogde effect ook gehaald hebben.

Besluit

Hoewel de interventie stapsgewijs is opgezet is het de hulpvrager die het tempo van het traject bepaald en de intensiteit waarmee iedere stap wordt doorlopen. Van de netwerkcoach wordt verwacht dat hij of zij gedurende de gehele periode rekening houdt met het tempo en de mogelijkheden, talenten en interesses van de hulpvrager. Gedurende de cursus wordt door de trainers dan ook het belang van maatwerk benadrukt. Zij wijzen hun cursisten erop niet de tien stappen uit het handboek precies uit te voeren maar deze als handvatten in het coachingstraject te gebruiken. Het is als coach van belang vooral ook het eigen gezonde verstand en creativiteit te gebruiken en flexibel zelf te kijken welke handvatten passend zijn. Het idee achter ‘Natuurlijk een netwerkcoach!’ is niet zozeer om grote veranderingen in het leven van hulpvragers te bewerkstelligen, maar eerder te kijken naar wat in een specifieke situatie haalbaar en realistisch is. Dat kan hem vaak in hele kleine dingen zitten. Zo kan de uitbreiding van het netwerk van een hulpvrager met één persoon al heel waardevol zijn. Ook blijkt in de praktijk dat hulpvragers vaak teleurgesteld zijn in het leven. Zij lijken geen vertrouwen (meer) te hebben in de hulpverlening en komen daardoor in de weerstand. Voor deze mensen is het lastig om zelfstandig uit die negatieve spiraal van denken en handelen te komen. In dergelijke gevallen is het fijn om een vrijwilliger als maatje te hebben die hierbij helpt.

Wie meer wil weten over deze sociale interventie kan terecht bij de databank Effectieve sociale interventies van MOVISIE of bij Mezzo. In het kader van de Wmo-werkplaats Noord-Brabant maakten we over ‘Natuurlijk een netwerkcoach!’ ook een stripcollege. Dat is als deel negen van de reeks te zien op het YouTube-kanaal van de Wmo-werkplaatsen: www.youtube.com/Wmowerkplaatsen.

Casus: Ada Hendriks & Carmen van Straalen

Nicolette de Graaf

Ada Hendriks

Ada Hendriks is een alleenstaande moeder van 49 jaar. Zij heeft een dochter, Mira, van 16. De relatie tussen Ada en haar ex-man verliep moeizaam. Ada had op de duur het gevoel dat zij alleen voor de opvoeding van haar dochter en het huishouden stond omdat haar ex-man veel in het buitenland was voor zijn bedrijf en haar weinig steun gaf. Ook waren er grote verschillen tussen haar en haar ex-man over de opvoeding van Mira.

Na twee jaar heeft Ada besloten om te gaan scheiden en dat resulteerde in een enorme strijd tussen beide ouders waarbij Ada met regelmaat werd bedreigd door haar ex-man. Voor de vader van Mira was het bedrijf erg belangrijk waardoor hij in de omgang met zijn dochter geen regelmaat kon bieden. Doordat er op de duur een ernstige situatie ontstond is de Raad voor de Kinderbescherming uiteindelijk in beeld gekomen en heeft Mira een aantal jaren geen contact met haar vader gehad.

De scheiding en alle gevolgen daarvan hebben veel impact op Ada gehad. Ada wil Mira haar vader niet ontnemen want het is en blijft, ondanks alles, haar vader. Vanaf haar tiende heeft Mira dus weer af en toe contact met haar vader gekregen. Ada heeft daarbij ondersteuning gezocht bij een vrijwilligersproject dat begeleiding bood bij het tot stand komen en uitvoeren van de omgangsregeling. Sinds dat contact is afgesloten is de situatie tussen Ada en haar ex-man weer gaan escaleren. De vader van Mira belast zijn dochter met informatie over Ada die niet klopt. Daarnaast heeft hij verwachtingen van zijn dochter waaraan zij volgens Ada niet kan voldoen en is hij nog steeds boos over het feit dat hij Mira een aantal jaar niet heeft kunnen zien. Het kost Ada energie om hiermee goed om te gaan.

Ada wil haar dochter op een positieve manier ondersteunen in haar wens contact te hebben met haar vader, ondanks dat zij bang is dat Mira door hem gekwetst zal worden. Uit eigen ervaring weet Ada hoe belangrijk het is kinderen niet te belasten met negatieve verhalen over elkaar na een scheiding.

Nadat Mira een akelig weekend bij haar vader had heeft Ada hulp gezocht bij een reguliere instelling voor jeugdzorg. Deze liet echter weten geen begeleiding te kunnen geven omdat de situatie niet erg genoeg was. Mede omdat Ada en Mira in staat waren goed met elkaar te praten.

Ada heeft geen werk en door alles wat er de afgelopen jaren was gebeurd, is zij steeds geïsoleerder geraakt. Het onderhouden van contacten kostte haar op een gegeven moment zelfs teveel energie. Omdat tijdens het gesprek met jeugdzorg duidelijk werd dat Ada zelf eigenlijk geen mensen meer had om iets leuks mee te doen of om stoom af te blazen, werd zij verwezen naar het project 'Vrijwillige netwerkcoaches' van Humanitas.

In het begin was Ada wel wat huiverig voor het binnenlaten van een vrijwilliger. Zij vindt het schrijnend dat professionele krachten blijkbaar alleen nog maar in zeer ernstige situaties hulp kunnen bieden, terwijl zij haar eigen situatie als erg zwaar ervaren heeft. Ada werd na een intake met de projectcoördinator gekoppeld aan de vrijwillige netwerkcoach Carmen van Straalen. Vrij snel daarna kwam Carmen op huisbezoek bij Ada.

“Het was heel prettig, ook dat ze thuis kwam en dat ik niet de deur uit hoefde (..) Gewoon thuis met wat koffie en wat lekkers.”

Het heeft Ada bij de kennismaking met Carmen gerustgesteld dat Carmen jarenlang in de jeugdzorg heeft gewerkt. Ada had het zwaar en het gevoel dat de situatie haar boven haar hoofd groeide toen zij beroep deed op het project ‘Vrijwillige netwerkcoaches’ en dus iemand nodig waarmee het echt klikte, waarin zij vertrouwen had en die ook iets kon toevoegen. Gelukkig was dat bij Carmen het geval.

Het allerbelangrijkste is dat Carmen goed aansloot bij haar behoefte aan een luisterend oor. Het ongegeneerd mogen spuien, huilen en de ergste puin kunnen ruimen met betrekking tot alles wat zij heeft meegemaakt duurde ongeveer een half jaar. Dat was nodig voordat er überhaupt gekeken kon worden naar het uitbreiden van haar netwerk en dat voelde Carmen goed aan.

Ada heeft Carmen ervaren “als een soort vriendin” maar dan iemand die er vooral en exclusief voor haar was, zonder dat zij de verplichting voelde op dezelfde manier naar het leven van Carmen te informeren wat zij in andere vriendschappen wel van belang vindt.

Ada vond het een veilig gevoel dat Carmen niemand kende over wie zij sprak en daar ook geen belang bij had. Ook was het prettig dat Carmen in een vergelijkbare levensfase zat en persoonlijke dingen over zichzelf vertelde waardoor er gemakkelijk gepraat kon worden over bijvoorbeeld opvoedkundige kwesties. Dat gaf Ada een gevoel van gelijkwaardigheid.

Door de contacten met Carmen heeft Ada haar dochter wat meer los kunnen laten en durft zij steeds meer te vertrouwen op de kracht en assertiviteit van Mira. Zij heeft nu met zekere regelmaat contact met haar vader en is in staat vooral te kijken naar de positieve dingen tijdens deze bezoeken.

Na een half jaar kwam het uitbreiden van het netwerk van Ada aan de orde en liet Carmen weten dat het misschien goed zou zijn ook andere mensen te zoeken waarmee zij zou kunnen praten. Ada vindt het prettig dat Carmen dit onderwerp op het juiste moment voorzichtig en subtiel heeft aangekaart. Samen met Carmen heeft Ada in eerste instantie op een rij gezet wat zij leuk zou vinden om te doen en wat haar zou helpen om te ontspannen en minder te piekeren. Vervolgens heeft Ada zich aangemeld bij een cursus schilderen waar zij een aantal lessen gevolgd heeft. Het ontmoeten van de andere cursisten en het sociale contact dat daardoor ontstond is voor Ada het belangrijkste

geweest. Hierdoor, en door de gesprekken met Carmen, kreeg Ada langzaam weer meer zelfvertrouwen en plezier.

Daardoor ging het eigenlijk vanzelf om contacten die Ada niet zo goed had onderhouden weer op te pakken. Met een goede kennis en twee buurvrouwen heeft Ada inmiddels weer regelmatig contact. Met één buurvrouw is zij gaan sporten.

Naarmate het eind van het traject van het project 'Vrijwillige netwerkcoaches' in zicht kwam, werd duidelijk dat een isolement in de toekomst op de loer zou blijven liggen, ondanks de contacten die Ada weer aan het opbouwen was.

Samen hebben Ada en Carmen toen besloten dat het goed zou zijn vervolghulpverlening voor Ada te zoeken om een aantal zaken uit het verleden een plaats te geven. Na een lange zoektocht naar geschikte vervolghulpverlening gaat Ada daarmee binnenkort beginnen.

De gesprekken met Carmen zijn voor Ada een soort voorstadium geweest voor de therapie die zij nu gaat volgen en hebben het makkelijker gemaakt om deze stap uiteindelijk te zetten.

Volgens Ada heeft Carmen haar geholpen haar isolement voor een belangrijk deel te doorbreken waardoor ze nu weer met een aantal mensen contact heeft waarbij zij haar verhaal kwijt kan en andersom. Ada heeft na een lang proces ook weer het lef gekregen te gaan sporten.

Daarbij was het voor Ada belangrijk dat Carmen geen grote doelen heeft gesteld en vooral het zetten van kleine stappen heeft gestimuleerd en gewaardeerd.

“Dat vond ik ook altijd zo goed van Carmen. Dat ze zei: doe maar babystapjes. Alleen al een schildercursus is al een overwinning. Al zal je maar met één buurvrouw weer contact hebben.”

Ada heeft Carmen als optimistisch ervaren en iemand die prettig in het leven stond. Alleen al het feit dat Carmen met een open houding regelmatig bij haar op bezoek kwam is eigenlijk al helpend en relativerend voor Ada geweest.

Ada vindt het voordeel van de contacten met Carmen, in vergelijking tot contact met de meeste professionals, dat er meer ruimte en tijd was om te doen wat nodig was op een manier waar zij echt wat aan heeft gehad. Er kon worden aangesloten bij haar behoefte om te spuien, maar ook is Carmen bijvoorbeeld een keer meegegaan naar de tandarts toen Ada het lastig vond om daar alleen naar toe te gaan. Voor Ada was het verder prettig dat er niet met een strak vooraf vastgesteld schema werd gewerkt.

“Toen ik de kerstspullen aan het opruimen was, zag ik de map die ik in het begin had gekregen. Het was een prachtige map met doelstellingen er in en haalbaarheden, precies zoals het hoort. En toen vroeg Carmen een keer of ik dat in zou willen vullen. De keer daarna voelde ik me helemaal bezwaard dat ik dat nog niet gedaan had. Carmen sprak toen de magische woorden: schuif die map maar aan de kant want dat heeft geen zin als je er zo’n stress van krijgt.”

Ada is erg tevreden over de steun die zij van Carmen heeft gekregen. Een aandachtspunt voor het project ‘Vrijwillige netwerkcoaches’ is dat het project en de instelling Humanitas veel meer bekendheid zouden mogen hebben. Weinig mensen kennen de projecten die daar worden uitgevoerd, terwijl veel mensen daar wel wat aan zouden kunnen hebben.

Tot slot vindt Ada het belangrijk om aandacht te besteden aan een goede manier van afsluiting van het traject en eventuele nazorg.

“Want je gaat je toch hechten aan een vrijwilliger waarmee het echt klikt en dat is andersom misschien ook het geval. (..) en is het voor mensen ook mogelijk weer een beroep te doen op een vrijwilliger wanneer het alleen toch niet lukt?”

Carmen van Straalen

Carmen is 44 jaar. Haar reden om vrijwilligerswerk te doen is, dat zij door een burn-out naar aanleiding van haar baan in de jeugdhulpverlening tijdelijk geen werk had. Carmen kende de projectcoördinator persoonlijk en deze heeft haar benaderd om als vrijwillige coach te werken bij het project ‘Vrijwillige netwerkcoaches’.

De kern van de ondersteuning aan Ada was volgens Carmen het bieden van een luisterend oor en “het er gewoon voor Ada zijn”. Door regelmatig afspraken met Ada te maken, heeft zij ook een zekere structuur en houvast geboden waardoor Ada werd geactiveerd aan de slag te blijven. Het contact was gelijkwaardig, zij kende niemand uit het netwerk van Ada en had daarbij geen belangen, zodat zij neutraal kon zijn en zonder oordeel.

“Ik was geen hulpverlener, geen vriendin, geen familie. Ik was gewoon Carmen en ik was er voor haar.”

Belangrijk was het feit dat de projectcoördinator een goede match heeft gemaakt tussen haar en Ada, wat volgens Carmen een voorwaarde voor een zinvol en goed traject is. Het klikte gewoon met Ada, mede doordat Carmen haar eigen ervaring als moeder kon gebruiken tijdens het coachtraject.

Carmen heeft Ada leren kennen als een vrouw die zichzelf door omstandigheden erg wegcijferde en onzeker was, maar ook heel krachtig.

“Als je ziet hoe zij met de scheiding is omgegaan en met de gesprekken die wij hebben gevoerd, die soms toch heel lastig voor haar waren, is dat heel knap (...). Het is zo krachtig als iemand zichzelf zo open kan stellen door iemand anders echt in haar leven toe te laten, en dat heeft zij dus heel erg gedaan. Ze gaat er echt voor en wil ook een aantal dingen die moeilijk zijn veranderen. En het allerkrachtigste is natuurlijk dat je hulp inschakelt om je netwerk groter te maken, omdat je vindt dat je dochter niet teveel belast moet worden.”

Als vrijwilliger had Carmen geen last van instellingskaders en registratieverplichtingen die in haar werk als professional wel vaak een rol speelden. Ze was in de gelegenheid om te doen wat nodig was; met Ada een relatie op te bouwen en aan te sluiten bij de behoefte van Ada. In het begin van het traject bood zij vooral een luisterend oor, zodat Ada haar verhaal kon vertellen en haar emoties over wat er allemaal was gebeurd kwijt kon. Toen Ada daaraan toe was, heeft Carmen het ook over het uitbreiden van het netwerk van Ada gehad. Carmen heeft gekeken welke soort contacten Ada nodig had om zich te kunnen ontspannen en stoom af te kunnen blazen.

“Toen bleek best wel dat zij een aantal goede contacten had, maar dat zij dat letterlijk en figuurlijk verwaarloosd had terwijl het eigenlijk ook heel kostbaar was wat zij had.”

Tijdens met name de laatste helft van het traject heeft Carmen met Ada besproken welke kleine stappen zij zou kunnen zetten om haar netwerk uit te breiden maar ook om contacten die op een laag pitje stonden weer op te pakken. Carmen heeft Ada tijdens het traject kunnen steunen door te benoemen wat zij zag en hoorde, Ada dat zonder oordeel te vertellen, soms tips en adviezen te geven maar vooral door dichtbij Ada en haar beleving te blijven, het tempo en proces van Ada te volgen en dat ook bij haar te laten.

Uiteindelijk zijn Carmen en Ada tot de conclusie gekomen dat het zinvol voor Ada zou zijn geschikte vervolghulpverlening te zoeken en is dat nog een aantal keer onderwerp van gesprek geweest. Volgens Carmen heeft Ada enorm hard gewerkt en veel stappen gezet. Het was voor Carmen fijn haar daarbij te kunnen steunen.

De werkmap van de methode ‘Natuurlijk een netwerkcoach!’, die de vrijwillige coaches gebruiken en waarin Carmen ook een training heeft gevolgd, heeft zij in de praktijk nauwelijks gebruikt. Deze was in haar ogen niet handzaam, te formeel en zorgde ook voor afstand. Elementen uit de map en training heeft Carmen wel toegepast, zoals het in kaart brengen van het netwerk van Ada. De training vond Carmen zinvol, met name het onderdeel contact maken en het oefenen in coachen in plaats van de zorg overnemen van de hulpvrager. Het is een aandachtspunt het materiaal uit de training en de

werkmap te gebruiken op een manier die bij de specifieke persoon van de vrijwilliger en de hulpvrager past. En dat kan iedere keer anders zijn.

Er is een groot grijs gebied wat nu wel en niet bij de rol van vrijwilliger hoort, zeker wanneer er ook professionals bij een hulpvrager betrokken zijn. Carmen vindt het belangrijk dat vrijwilligers ondersteund worden bij hun werkzaamheden en geholpen worden te reflecteren op deze rol. Onder andere door de intervisiebijeenkomsten die nu worden georganiseerd door de projectcoördinator.

“Omdat je als vrijwilliger echt een relatie opbouwt en er een soort gelijkwaardig contact ontstaat, moet je vaak afwegen wat je nu wel of niet kan of wil doen en dat is niet altijd eenvoudig”.

Het afsluiten van een traject is volgens Carmen ook een punt van aandacht, want door je betrokkenheid is het moeilijk daarvoor het goede moment te bepalen. Naast de scholing die betrekking heeft op de methode ‘Natuurlijk een netwerkcoach!’ (zie hoofdstuk 8 in deze publicatie) vindt Carmen het zinvol aandacht te besteden aan thema’s als: omgaan met diversiteit en hulpvragers met en andere culturele achtergrond, verslaving en stoornissen. Tot slot denkt Carmen dat het goed is te kijken of het mogelijk is vrijwilligers nog meer op maat ondersteuning te geven want iedereen heeft weer andere vragen en behoeften.

Familie als volwaardige partner in de geestelijke gezondheidszorg

Tine van Regenmortel, Ans Lemmens

Van moeilijkheden naar mogelijkheden

De rol van familieleden van psychiatrische patiënten is lang omstrede geweest. Interacties binnen het gezin werden als ziekmakend gezien. Dit uitte zich in argwaan en afstand van professionals tegenover familieleden. Mede door nieuwe wetenschappelijke inzichten en de extramuralisering in de zorg, verschoof de focus van moeilijkheden naar mogelijkheden om familie van psychiatrische patiënten in de zorg te betrekken (NIZW, 2006). Familieorganisaties als Ypsilon en Labyrinth-In Perspectief werden opgericht; deze kwamen niet enkel op voor degene met psychiatrische problematiek, maar ook voor het belang van diens familie. Ook vanuit de Wmo-werkplaats Noord-Brabant hebben we ons praktijkgericht onderzoek gericht op familie als partner in de geestelijke gezondheidszorg (Kwekkeboom & te Poel, 2010). Deze tekst vormt een actualisering op onze eerdere publicaties.

Deze ontwikkelingen betekenden een kentering in de rollen van familieleden. De familie is aan de ene kant een belangrijke ondersteuner van de cliënt: als informatiebron, mantelzorger, zorgverlener, crisismanager of als belangenbehartiger. Aan de andere kant kan familie ook hulpvrager zijn: bij overbelasting of bij nood aan ondersteuning bij rouw, angsten, twijfel en onbegrip vanuit de omgeving. Psychiatrische problematiek heeft immers niet enkel gevolgen voor het leven van de betrokkene, maar ook voor de familie en andere betrokkenen (van Erp & Place, 2011).

De zorg voor een familielid kan waardering en voldoening opleveren en bijdragen tot een betere acceptatie van eigenaardigheden van anderen (Kwekkeboom, 2000), maar evenzeer belasting geven. Barrowclough stelde vast dat de subjectieve belasting hoger is bij familieleden die zichzelf de schuld geven van de problematiek van hun naaste, die de gevolgen van de problematiek voor de betrokkene negatiever inschatten en die minder vertrouwen hebben in de eigen mogelijkheden om met de problematiek om te gaan (Barrowclough, 2005). Professionals kunnen van (positieve) betekenis zijn bij het (leren) omgaan met deze aspecten.

Stijgende aandacht en erkenning

Vandaag merken we een groeiende aandacht en erkenning voor familiebetrokkenheid in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Belangrijk is dat familiebetrokkenheid kadert in de landelijke ggz-visie rond herstel en rehabilitatie (GGZ Nederland, 2009). Deze visie heeft gevolgen zowel voor de zorginhoud als voor de zorgorganisatie.

Naar inhoud toe houdt de rehabilitatievisie de erkenning in dat gezondheid meer is dan de afwezigheid van ziekte en mensen niet mogen gereduceerd worden tot de ziekte.

De gezondheid van het individu wordt niet alleen gerelateerd aan het lichaam en de psyche, maar ook aan het familie- en gemeenschapsleven. Het belang van een sociale omgevingsbenadering wordt geduid. Gezondheid wordt positief ingevuld met oog voor de kwaliteit van leven. Dit omvat zaken als vitaliteit, zin in het leven, verbondenheid met anderen, in staat zijn dat te doen wat als betekenisvol wordt ervaren en het gevoel invloed te kunnen uitoefenen op het eigen bestaan. De kernstrategie hierbij is empowerment met participatieve werkwijzen (van Regenmortel, 2008). Herstel houdt volwaardig burgerschap in met een brede integratie in de samenleving bijvoorbeeld op vlak van arbeid en vrije tijd (van Regenmortel, 2011a). Het empowermentparadigma benadrukt hierbij het belang van verbondenheid met anderen. Kwetsbare burgers kunnen door een goede inbedding in een ondersteunende sociale en maatschappelijke omgeving maximaal in hun eigen kracht staan. Relatieve autonomie en relationeel burgerschap zijn dan ook kernconcepten van empowerment en van herstel (van Regenmortel, 2011b).

Op vlak van organisatie betekent deze visie een verdere extramuralisering van de zorg met een explicietere betrokkenheid van de modale burger in de samenleving. Vermaatschappelijking van de zorg, kwartiermaken en een lokale inbedding van de zorg zijn aan de orde. De landelijke ggz-visie beveelt het triadisch werken aan: samenwerken in de driehoek van professional, patiënt en familie. Familieleden worden als bondgenoot in de zorg beschouwd die vanaf het eerste contact dienen betrokken te worden. De kracht van de ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid van patiënt en familie wordt hierin erkend.

Familiebetrokkenheid raakt ook in regelgeving ingebed. Er is de Modelregelgeving Betrokken Omgeving van 2004 die richtlijnen geeft over de bejegening en het informeren van naastbetrokkenen en bedoeld is als hulpmiddel om de familiebetrokkenheid meer systematisch en structureel te verankeren binnen ggz-instellingen. Verder krijgt de familie plek in de HKZ-normen en multidisciplinaire klinische richtlijnen (bv. schizofrenie). Tal van instrumenten, vormingen, trainingen, interventies zijn ontwikkeld om familie te betrekken in de zorg. Deze focussen op het informeren van familie (bv. psycho-educatie), op het ondersteunen van familie (bv. Individuele Gezinsondersteuning of groepstraining Multifamily Group), op de samenwerking tussen hulpverleners en professionals (bv. triadekaart) en op de inzet van ervaringsdeskundigheid van familieleden (bv. cursus Familie als Bondgenoot voor hulpverleners) (van Erp & Place, 2011). Van Meekeren en Baars (2011) schreven een uitgebreid handboek voor hulpverleners met concrete tips en instrumenten om de omgeving in de dagelijkse ggz-praktijk te betrekken.

Stagnatie in de praktijk

Opvallend is de toenemende wetenschappelijke interesse (bijvoorbeeld van de Bovenkamp & Trappenburg, 2008) en positieve aandacht voor familiebetrokkenheid in de ggz.

In het 'Jaarboek Psychiatrische Rehabilitatie 2010-2011' geven van Erp en Place een overzicht van onderzoek over familiebetrokkenheid en -interventies in de langdurige ggz. We selecteren een aantal belangrijke bevindingen.

Ondanks de groeiende erkenning en aandacht is er weinig structureel contact tussen ggz-hulpverleners en familie. Contacten hebben eerder informeel plaats en vooral in crisissituaties. Meer contact wordt opgemerkt bij jeugd en ouderen. Er is een grotere bereidheid bij verpleegkundigen om familie te betrekken dan bij behandelaars. De rol van familie situeert zich eerder bij het geven van informatie en minder om de zorg echt vorm en inhoud te geven. Knelpunten om familie te betrekken zijn onder meer: autonomie en privacy van de cliënt, weinig tijd en financiering, beperkt en verstoord contact met de familie, overbelasting van de familie, vroegere slechte ervaringen en hulpverleners die de noodzaak niet inzien van samenwerking met familie.

Niettemin is er bewijs voor de effectiviteit van familie-interventies, zowel voor de cliënten (bv. minder terugval en opnames, betere medicatietrouw, beter functioneren) als voor de familie (bv. betere kennis over de stoornis, ervaren minder belasting en beter subjectief welbevinden). Tevens worden effecten bij professionals opgemerkt (bv. een hogere arbeidstevredenheid en betere coping). Interventies op lange termijn hebben grotere effecten op cliënten dan korte termijn interventies. Er zijn weinig studies naar de effecten voor de familieleden zelf. Veelal staan deze in functie van de betrokken cliënt.

Van Erp en Place concluderen dat er barrières zijn zowel bij cliënten, familie als hulpverleners en dat er niet echt sprake is van een structureel familiebeleid. De uitvoering in de praktijk lijkt te stagneren. Daarom is er nood aan een echte cultuuromslag binnen instellingen en aan voldoende ondersteuning vanuit het management. De uitbouw van een basisstructuur voor de contacten tussen familie, cliënt en hulpverlener en een loketfunctie worden aanbevolen.

Bijzondere aandacht

Bij het begrip mantelzorg komen veelal de verzorgers van (dementerende) ouderen in beeld. Mantelzorg aan mensen met een verstandelijke beperking of aan mensen met een ggz-aandoening blijft eerder buiten beeld. De SCP-studie 'Bijzondere mantelzorg' vult dit hiaat gedeeltelijk op (Wittenberg, et al., 2012). De redenen om aan mantelzorg te doen zijn globaal dezelfde: vanzelfsprekendheid, menslievendheid en genegenheid. Opvallend bij mantelzorgers van ggz-clieënten is de vermelding dat er ook niemand anders is om dit te doen. Dit gaat samen met de vrees dat de betrokken zorgvrager zou vereenzamen of dient opgenomen te worden wanneer de mantelzorger zou wegvallen.

De 'bijzonderheid' van deze mantelzorg aan ggz-patiënten blijkt ook uit het andere type van zorgvrager en de andere hulp die geboden wordt. Uit het profiel blijkt de betrokken zorgvrager jonger en het gaat minder over de (schoon)ouder, maar wel over een kind, zus of broer, vriend of kennis. De hulp duurt langer, is intensiever en complexer van aard. De hulp heeft minder betrekking op huishoudelijke zorg, verpleegkundige of verzorgende hulp en gaat meer over emotionele steun, toezicht, administratie en het aanbieden van structuur. Deze mantelzorgers uiten meer negatieve ervaringen en een grotere psychische belasting. Deze gaan samen met een beperkter sociaal netwerk en meer onbegrip vanuit het sociale netwerk. Het stigma dat kleeft aan de psychische

zieke of ziekte strekt zich dus ook uit over de mantelzorger/familie. Deze mantelzorgers uiten meer ongenoegen over de professionele zorg. Men ervaart gebrek aan erkenning en geen partnerschap, maar eerder een machtsstrijd. Het onderzoek wijst ten slotte op een belangrijk spanningsveld: enerzijds worden ondersteuningsbehoeften minder gearticuleerd ('vraagverlegenheid'), anderzijds is er meer behoefte aan ondersteuning, zowel voor de naaste als voor zichzelf. Het huidige aanbod zou niet aansluiten bij de behoeften. De onderzoekers pleiten naast 'bijzondere aandacht' voor deze bijzondere mantelzorg dan ook voor meer maatwerk en diversiteit in het aanbod. Hiervoor is meer samenwerking nodig tussen professionals onderling en met mantelzorgers alsook een meer samenhangende zorg tussen organisaties. Hun algemene aanbevelingen voor een meer structurele rol van familieleden in de zorg en voor een volwaardig familiebeleid sluiten naadloos aan bij de oproep van de familieorganisaties.

Familiebeleid in de ggz Noord-Brabant

In opdracht van het Kenniscentrum Zelfhulp Ervaringsdeskundigheid (KZE) en in het kader van de Wmo-werkplaats Brabant werd een explorerend onderzoek opgestart om te inventariseren hoe het staat met familiebetrokkenheid en -beleid binnen de reguliere ggz-instellingen in de provincie Brabant. De volgende zes ggz-instellingen werden betrokken: GGzE, GGzBredburg, GGZ Oost Brabant, GGZ Westelijk Noord Brabant, RIBW Midden Brabant en de Reinier van Arkelgroep. In een eerste fase spraken we met het management- en kaderniveau. Hierbij werden zeventien mondelinge interviews afgenomen met gebruik van een topiclijst (bv. visie, beleid, actuele situatie, succesfactoren en knelpunten, goede voorbeelden). Na deze interviewronde werden de zes betrokken organisaties bijeengeroepen om de analyse en interpretatie van de resultaten te bespreken (een zogenaamde 'membercheck'). Deze werkconferentie vond plaats op 10 februari 2012. In een tweede fase zullen uitvoerende professionals uit deze organisaties worden bevraagd en zullen ervaringsdeskundige familieleden worden geïnterviewd die betrokken zijn bij familie-organisaties.

Dat de familie wordt betrokken, achten managers en beleidsmedewerkers een evidentie: "het meest natuurlijke wat er is", "een onmisbare schakel". Men merkt wel op dat men van ver moest komen "ergens zijn we de weg kwijtgeraakt en nu zoeken we die terug en hebben we een lange weg te gaan". Familiebeleid is een hot item, maar wel één naast vele andere items.

Variatie in de praktijk

Binnen alle zes instellingen is er een geformaliseerd familiebeleid, wel verschillend van aard, intensiteit en inhoud. Deze verschillen situeren zich zowel tussen de instellingen als binnen de instellingen.

Familieraden en het aanstellen van een vertrouwensfiguur zijn ingeburgerde praktijken. Dit met uitzondering van één instelling waarbij nog geen familieraad werd

aangesteld omwille van weerstand vanuit de cliëntenraad. In de praktijk is er spanning tussen cliënten- en familieraden. De cliëntenraad wil toch graag het laatste woord als het gaat om de cliënt. De familieraden zijn nog erg aan het zoeken. Aan de orde zijn zaken als: rolverwarring, terrein veroveren, wennen aan belangen en verwachtingen en het komen tot een goede samenstelling van de raad. De leden van de familieraad zijn erg betrokken en bevlogen, maar hun belasting is mede door dit groei- en zoekproces vrij zwaar.

De positie van de familieraad en de mate van hun betrokkenheid zijn in de praktijk heel verschillend. Het gaat van actief participeren in het beleid (bv. vertegenwoordigers van de familieraad die meegaan op de heidagen), een uitnodiging voor het teamoverleg tot het aanwezig zijn op familiebijeenkomsten. Eén familieraad heeft in samenspraak met de directie een 10-puntenplan uitgewerkt en voert dit stapsgewijs concreet uit.

De modelregelgeving 'Betrokken omgeving' is gekend. Sommige instellingen hebben eigen varianten gemaakt van deze modelregelgeving. In dit proces werden verschillende medewerkers van diverse disciplines betrokken. Dit betekende op zich een meerwaarde en creëerde commitment bij de betrokkenen.

De triadekaart wordt her en der gebruikt. Het gebruik hangt af van leidinggevend en van individuele medewerkers. Men is nog zoekende om op een goede manier met de triadekaart te werken en eigen varianten zijn uitgewerkt. Waar de ene instelling de triadekaart nog geen echt helder middel vindt, zet de andere instelling in op grondige scholing hieromtrent.

De scholingscursus 'Familie als Bondgenoot' (kortweg FAB) is gekend. Eén instelling zet dit instrument structureel in en kiest ervoor om alle medewerkers verplicht deze cursus te laten volgen. Het management vindt dat dit zijn vruchten begint af te werpen. Andere instellingen bieden dit beperkter aan, bijvoorbeeld één medewerker per team. Dit levert zeker iets op voor de betrokken cursist, maar werkt niet steeds verder door in de organisatie. Uit de werkconferentie met de betrokken organisaties komt dan ook de aanbeveling naar FAB om de mogelijkheid van intervisie- of supervisietrajecten op te zetten binnen de organisatie. Een andere suggestie is om naast de vaste vorm in zes modules meer gevarieerd en op maat te werken.

De dagelijkse praktijk van familieparticipatie wordt weerbarstig genoemd. Zo dient met name op de afdelingen voor zogenaamd langverblijf echt geïnvesteerd te worden. De familie is hier vaak letterlijk uit beeld. Als mooi voorbeeld wordt 'Opsporing verzocht' genoemd. Dit houdt een zoektocht naar familie en naastbetrokkenen in met een voorzichtig aftasten van mogelijkheden om cliënten en verwanten opnieuw met elkaar te verbinden. Op crisisafdelingen is het een courante praktijk om vanaf de start de relatie met familie en naasten open te houden of te maken.

Het actief betrekken van familie is te vergelijken met een participatieladder. We merken op dat vandaag vooral wordt ingezet op de onderste treden van participatie (bv. jaarlijkse familiedag, een BBQ). Het valt op dat het inzetten van (betaalde) familie-ervaringsdeskundigen (naar analogie met cliëntervaringsdeskundigen) nog niet gebeurt.

Handelings- en vraagverlegendheid

De medewerkers vinden het betrekken van familie en verwanten spannend, maar ook leuk als het lukt. Het gaat het best als ze 'speelruimte' ervaren en bij elkaar kunnen leggen wat er werkt. Verschillende medewerkers ervaren zelf een zekere handelingsverlegendheid. Daar waar familie en verwanten last hebben van vraagverlegendheid, weten ook professionals niet steeds goed hoe aan te sluiten. Verschillen in normen, waarden, visie en belangen spelen een rol. Medewerkers denken laagdrempelig te zijn en lijken de assertiviteit van familie en verwanten te overschatten. Naasten hebben en maken het ook niet steeds gemakkelijk. Vaak hebben ze negatieve ervaringen met de hulpverlening achter de rug of soms wijzen ze met een beschuldigende vinger naar de instelling. Het kan ook dat naasten geen zin hebben om een actieve rol te spelen en kiezen ze 'betrokken op afstand' te zijn. Anderzijds zijn er vaak goede tijden en ervaringen geweest. Deze bespreken biedt openingen en aanknopingspunten.

Een dynamische triade

Het triadisch werken is nog in volle ontwikkeling. De rollen van de verschillende partijen in de triade kunnen verschillen naargelang de specifieke situatie en context en zijn afhankelijk van wensen, mogelijkheden en beperkingen van elke partij. In deze zin dient de triade steeds op maat ingevuld en geconcretiseerd te worden. In de werkconferentie werd daarom de suggestie gedaan om te spreken over een dynamische triade. De cliënt staat in deze samenwerking centraal, maar wel steeds binnen dit dynamisch perspectief. Zodoende worden verbondenheid, gezamenlijke verantwoordelijkheid en gelijkwaardigheid gestimuleerd en worden professionele deskundigheid en ervaringsdeskundigheid van cliënten én naasten optimaal benut.

Om familie als volwaardige partner een plek te geven is een echte cultuuromslag binnen de ggz nodig, stevig ingebed in de herstel- en rehabilitatievisie en gefaciliteerd en goed ondersteund door het beleid en management. Een koppeling met het kwaliteitsbeleid kan een kans zijn om familiebeleid stevig en structureel te verankeren binnen de ggz. Een mogelijk risico hierbij is dat de essentie dreigt weg te zinken in regels en procedures. Ook basisopleidingen (voor verpleegkundigen, behandelaars en sociale werkers) hebben in deze een taak te vervullen en dienen aandacht te schenken aan het triadisch werken.

Slotbeschouwing: een brede gedeelde zorg

Werken in triade houdt een gedeelde zorg in, een vitale coalitie tussen formele en informele zorg. We menen dat deze gedeelde zorg zich verder moet doorvertalen in afstemming en samenwerking met andere partners (bv. huisartsen, verzekeraars) en sectoren buiten de ggz. Het valt op dat welzijnswerkers in dit verhaal vrijwel buiten beeld blijven. Dit geldt ook voor de mogelijke opportuniteiten van de Wmo voor ggz-instellingen. Geestelijke gezondheidszorg en welzijnswerk lijken eerder gescheiden werelden, laat staan dat ze partners in de zorg zijn. Bruggen dienen geslagen te worden tussen deze sectoren (en professionals) om de betrokkenheid en ondersteuning van familie mede te helpen garanderen.

De keerzijde van het benutten van sociale netwerken van ggz-cliënten

Martijn van Lanen & Hanneke Claassens

Inleiding

In 2009 werden er in de tweedelijns ggz één miljoen patiënten behandeld (GGZ Nederland, 2010). Dit komt neer op circa 6% van de totale bevolking. Het merendeel van deze patiënten (70%) was tussen de 18 en 64 jaar oud. 43% van de Nederlandse bevolking heeft ooit in zijn of haar leven te maken gehad met een psychische stoornis (De Graaf, et al., 2010). Op het eerste zicht kunnen deze cijfers wat abstract overkomen. Ze worden echter inzichtelijker wanneer we er een onderzoek, gedaan in 2003 door Vollenberg et al., bij nemen. Uit dit onderzoek blijkt namelijk dat lang niet iedere Nederlander die psychische problemen ervaart ook daadwerkelijk professionele hulp zoekt en krijgt. Achter de hierboven genoemde 6% gaat dus een andere werkelijkheid schuil. Per 1000 Nederlanders waren er in 2003 235 mensen die een psychische stoornis hadden. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan lichte vormen van depressie, maar ook aan psychosen. Ook verslavingsproblematiek valt hieronder. Hiervan riepen er slechts 64 de hulp in van professionals, 36 daarvan stroomden door naar de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Slechts 6 hiervan kwamen terecht in de intramurale zorg (Linders & van Lieshout, 2010; Vollenbergh, et al., 2003). Hieruit kunnen we concluderen dat er heel veel mensen in de maatschappij rondlopen die een psychische stoornis hebben, maar geen of lichte vormen van hulp ontvangen. Het ligt dan voor de hand om aan te nemen dat familieleden en andere naastbetrokkenen een belangrijke rol hebben bij de opvang en zorg voor deze doelgroep.

Het belang van de naastbetrokkene

Lange tijd is er in Nederland relatief weinig aandacht besteed aan partners, kinderen of andere naastbetrokkenen van mensen met een psychiatrische achtergrond (Kwekkeboom, 2000; Kwekkeboom & te Poel, 2010). Deze doelgroep en hun verhalen, waren niet in beeld bij professionals. Ook is lange tijd weinig onderzoek naar hen gedaan; zeker in vergelijking met naastbetrokkenen van andere doelgroepen zoals ouderen of mensen met een beperking (zie ook het vorige hoofdstuk).

Kwekkeboom (2000) geeft hier twee mogelijke redenen voor. Op de eerste plaats is het een kwestie van aantallen. De hiervoor genoemde doelgroepen ouderen en mensen met een beperking waren veel groter in omvang dan de groep ernstig psychiatrische patiënten. (respectievelijk 13% en 7% ten opzichte van 2% - cijfers in 2000). Inmiddels is echter het aantal mensen in Nederland dat in aanraking komt met de tweedelijns ggz een stuk groter geworden: van 2% in 2000 naar 6% in 2010. Daarnaast is het werkelijke aantal mensen dat in Nederland te kampen heeft met psychische problemen veel groter dan deze 6% (Linders & van Lieshout, 2010).

Een andere verklaring die Kwekkeboom geeft, komt voort uit de protestbeweging van de jaren zestig en zeventig, waarin gezinsleden juist als oorzaak van het psychiatrische ziektebeeld werden gezien (zie bijvoorbeeld Foudraïne, 1972). Het ‘thuismilieu’ werd hierbij als ziekmakend beschouwd en om die reden was de familie niet in beeld als potentiële hulpbron (Kwekkeboom, 2000). Sterker nog: de familie werd door de professional ‘in het belang van de behandeling’ soms bewust buiten beeld gehouden (van de Bovenkamp & Trappenburg, 2008). Met de extramuralisering van de zorg kwamen deze verhalen meer in beeld en dit vergrootte ook het inzicht dat familie en vriendenkring invloed (kunnen) hebben op het herstelproces van mensen met een psychiatrische achtergrond (Van Erp, et al., 2009). Daarnaast zijn er diverse initiatieven die zich richten op het netwerk van de cliënt. Voorbeelden hiervan zijn Labyrint ~ In Perspectief, Ypsilon¹⁰ en de familieraden.

Het in beeld brengen en houden van de familie en andere naastbetrokkenen heeft zeker voordelen, zowel voor de cliënt als voor het systeem. Zo kan het systeem een zeer belangrijke informatiebron zijn: het systeem kent de cliënt namelijk vaak beter dan de hulpverleners hem of haar kennen (Kwekkeboom & te Poel, 2010).

Tegelijkertijd moeten we ook kritisch zijn over tot deze ontwikkelingen. Op het moment dat het systeem betrokken wordt bij (de hulpverlening rondom) de cliënt, wordt er ook altijd iets gevraagd van dit systeem. Wat vragen we in dit hele discours over netwerken nu eigenlijk van familie en naasten? Door deze vragen kan het systeem een bepaalde druk ervaren. Het gezin kan, vanuit de systeemtheorie, worden gezien als een ketting met schakels. Wanneer deze ketting onder druk komt te staan kan/zal de zwakste schakel breken. Deze schakel kan worden versterkt door middel van bijvoorbeeld een opname of behandeling, maar hiermee wordt echter wel het systeem uit evenwicht gehaald, waardoor bijvoorbeeld rollenpatronen in het systeem onder druk kunnen komen staan (zie bijvoorbeeld Rigter, 2004).

Sociale netwerken kunnen dus van groot belang en van groot nut zijn, maar leggen we hiermee ook niet teveel verantwoordelijkheid en druk bij het systeem van de ggz-cliënten? Juist ook omdat dit systeem al onder druk staat. De zogeheten ‘mantelval’ is inmiddels een redelijk bekend fenomeen (zie bijvoorbeeld Timmermans, et al., 2005), maar toch wordt deze kennis in het discours te gemakkelijk over het hoofd gezien. Over deze vragen zal dit artikel gaan. We gaan daarmee, zogezegd, op zoek naar de spreekwoordelijke ‘zwarte zwanen’, op zoek naar patronen die ingaan tegen het gangbare discours. (Popper, 1963). Je zou het ook ‘negatief empirisme’ kunnen noemen (Taleb, 2010).

¹⁰ Zie www.labyrint-in-perspectief.nl en www.ypsiloneindhoven.nl, 3-2-2012

Opzet van het onderzoek

Om deze zwarte zwanen in beeld te krijgen hebben we gebruikgemaakt van een onderzoek gedaan door een veertigtal studenten van Fontys Hogeschool Sociale Studies. De studenten hebben halverwege het tweede jaar de keus uit vijf verschillende differentiaties, die zich elk richten op verschillende werkvelden/doelgroepen. Eén hiervan is de differentiatie ggz, en binnen deze differentiatie hebben de studenten in de periode februari – april van 2011 kwalitatief onderzoek gedaan naar de ervaringen van netwerkpartners van mensen met een psychiatrische achtergrond. Studenten kregen, in voorbereiding op hun onderzoek, interview – en analysetrainingen. Er werden in totaal 42 open interviews afgenomen bij naastbetrokkenen van cliënten, in de regio Eindhoven.

Resultaten

Deze interviews bieden een enorme rijkheid aan informatie over deze doelgroep. Voor dit artikel hebben we deze interviews geanalyseerd met als vraag: “Welke situaties zijn er, waarin de naastbetrokkene een bepaalde druk ervaart, door zijn of haar rol in het netwerk van de cliënt?” Uit de interviews kwam daarop een aantal thema’s nadrukkelijk naar voren.

Buitengesloten voelen

Een aantal respondenten geeft aan dat men zich als naastbetrokkene nogal eens buitengesloten voelt door de hulpverlening. Men ervaart dat de cliënt centraal staat en geholpen wordt, maar dat de familie buiten beeld blijft, of zelfs als tegenpartij wordt gezien. Bijvoorbeeld:

“En toen werd er gezegd “Je bent de tegenpartij”. als ouder ben je dan de tegenpartij. Dan ben je afgebrand.”

Een ander aspect dat dit gevoel van buitensluiting kan versterken is de ervaring dat de familie alleen in beeld komt wanneer er crisis is. Een respondent geeft bijvoorbeeld aan dat er weinig tot niets gecommuniceerd werd vanuit de instelling, totdat men een telefoontje kreeg dat de partner opgenomen was in de isoleercel. Daarnaast ervaren sommige respondenten dat de emoties en belevingen van de cliënt het meest heftig zijn wanneer de familie in beeld is. Vaak worden juist dan de moeilijker gesprekken gevoerd. Dit betekent uiteraard dat er dan ook emoties spelen bij de familie, maar hier is dus niet altijd oog voor.

Druk op het netwerk

Wanneer er in een gezin, in een systeem, sprake is van een gezinslid dat te maken krijgt met een psychiatrische stoornis, dan heeft dit grote gevolgen voor de bestaande

rollenpatronen in dit systeem. Deze dynamiek wordt versterkt door het feit dat de naastbetrokkene(n) van cliënten door de situatie regelmatig gedwongen worden om bepaalde onnatuurlijke rollen op zich te nemen. Ze moeten keuzes maken die ze zelf niet hadden willen maken. Zo kan de naastbetrokkene verantwoordelijk worden voor het PGB van de cliënt. Dit houdt in dat hij of zij ineens gebombardeerd wordt tot penvoerder van een project waarin veel geld kan omgaan, en waarbij er een grote verantwoordelijkheid op de schouders van de persoon in kwestie komt te liggen. Hier komt nog bij dat de regelgeving uitgaat van het feit dat naastbetrokkenen allemaal dezelfde draagkracht hebben, maar in de praktijk is dit niet altijd het geval.

Een ander punt wat tot spanning leidt in het netwerk is het feit dat de naastbetrokkene in een sociaal isolement terecht kan komen. Door de mantelzorg voor de cliënt, maar ook door schaamte of ongemak, kan de bestaande kenniskring, het bestaande netwerk, kleiner worden. Bijvoorbeeld:

“Bezoek is dan ook veel lastiger geworden. Je moet daar alles aan uitleggen. En soms al voor ze komen. (...) Je krijgt ook altijd heel weinig mensen over de vloer. En je gaat ook weinig op bezoek, want hem meenemen heeft heel veel impact op het gesprek.”

Dit alles kan ook leiden tot een zekere mate van spanning vanuit de omgeving. Of in ieder geval dat naastbetrokkenen zich niet altijd begrepen voelen door deze omgeving:

“Als je een gezonde relatie hebt met je ouders denk je er ook niet over na dat je zoiets mee kan maken. Ik denk dat dit het voor buitenstaanders moeilijker maakt om te begrijpen.”

Daarnaast komt het voor dat de relatie met de cliënt verslechtert. De naastbetrokkenen vinden het soms moeilijk om het gedrag van hun familielid te accepteren en er mee om te gaan. Vaak ontstaan er conflicten en meningsverschillen en wordt er moeilijk echt contact gemaakt. Dit kan ook nog eens versterkt worden wanneer de cliënt een nieuwe ‘vriendenkring’ opbouwt met lotgenoten. Het bestaande contact verwatert dan en de naastbetrokkenen krijgen er ongevraagd een aantal kennissen bij waar ook ‘iets mee is’. Ook dit kan leiden tot extra druk op de naastbetrokkene:

“Dan kom je thuis, en zit ineens de huiskamer vol met mensen die hij dan op zo’n lotgenotengroep heeft leren kennen. En daar heb je dan maar mee te dealen.”

Ten slotte wordt ook door sommige respondenten aangegeven dat het werk van de naastbetrokkenen te lijden heeft onder de situatie. Een respondent gaf aan dat hij zich niet volledig kon concentreren op het werk door de zorgen die hij had. Twee andere respondenten gaven aan dat ze eerder zijn gestopt met werken om de zorg voor de cliënt op zich te nemen:

“Ik ben ook eerder gestopt met werken, dat doen heel veel mensen (...) Als ik dat niet had gedaan en niet voor mijn zoon had kunnen zorgen dan was hij door de chaos in de zorg waarschijnlijk een keer op straat beland.”

Conclusie

We hebben hierboven geconstateerd dat het netwerk van de naastbetrokkenen door de situatie waarin ze zich bevinden al vaak onder zware druk staat. Hoewel er volgens ons aandacht moet zijn voor de potentiële kracht die zich in het netwerk van de cliënt bevindt, willen we hierbij toch een aantal kritische kanttekeningen plaatsen. De vanzelfsprekendheid waarmee er soms wordt gewezen naar het netwerk van de cliënt is volgens ons niet altijd correct en zorgvuldig ten opzichte van dit netwerk. Naastbetrokkenen staan vaak al onder druk, en in plaats van dit te ondersteunen, wordt er op deze manier alleen nog maar meer druk op hen gelegd.

Door een eenzijdige nadruk op het belang van het netwerk, lopen we het risico iets ‘uit te melken’ wat juist al onder zware druk staat. We hebben het al heel vaak over de cliënt, we zijn al voortdurend bezig met de zaken te bekijken vanuit het cliëntperspectief, dat overigens een goede ontwikkeling is. Maar, zo blijkt ook uit veel van de interviews die gehouden zijn, er is daarbij lang niet altijd aandacht voor de naastbetrokkenen en voor hun verhaal. Wanneer we onze aandacht richten op de kracht van het netwerk rondom de cliënt, op zaken als ‘familie als bondgenoot’ (Fox, et al., 2009) of de Eigen Krachtconferenties (Pagée, 2003), dan leggen we mogelijk extra druk en verantwoordelijkheid bij een systeem dat al (jaren) onder zware druk staat.

De metafoer van de ‘kip met de gouden eieren’ gaat in dit geval treffend op. Deze metafoer is afgeleid van een volksverhaal. Een arme boer ontdekt op een dag dat een van zijn kippen een gouden ei heeft gelegd. De volgende dagen blijkt dat de kip dit dagelijks doet, zodat de boer een rijk man wordt. Met zijn rijkdom komt echter ook de hebzucht en op een dag besluit de boer om de kip te slachten. Dit om op die manier alle eieren tegelijk uit de kip te halen, in plaats van steeds een dag te moeten wachten. Uiteraard treft de boer in de kip geen gouden eieren aan, maar heeft hij door zijn daad ervoor gezorgd dat hij geen gouden eieren meer krijgt. Deze dynamiek kan ook opgaan voor het netwerk van de ggz-client. In potentie zit hierin wellicht veel gouden eieren: veel kracht. Maar wanneer er een te grote druk op wordt gelegd, dan zal dit tot schade leiden en plagen we roofofbouw op dit netwerk. Een zorgvuldige balans tussen draagkracht en draaglast is hierbij van belang.

We willen er uiteraard niet voor pleiten om het netwerk van de *cliëntonbenut te laten*. De context van de cliënt is van groot belang voor hulpverleners en biedt ook veel aanknopingspunten voor de hulpverlening (zie ook Claassens & Van Lanen, 2011). Wel zouden hulpverleners en ook beleidsmakers en onderzoekers, van tijd tot tijd stil moeten staan bij de

'zwarte zwanen' achter deze trend. Wat vragen we van het netwerk en is dit reëel? Wat als het netwerk zelf zorgbehoevend is, in plaats van een 'bron van kracht' voor de cliënt? Het stellen van deze vragen zou standaard onderdeel moeten zijn van de werkwijze van professionals.

De auteurs danken Jacques Nijenhuis van de Stichting Labyrinth ~In Perspectief voor de bijdrage die hij geleverd heeft aan de totstandkoming van dit onderzoek. Daarnaast danken ze collega Martje Heijnen en de studenten van Fontys Hogeschool Sociale Studies die de interviews hebben uitgevoerd.

Een steunend netwerk rondom mensen met NAH¹¹

Ellen Witteveen

Wanneer iemand een hersenletsel krijgt heeft dit ook voor de naastbetrokkenen (partner, kinderen) grote gevolgen. Zij zijn direct na deze gebeurtenis intensief betrokken bij de behandeling. Aanvankelijk is er de spanning of medisch herstel mogelijk is en in welke mate. Bij hersenletsel gaat het in eerste instantie om overleven en vervolgens om medisch herstel (Koppe & Visser-Meily, 2010). Medisch herstel houdt in dat de fysieke symptomen verminderen of verdwijnen en dat iemand weer zo goed mogelijk kan functioneren. Het gaat bijvoorbeeld om weer kunnen praten, lopen of werken. Vaak ook zijn er veranderingen in de persoonlijkheid, in de sociale en emotionele beleving. Deze veranderingen komen tegelijkertijd voor waardoor het gedrag soms moeilijk te begrijpen is.

Herstelondersteuning is de zorg die gegeven wordt om de gevolgen van het letsel te beperken. Naasten en het bredere sociale netwerk (familie, vrienden, burens en/of collega's) willen graag een bijdrage leveren aan dat herstelproces. Hoe zijn mensen met hersenletsel en de complexe gevolgen te begrijpen? Welke mogelijkheden zijn er om de naasten en het bredere sociale netwerk blijvend bij het herstel te betrekken? En hoe kan een steunend netwerk gevormd worden?

In dit hoofdstuk zal kennis uit de vorige hoofdstukken toegespitst worden op steunende netwerken rond mensen met een hersenletsel. Hierbij wordt aangesloten bij het praktijkgericht onderzoek van de Wmo-werkplaats Utrecht.

Niet aangeboren hersenletsel

In Nederland leven circa 500.000 mensen met blijvende gevolgen van een hersenletsel (Schipper, 2010). De oorzaak kan zowel binnen als buiten het lichaam liggen. Bij een hersenbloeding, zuurstoftekort of een tumor in de hersenen, ligt de oorzaak *in* het eigen lichaam. Bij een ongeluk of bij geweld ligt de oorzaak *buiten* het eigen lichaam. In beide gevallen wordt vaak gesproken over het ongeval.

Voor mensen met hersenletsel en hun directe naasten is er een leven voor en een leven na de gebeurtenis die het hersenletsel heeft veroorzaakt. Voor het hersenletsel hadden zij een meer of minder zelfstandig leven met school, werk, vrijetijdsbesteding en relaties. Na het ongeval is het niet meer vanzelfsprekend dat zij aan deze activiteiten mee kunnen doen.

De gevolgen van het letsel kunnen op meerdere functiegebieden liggen en tot neurologische, motorische, cognitieve, zintuiglijke, sociaal-emotionele of gedragsmatige beperkingen leiden. Zichtbare gevolgen zijn bijvoorbeeld een beperkte handfunctie, geheugen- en oriëntatieproblemen, afasie, agressief gedrag of juist passiviteit. Er kunnen ook onzichtbare gevolgen zijn, bijvoorbeeld zich niet kunnen vermaken, traag

11 NAH: niet aangeboren hersenletsel

verwerkingstempo of een gebrek aan inzicht in de eigen beperkingen. Bij inzichtproblemen schat de persoon met hersenletsel een situatie niet realistisch in (Prinsen, 2008).

Patrick is 24 en heeft sinds 3 jaar een licht traumatisch hersenletsel. Hij heeft last van geheugenverlies, hoofdpijnen en is snel prikkelbaar. Hij wil met vrienden naar een feest. De vorige keer is hij op een feest door de politie opgepakt wegens drankmisbruik en agressief gedrag. Zijn vrienden baalden maar namen hem ook weer op in de groep. Nu zijn ze bang dat de muziek en de hoeveelheid mensen voor Patrick te overweldigend zal zijn. Ze adviseren hem niet mee te gaan. Maar Patrick wil er niets van weten en herinnert zich nauwelijks de aangehaalde situatie. Patrick overschat zichzelf. Hij zegt dat hij veranderd is en dat hij het best aankan. Zijn vrienden weten wel beter, maar hoe kunnen ze hem dit duidelijk maken?

In dit voorbeeld is te zien dat Patrick zijn leven weer op wil pakken. Hij zoekt de situaties weer op waar hij voorheen plezier aan beleefde.. Helaas brengt dat zowel voor hem als voor zijn vrienden fikse problemen mee. Begrijpt Patrick dat hij moet gaan accepteren dat aanpassingen nodig zijn? Kunnen Patrick en zijn vrienden plezier beleven in een aangepast programma? Een dergelijk proces gaat over persoonlijk herstel, het herstel waarin emoties van verdriet of verlies beleefd worden en de situatie een nieuwe betekenis krijgt.

Voorlichting geven

Behalve voor degene met het letsel zelf, hebben de gevolgen een grote invloed op de directe naasten en op het bredere sociale netwerk. Soms weet iemand met hersenletsel zich goed te presenteren. Hij komt dan over als de oude persoon, bijvoorbeeld als iemand met een duidelijke visie of met daadkracht. Maar, wanneer doorgevraagd wordt of wanneer beroep wordt gedaan op die daadkracht, dan kan hij daar geen vervolg aan geven. De realiteit is dat achter het ponerend gedrag niet alleen een gebrek aan ziekte-inzicht schuil gaat, maar ook oriëntatie- en geheugenproblemen. Hierdoor is het moeilijk voor iemand met een hersenletsel om genuanceerd te zijn of een helder plan te maken. De omgeving moet maar net begrijpen wat de oorzaak is van het gedrag.

Angela (43) heeft haar buurvrouw beloofd dat zij een pak melk mee zal nemen uit de winkel. Angela heeft een beperkte mate van zelfredzaamheid als gevolg van een hersentumor. Zij kan begeleid zelfstandig wonen. Onderweg ontmoet Angela een kennis en samen drinken ze een kopje koffie op een terras. Weer thuisgekomen vraagt de buurvrouw of zij de melk nog heeft gehaald. Angela is vergeten naar de winkel te gaan. De buurvrouw geeft aan dat dit nu al de zoveelste keer is dat Angela zich niet aan haar woord houdt. Ze zal Angela niets meer vragen. Angela is teleurgesteld. Zij heeft moeite met reflecteren en kan haar eigen aandeel in de situatie niet plaatsen. Daar is professionele hulp bij nodig.

Wanneer in bovenstaand voorbeeld, de buurvrouw het gedrag van Angela beter zou begrijpen is de kans groot dat er minder irritaties ontstaan. Hoe kan men omgaan met

over- of onderschatting van de vermogens van mensen met een hersenletsel? Voor professionals ligt hier een taak om goede voorlichting te geven. Steeds vaker wordt ook professionele ondersteuning aan de mantelzorgers gegeven. De mantelzorgers kan aan de professional uitleg geven in welke situaties problemen ontstaan. De uitwisseling van informatie kan helpen bij het leren begrijpen van deze situaties. Wanneer de professional deze uitwisseling gebruikt om gerichte voorlichting te geven kan de mantelzorgers het verkregen inzicht met anderen bespreken. Ook het netwerk kan dan een begin maken met het herkennen en erkennen van probleemsituaties. Het betekent dat de mantelzorgers een spilfunctie heeft in het krijgen en geven van voorlichting. In die zware taak kunnen mantelzorgers ondersteuning krijgen van een steunpunt mantelzorg en professionals van MEE.

De centrale positie van de mantelzorgers

In hoofdstuk 2 van dit boek werd belicht dat de overheid steeds meer beroep doet op vrijwillige zorg. Er werd een onderscheid gemaakt in gebruikelijke zorg en echte mantelzorgers. Die echte mantelzorgers verlenen langdurige en intensieve zorg. De complexe gevolgen van het hersenletsel hebben directe invloed op het leven van de mantelzorgers.

De mantelzorgers heeft een drievoudige rol:

1. als iemand die zorgt voor degene met hersenletsel,
2. als spil in het sociale netwerk,
3. als iemand die moet omgaan met ingrijpende veranderingen in het eigen leven.

Deze drie rollen zijn niet altijd van elkaar te onderscheiden. De betrokkenheid en medeverantwoordelijkheid van de sociale omgeving is ook voor de mantelzorgers belangrijk. Uit onderzoek van het Expertisecentrum Mantelzorg (2012) blijkt dat mantelzorgers van doelgroepen met complexe problematiek op termijn overbelast raken. De mantelzorgers van iemand met een hersenletsel heeft een groot uithoudingsvermogen nodig. Ze raken regelmatig uit beeld bij hulpverleningsorganisaties en outreachende hulpverlening is noodzakelijk.

Professionele mantelzorgondersteuning gericht op vraagverheldering en grip krijgen op persoonlijke wensen, kan de mantelzorgers mogelijk een uitweg bieden. De afgelopen jaren hebben welzijnsorganisaties geïnvesteerd in respijtzorg. Dat is het tijdelijk en volledig overnemen van de taken van de vaste mantelzorgers, zodat die op adem kan komen (MOVISIE, Expertisecentrum Mantelzorg, 2012). Door de complexiteit van de gevolgen van het hersenletsel is respijtzorg moeilijk te realiseren. De respijtzorgers haken af omdat de zorg ze te zwaar valt. De organisaties voor vrijwillige zorg kunnen geen of nauwelijks geschikte mensen vinden voor deze doelgroep. Bovendien wil de persoon met een hersenletsel door de inzichtproblemen vaak niemand anders dan de vaste mantelzorgers in huis.

De mantelzorg kan de vervangende zorg in het eigen netwerk zoeken. Dat is een natuurlijk netwerk waar degene met hersenletsel minder snel negatief tegenover zal staan. De mantelzorg heeft een taak in het organiseren van een steunend netwerk, het geven van voorlichting en er zorg voor dragen dat mensen niet afhaken. Dat verandert onmiddellijk de relatie. Om het netwerk draaiende te houden heeft de mantelzorg een groot organisatietalent, flexibiliteit en invoelvermogen nodig. Daarom is er ook aandacht nodig voor de mantelzorg zelf. Om de zorg op de lange termijn vol te houden is het hebben van een eigen leven met eigen waardevolle contacten belangrijk. Deze sociale contacten kunnen dienen als uitlaatklep. De zorg delen met een vriendin is van een andere aard dan de zorg delen met een professional. De professional is er tijdelijk, maar familie en vrienden zijn hopelijk blijvend. Het contact met hen kan voor de mantelzorg als spiegel dienen of gebruikt worden om zich op te laden. ‘Samen leuke dingen doen’ is net als bij degene met hersenletsel ook voor de mantelzorg van belang.

De professional kan in de chronische fase op afstand beschikbaar zijn en een adviseerende en faciliterende rol hebben. Vaak zien we dat de professional, mits de relatie goed is gebleken, ook later gevraagd wordt te helpen wanneer de situatie uit de hand dreigt te lopen. Soms neemt de professional zelf contact op om te zien hoe het gaat en waar nodig diensten aan te bieden. De professional heeft een signalerende functie, ook wat betreft de mogelijke overbelasting van de mantelzorg. Hiervoor kan de professional signaleringslijsten gebruiken die speciaal voor mantelzorgers ontwikkeld zijn. Voorbeelden van deze signaleringslijsten staan op www.hersenletselenmantelzorg.nl. Ze maken inzichtelijk op welk gebied de zorgbelasting is maar ook aan welke ondersteuning de mantelzorg behoefte heeft. Een belangrijk onderdeel van deze lijst is het inventariseren van het netwerk en de steun die dat geeft.

Het sociale netwerk betrekken

Naast het medische en persoonlijke herstel is er ook het sociale herstel. In het sociaal herstellen gaat het om het behouden van de sociale relaties en het oppakken van sociale rollen. In de eerste fase na het ongeval voelt men zich nauw betrokken. Uit onderzoek blijkt dat deze betrokkenheid op de langere termijn afneemt (Stokman, et al., 2011). Mensen met een hersenletsel kunnen zich geleidelijk aan geïsoleerd voelen. Dat komt mede doordat werken en vrijetijdsbesteding vaak niet meer mogelijk zijn. De vanzelfsprekendheid om mensen tegen te komen is er niet meer. De ernst van de aandoening en de gevolgen hebben een groot effect op het sociaal functioneren. De contacten van vroeger zijn vaak verwaterd en er zijn weinig nieuwe contacten voor in de plaats gekomen (Visser-Meily, 2010). Sociale contacten zijn er vooral met mensen uit de hulpverlening of met lotgenoten.

Directe naasten hebben vaak moeite om de geliefde persoon die nu een hersenletsel heeft, op te nemen in de eerder zo vertrouwde situatie. Zij krijgen een ander persoon thuis en maken zelf ook een verwerkingsproces door. Er moet gezocht worden naar nieuwe omgangsvormen. Dat geldt ook voor het bredere sociale netwerk. Zij hebben

verdriet om het verlies van de vriendschap of voelen zich ongemakkelijk in de andere rol die van hen gevraagd wordt. Onderzoek door Witteveen (2010) wijst uit dat mensen uit het sociale systeem zich verlegen voelen. Met name als er fysieke zorg nodig is, zoals bij toiletgang, helpen met aankleden of wanneer sprake is van passiviteit of agressiviteit, moet gezocht worden naar nieuwe omgangsvormen.

Arnold (56) was een geliefde speler op de hockeyclub. Hij nam veel taken op zich, zoals het coachen van jonge spelertjes, maar ook het organiseren van toernooien. Een jaar geleden kreeg hij een beroerte. Hoewel hij alweer veel activiteiten zelfstandig kan doen, heeft hij grote problemen met zich verstaanbaar maken. Wanneer Arnold op de club komt, wil hij zijn oude rol weer oppakken. Dat levert lastige situaties op in de communicatie. De clubleden willen hem betrekken bij de activiteiten maar begrijpen hem vaak niet. Arnold kan agressief worden als hij zich verbaal niet goed kan uitdrukken. Langzaam beginnen de mensen hem te mijden. Arnold is hierover verdrietig, maar kan dat niet anders laten merken dan thuis onhandelbaar gedrag te hebben. Een consulent van MEE besluit in samenspraak met Arnold om een voorlichtingsbijeenkomst te organiseren. In die bijeenkomst worden de gevolgen van de beroerte uitgelegd. Bovendien wordt gevraagd welke activiteiten Arnold nog wel zou kunnen doen en wie Arnold daarbij zou willen steunen.

Het sociale netwerk benutten

Al in de revalidatiefase kan het netwerk bij de therapie betrokken worden. Door deel te nemen aan de revalidatietherapieën krijgen zij een goed beeld van de bestaande en de te verwerven vaardigheden. Dat kunnen zij meenemen naar de thuissituatie. In de gewone dagelijkse omgeving samen koken, fietsen, praten, geeft niet alleen de kans om de vaardigheden van de persoon met hersenletsel te vergroten, maar leidt ook tot een nieuwe manier van met elkaar omgaan.

Ook op de lange termijn is betrokkenheid van naasten en het bredere sociale netwerk nodig. De Roos en van Dinther benoemen vijf vormen van sociale steun: emotionele, instrumentele en informatieve ondersteuning, waardering en gezelschap (2011). Zij stellen dat de sociale ondersteuning bij chronische cliënten vaak een mengelmoes van deze aspecten is. Ook bij de doelgroep hersenletsel lopen alle vormen van ondersteuning door elkaar en vullen elkaar aan.

Ivanka (34) heeft een matig ernstig hersenletsel door een ongelukkige val tijdens het snowboarden. Zij woont in een leefgroep voor jonge mensen met hersenletsel. De instrumentele en informatieve ondersteuning krijgt zij van professionals in de vorm van het samen een weekplanning maken, vervoer, hulp bij douchen en informatieverwerking. Ivanka geniet van deze ondersteuning omdat professionals haar een luisterend oor bieden en haar geruiststellen. De professionals stimuleren Ivanka in het contact onderhouden met familie en vrienden. Die reageren daar positief op, maar geven aan zich regelmatig beschroomd te voelen. Ivanka's gedrag is soms fel, dan weer is zij extreem passief. In samenspraak met profes-

sionals organiseert Ivanka af en toe een bijeenkomst waar haar familie en vrienden uitleg krijgen (informatief) over de beperkingen en de wijze waarop ze hiermee om kunnen gaan. Er wordt een gesprek gestimuleerd om ideeën (instrumenteel) te krijgen en wat samen opgepakt kan worden. Doordat die bijeenkomsten gezellig zijn, is er vaak een grote opkomst (waardering). Hierdoor wordt Ivanka regelmatig meegevraagd op uitstapjes en is zij welkom op feestjes (gezelschap).

Ivanka's vrienden en familie hebben veel begrip. Zij willen op de hoogte zijn en zich graag (blijvend) inzetten. Dit is niet altijd het geval. Vaak wordt na het hersenletsel het sociale netwerk kleiner en kan er sprake zijn van isolement. Soms heeft men geen of een klein netwerk. Het maken van een netwerkanalyse tijdens de revalidatiefase kan helpen bij het vergroten of versterken van het sociale netwerk (Witteveen, et al., 2010). Een netwerkanalyse is het systematisch inventariseren van het persoonlijke sociale netwerk met als doel om in beeld te krijgen wie welke steun geeft (Scheffers, 2010). Tijdens netwerkbijeenkomsten kan in samenwerking met degene met hersenletsel, een inventarisatie gemaakt worden van wie welke rol op zich wil nemen. Uitgangspunt voor deze netwerkbijeenkomsten is de ondersteuningsbehoefte. Het doel is om het netwerk aan te grijpen om samen op te trekken, om de mantelzorger te ontlasten en om participatie in de maatschappij mogelijk te maken.

Effectieve steunende netwerken

Wanneer nu heeft de inzet van een steunend netwerk een positieve uitwerking op herstel van degene met een hersenletsel en de directe naasten?

In de eerste fase na het ongeval blijkt dat een goede samenwerking tussen professionals en naasten de basis vormt van een steunend netwerk. Zoals gezegd is het in deze fase noodzakelijk om het netwerk steeds opnieuw voorlichting te geven, om tot uitwisseling van informatie te komen en om af te stemmen. De samenstelling van het netwerk kan veranderen, er haken mensen af maar er komen ook mensen bij. Ook in een latere fase is het afstemmen van formele en informele zorg van belang. Van de professional vraagt dit een signalerende, initiërende en bewakende rol. Dat betekent dat de professional de vinger aan de pols houdt, ook moeilijke onderwerpen ter sprake brengt en voortbouwt op de afspraken over de samenwerking. Op de langere termijn kan de professional zich iets meer terugtrekken en een meer faciliterende rol hebben. Rond hersenletsel is het echter vaak realiteit dat professionals betrokken blijven, omdat de situatie dreigt te escaleren of omdat de zorg voor de mantelzorger te zwaar is geworden. De professionals bieden dan praktische ondersteuning en gaan samen met de mantelzorger en vertegenwoordigers van het netwerk op zoek naar creatieve oplossingen.

Uit voornoemd onderzoek blijkt dat de sociale ondersteuning succesvol is wanneer er sprake is van wederzijdsheid (Witteveen, 2010). Dat houdt in dat de naasten zich niet alleen voegen naar de wensen van degene met een hersenletsel, maar ook eigen ideeën en wensen inbrengen. In dialoog kan de afstemming plaatsvinden. Dat op zichzelf heeft

al een meerwaarde voor wederzijds begrip. De naasten van mensen met een hersenletsel gaven in dit onderzoek aan dat zij het contact waardevol vinden doordat zij samen iets ondernemen. Daarmee worden twee doelen gediend: de persoon met hersenletsel krijgt via de naasten weer toegang tot de samenleving en leert zich in sociale situatie te bewegen, terwijl de naasten hun eigen gevoelens van schroom of onmacht overwinnen en het contact weer als zinvol ervaren.

Casus Pauline Bloem & Lisa Spruit

Nicolette de Graaf

Pauline Bloem

Pauline is 69 jaar en heeft drie uitwonende kinderen en zeven kleinkinderen. De man van Pauline was vanaf zijn 36^{ste} thuis met chronische klachten. Zes jaar geleden werd bevestigd dat haar man Alzheimer heeft. Vanaf dat moment had Pauline veel contacten met hulpverleners, zoals een geriater en een casemanager. Die hadden niet alleen oog voor haar man, maar ook voor Pauline, die in feite al jaren mantelzorg was. Na een paar zware jaren werd drie jaar geleden in overleg besloten dat de man van Pauline opgenomen zou worden in een verpleeghuis. Op dat moment was Pauline geen officiële mantelzorg meer en werden de contacten met alle hulpverleners beëindigd. Er is nog wel een keer telefonisch geïnformeerd of het goed met haar ging. Gezien de omstandigheden vond Pauline het redelijk goed gaan.

“Ik heb een horecazaak gehad, een zieke man, drie kinderen en ben jarenlang mantelzorg geweest. Het laten opnemen van mijn man en het afscheid nemen van de man die ik kende is een verdrietig en moeilijk proces geweest. Maar ik ben van nature een regelaar en heb mijn zaken dus goed op orde. Wanneer iemand vraagt: “Gaat het goed met je?” gaat het in mijn ogen al snel redelijk goed, want ik kan veel aan. En wat kan je verwachten gezien de omstandigheden?”

Vorig jaar is Pauline gevallen en is haar pols ontwricht. Ook kreeg zij klachten aan haar nek en rug. Zij kon slecht slapen door de pijn waardoor de nachten erg lang en donker werden. Pauline voelde zich steeds eenzamer. Het verdriet van de afgelopen jaren en het rouwen om het feit dat zij geen man meer heeft die iets voor haar kan betekenen wanneer zijzelf kwetsbaar is, is steeds zwaarder gaan wegen.

Zij wilde haar familie en kinderen niet teveel belasten. Haar kinderen hadden al genoeg meegemaakt en zelf een druk leven. Ook vond Pauline het moeilijk om hulp te vragen. Zij was altijd degene geweest die hulp aan anderen gaf en het was lastig voor Pauline daar nu opeens zelf om te vragen.

Pauline werd door een coördinator van het Steunpunt Zorg voor Welzijn benaderd of zij een mantelzorg kende die problemen had en daarvoor ondersteuning zou kunnen gebruiken.

Pauline die zich inmiddels steeds slechter en eenzamer voelde liet toen weten dat zijzelf problemen had en graag steun wilde hebben. Pauline heeft vervolgens een aantal gesprekken met de coördinator gehad waar het erg mee klikte, mede omdat die veel levenservaring had. De coördinator stelde haar voor om in zee te gaan met de Dienst Netwerkversterking, waar zij regelmatig contact zou kunnen krijgen met Lisa, een vrijwilligster van 22 jaar.

In eerste instantie moest Pauline daarover nadenken omdat Lisa erg jong was.

Uiteindelijk heeft zij het toch geprobeerd en heeft zij sinds ongeveer zeven maanden regelmatig contact met Lisa.

Lisa komt meestal bij Pauline thuis wat Pauline erg prettig vindt. De eerste maanden was het contact tussen Lisa en Pauline redelijk intensief, ongeveer één maal per week. Nu zijn Pauline en Lisa hun contact langzaam maar zeker aan het afsluiten en zien zij elkaar ongeveer één maal per twee à drie weken. Lisa en Pauline doen ook wel eens dingen samen zoals het maken van een stadswandeling, waardoor er ook op een andere manier contact is.

Voor Pauline is het belangrijkste geweest dat zij, net als bij de casemanager toen haar man nog thuis woonde, bij Lisa haar verhaal kwijt kon.

“En als je aan het vertellen bent komen ook de emoties. Ik kon eindelijk eens tegen iemand aanzeuren en kon kwijt wat ik zo lang niet kon delen.”

Lisa heeft samen met Pauline in kaart gebracht wat haar interesses zijn. Dat hebben zij o.a. met een ABC schema gedaan. Bij iedere letter van het alfabet heeft Pauline een woord ingevuld waaraan zij moest denken. Ook Lisa heeft dat gedaan. Hierdoor werd niet alleen duidelijker welke interesse Pauline heeft, maar heeft zij Lisa ook beter leren kennen en ontstond er een vertrouwensband.

Samen met Lisa heeft Pauline tevens haar netwerk in beeld gebracht. Pauline kent veel mensen, maar door het invullen van deze zogenaamde netwerkcirkel werd voor haar steeds duidelijker waaraan zijzelf behoefte had en welke contacten haar energie geven of zouden kunnen geven en welke juist minder.

Door de gesprekken met Lisa heeft Pauline meer zicht gekregen op wat zijzelf zou kunnen doen om weer meer energie te krijgen met behulp van mensen uit haar omgeving en het ondernemen van activiteiten. Vroeger draaide alles om de verzorging van haar man en daardoor was er niet veel ruimte voor de behoeften van Pauline.

Pauline is door de situatie van de afgelopen jaren gevoeliger geworden voor de reactie van mensen om haar heen en zat min of meer te wachten tot anderen het initiatief tot contact zouden nemen of het zelf zouden aanbieden om haar een steuntje in de rug geven. Zij had van een aantal mensen meer medeleven verwacht voor haar situatie en heeft zich soms gekwetst gevoeld door het gebrek aan belangstelling.

Door de gesprekken met Lisa heeft Pauline de onuitgesproken verwachtingen die zij van anderen had beter kunnen relativiseren en neemt zij nu zelf meer initiatieven. Ook is zij voor zichzelf gaan opkomen en is zij naar mensen uit haar omgeving gaan uitspreken waar zij behoefte aan heeft en waarin zij teleurgesteld is geraakt.

Pauline koestert nu vooral de mensen die haar dierbaar zijn en van wie zij energie krijgt. Zij steekt minder tijd in contacten met mensen die haar weinig energie geven of bij wie het vooral om hun behoefte draait.

Daarnaast is Pauline ook dingen gaan ondernemen die zij leuk vindt om te doen.

Zij heeft zich bijvoorbeeld aangesloten bij een vrouwengilde, gaat binnenkort vrijwilligerswerk in een winkeltje in een verzorgingshuis doen en doet af en toe iets voor de dementievereniging.

Terugkijkend op de afgelopen jaren heeft Pauline één belangrijk aandachtspunt: wanneer iemand jaren belast is met mantelzorg en daardoor ook indirect steun krijgt van hulpverleners, dan vallen mensen in een groot gat wanneer deze mantelzorg en daarmee het contact met de hulpverleners wordt beëindigd. Bijvoorbeeld doordat een partner, zoals bij haar het geval was, opgenomen wordt in een verpleeghuis. Dan pas begint eigenlijk de verwerking van de hele situatie. De zorg voor de mantelzorger zou volgens Pauline vooral ook dan nog een tijd door moeten lopen. Bij voorkeur door iemand die al een relatie heeft opgebouwd met de mantelzorger, die snapt wat de situatie is geweest en die een beetje weet hoe iemand in elkaar zit.

Een telefoontje in het kader van nazorg is niet voldoende. Mantelzorgers vragen volgens Pauline zelf niet snel om hulp want dat zijn zij niet gewend. In de situatie die Pauline meegemaakt heeft was zij na de opname van haar man erg kwetsbaar en ook dan is het zelf initiatief nemen om hulp te vragen voor veel mensen extra lastig.

Over het contact met de Dienst Netwerkversterking en Lisa is Pauline tevreden.

“Ken je het motto: een dag niet gelachen is een dag niet geleefd? Ik zei destijds: Mijn lachspieren doen het niet meer, maar sinds kort werken ze gelukkig weer en dat is mij heel veel waard.”

Lisa Spruit

Lisa is 22 jaar en volgt de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening. In het kader van haar jaarstage is zij vrijwilliger bij de Dienst Netwerkversterking en coacht zij een aantal hulpvragers.

Zij heeft de training ‘Natuurlijk een netwerkcoach!’ gevolgd. Het oefenen in de toepassing van deze theorie is voor Lisa het belangrijkste geweest. Elementen uit de werkmop vond Lisa zinvol, maar het geheel is wat star en moet vooral in de praktijk toegesneden worden op de behoefte van iedere afzonderlijke hulpvrager. De zaken die Lisa in het contact met Pauline gebruikt heeft zijn o.a. het ABC schema, het in kaart brengen van het netwerk van Pauline en met Pauline praten over haar toekomstbeeld.

Lisa vindt voorwaarden om de methode goed uit te kunnen voeren: het echt aansluiten op de behoefte van de hulpvrager (o.a. door het opbouwen van een vertrouwensband), het tijd en ruimte creëren voor emoties en uiten van leed. In de training en werkmop zou daarvoor meer aandacht mogen zijn.

“In eerste instantie had Pauline behoefte aan een luisterend oor waar natuurlijk soms ook emoties bij komen kijken. Hiervoor de tijd nemen is dus van belang.”

Uit de werkmap is de oriëntatiefase volgens Lisa het belangrijkste: het kennismaken met de hulpvrager en het onderzoeken van diens perspectieven. Dus goed kijken hoe de hulpvrager, in dit geval Pauline, haar huidige situatie beleeft, wat voor haar de gewenste situatie zou zijn, hoe haar netwerk er uit ziet en welke waarde zij daaraan hecht.

In de actiefase van de methode, waarin de vrijwillige coach ondersteuning aan de hulpvrager geeft om concrete stappen te zetten, was het niet nodig Pauline te ondersteunen. Pauline is een zelfstandige en sterke vrouw die door omstandigheden kwetsbaar was. Zij heeft 14 jaar een horecabedrijf gehad en was gewend haar eigen leven goed te regelen. Pauline heeft dus zelf naar activiteiten gezocht die zij leuk vond om te doen en zich daarvoor aangemeld.

Lisa heeft in deze fase vooral geluisterd naar Pauline. Hoe Pauline dingen aan heeft gepakt en welke vragen zij daarbij had. Lisa en Pauline hebben bijvoorbeeld een gesprek gehad over hoe Pauline bij een familielid aan zou kunnen geven wat haar dwars zat.

Lisa is blij dat ze Pauline steun heeft kunnen bieden en dat zij heeft kunnen bijdragen aan het feit dat het nu beter met haar gaat. Samen met Pauline gaat zij over enkele weken nog een leuke activiteit doen om hun contact af te sluiten.

Aandachtspunten van de methode “Natuurlijk een netwerkcoach” zijn volgens Lisa:

- Goed kijken naar het afsluiten van het traject. Mogelijk hebben hulpvragers na enige tijd weer een steuntje in de rug nodig en vinden het dan lastig daar om te vragen. Een soort terugvalplan zou zinvol zijn.
- De strakke structuur van de methode zou wat meer losgelaten mogen worden. Het is goed daarmee creatief om te gaan. Bijvoorbeeld door vaker met de hulpvrager wat te ondernemen. Dat schept een andere band.
- Lisa heeft ook met andere hulpvragers dan Pauline contact. Pauline was door omstandigheden tijdelijk uit balans maar in basis is zij erg zelfstandig. Lisa vindt de methode minder goed aansluiten bij mensen die deze basis niet hebben en op meerdere leefgebieden problemen hebben. Zij heeft nu contact met iemand die rond de 80 jaar is. Schaamte en moeite hebben om hulp te aanvaarden en te vragen spelen op die leeftijd zo'n belangrijke rol dat de methode niet goed aansluit. Dat geldt, naast de taalbarrière, ook voor de mensen met een niet-Nederlandse achtergrond waar Lisa contact mee heeft.

Lisa heeft in het kader van haar werkbegeleiding voor school veel zaken kunnen bespreken met de coördinator. Deze ondersteuning heeft zij naast de intervisie met andere vrijwilligers erg zinvol gevonden.

“Er zijn veel boeken geschreven over methoden met als doel het netwerk van mensen te versterken. Maar hoe je dat in de praktijk doet is echt een ander verhaal. Het gaat er toch om te kijken naar hoe jij bent als persoon bent, wie er tegenover je zit, en wat dan het beste is om wel of juist niet te doen.”

Tot slot

In deze publicatie zijn verschillende visies op en ervaringen met informele zorgverlening aan de orde gekomen. Samen illustreren zij de zoektocht naar de manier om vitale coalities tussen formele en informele zorg tot stand te brengen. De zoektocht heeft nogmaals duidelijk gemaakt dat er onder het begrip ‘informele zorg’ heel wat betekenissen kunnen schuilgaan. Hierdoor blijft in het maatschappelijke debat vaak onduidelijk wat sprekers met informele zorg bedoelen en daarmee met welke verwachtingen ten aanzien van informele zorg men het debat aangaat.

In de inleidende hoofdstukken hebben wij zelf een poging gedaan het begrip te verduidelijken en aangegeven dat in de discussies vooral gesproken wordt over mantelzorg door de kernleden van een sociaal netwerk (door ons primaire mantelzorg genoemd) of over vrijwillige zorg, die al dan niet in een georganiseerd verband wordt gegeven (vrijwillige inzet resp. vrijwilligerswerk). Er is al beduidend minder aandacht voor zelfhulp – onderlinge hulp door ‘lotgenoten’ - en over de zorg aan de zoom van de mantel – ondersteuning door vrienden, burens of familieleden in de tweede of derde graad (door ons secundaire mantelzorg genoemd) lijkt weinig bekend te zijn.

Toch wordt juist over die secundaire mantelzorg veel gesproken, waarbij er in toenemende mate van uit lijkt te worden gegaan dat hier een nog onbenutte, maar rijke bron van hulp en ondersteuning ligt. Mede vanuit die overtuiging wordt er op dit moment veel aandacht gegeven aan diverse interventies en methodieken rond netwerkversterking en netwerkondersteuning. Ook in dit boek zijn deze interventies en de ervaringen ermee aan de orde gekomen. Daarnaast is ook ruimte gegeven voor kanttekeningen bij en twijfels aan een groter beroep doen op de secundaire mantelzorg.

Tegelijkertijd heeft onze zoektocht ook opgeleverd dat gerichte netwerkondersteuning of versterking er wel degelijk aan kan bijdragen dat het totale aanbod aan informele zorg groter wordt en dat mantelzorgers kunnen worden ondersteund en ontlast. Ook worden dankzij netwerkondersteuning verzwakte relaties weer sterker en/of nieuwe relaties worden aangegaan. Het zorgpotentieel kan dankzij deze interventies dus wel degelijk groeien.

Al met al zijn er genoeg redenen om, al dan niet aan de hand van de hiervoor beschreven methodieken, te investeren in netwerkversterking en –ondersteuning. Dit onderwerp zal (meer) aandacht moeten krijgen in de opleidingen tot sociale professional en in de dagelijkse praktijk.

Deze opbrengst betekent echter niet dat netwerkversterking en –ondersteuning nu als het ei van Columbus kan worden gezien om een oplossing te vinden voor de blijvende schaarste in de zorg. Om te beginnen zijn ook bij de hier beschreven interventies en methodieken sociale professionals nodig: als intaker, als aanjager en/of als trainer/ondersteuner van de bij de interventie betrokken vrijwilliger. Hun inzet draagt alleen maar bij aan het terugdringen van de schaarste als de totale ondersteuningsopbrengst

van de interventie groter is dan de investering. Ten tweede is er nog weinig bekend over de duurzaamheid van de informele zorgverlening vanuit de vernieuwde, herstelde of uitgebreide netwerken. Blijft deze zonder verdere inspanningen op peil zolang de ondersteuningsbehoefte duurt of heeft deze regelmatig onderhoud nodig? In dat laatste geval is de winst kleiner en leidt zij, als het onderhoud meer inspanning vraagt dan wat het netwerk aan ondersteuning oplevert misschien zelfs tot verlies.

Naast deze 'economische' afwegingen zijn er ook vragen van meer ethische aard. Het herontdekken van oud-klasgenoten, -studiegenoten en -sportvrienden via LinkedIn, Facebook of Hyves kan heel leuk zijn, maar of het aanhalen van oude vriendschapsbanden met het oog op het aanboren van hulpbronnen op prijs wordt gesteld is maar de vraag. Het revitaliseren van familieverbanden kan een feest van herkenning zijn, maar als de achterliggende bedoeling is om de zorg voor een hulpbehoevend familielid te delen kan dat de familiereünie behoorlijk verzuren. Los daarvan moet ook geaccepteerd worden dat sociale relaties gedurende iemands leven aan erosie onderhevig zijn; vriendschappen verwateren of familiebanden verslappen en dat heeft veelal een zeer legitieme reden.

Een andere bedenking kan zijn dat bij het 'mislukken' van een interventie of bij een gebleken geringe duurzaamheid de zorgbehoevende burger zich mogelijk nog meer van zijn of haar sociale kwetsbaarheid bewust wordt. Het Mattheüs-effect speelt ook hier: degenen met een sterk sociaal netwerk krijgen gemakkelijker en meer ondersteuning, waardoor er al een zekere hiërarchie in informele zorgontvangers kan gaan ontstaan¹². Als een netwerkinterventie niets of niets duurzaam oplevert kan dit alsnog resulteren in een (toegenomen) behoefte aan formele ondersteuning.

Al met al lijken interventies en methodieken om sociale netwerken te versterken en te ondersteunen een bijdrage te kunnen leveren aan de instandhouding van het huidige totaalaanbod aan zorg. Met name daar waar het (mantel)zorgtekort rechtstreeks is toe te schrijven aan vraagverlegenheid of, de keerzijde ervan, aanbodverlegenheid kunnen zij een welkome oplossing bieden, die ook voor de zorgbehoevende zelf en de (nieuwe) informele zorgverlener bevredigend zal zijn. Ook voor het benutten van de zoom van de mantelzorg en het heropbouwen van vergeten, maar na restauratie waardevolle contacten kunnen zij van groot belang zijn. Daarvoor moet de sociale professional dan wel de vaardigheden verwerven tot netwerkondersteuning en –versterking. In hoofdstuk 4 is een – niet uitputtend – overzicht gegeven van de diverse methoden die binnen, maar vooral buiten Nederland, zijn ontwikkeld om de netwerken van mensen in beeld te brengen en er mee te werken. Deze beschrijving verbaast niet alleen door de grote variatie tussen deze methodes en de grondigheid waarmee alle mogelijke verbanden tussen

12 In de praktijk is dat ook al zo: bewoners van intra- en semimurale voorzieningen wedijveren al met elkaar naar het aantal bezoekers (en informele hulpverleners) dat ze krijgen. Degene met de meeste bezoekers 'wint'.

mensen haast letterlijk in kaart worden gebracht. Ook het feit dat van al deze methodes zo weinig en zo weinig systematisch gebruik wordt gemaakt in de (professionele) hulpverlening is verbazingwekkend. Het sociaal werk blijkt een rijke traditie te hebben in het ondersteunen en versterken van sociale netwerken en toch wordt er maar mondjesmaat en tamelijk eenzijdig een beroep op gedaan.

Wat uit het voorgaande ook naar voren komt is dat het ontginnen van de zorgkracht in sociale netwerken niet gelijkstaat aan het terugdringen van de professionele zorg en het dus kunnen inboeken van bezuinigingen op de collectieve sector. Het gaat wel om een andere inzet van de professionele hulpverlening en het daardoor zo goed mogelijk benutten van het aanbod aan informele zorg in de samenleving. In een tijd waarin door een combinatie van economische ontwikkelingen en door de samenleving zelf gemaakte politieke keuzes (zie hoofdstuk 1) de publieke sector moet krimpen, kan met dergelijke samenwerking tussen formeel en informeel mogelijk een duurzaam antwoord op de zorgvraag worden gevonden. Gezien de bedenkingen lijkt het echter raadzaam er niet op te kapitaliseren en hoe dan ook ruimte te houden om mensen die geen hulp vanuit hun netwerk kunnen of willen ontvangen toch de professionele hulp te blijven bieden die ze nodig hebben.

Verwijzingen

- Achterhuis, H. (1979). *De markt van welzijn en geluk: een kritiek van de andragogie*. Baarn: Ambo.
- Arts, K., en te Riele, S. (2010). Vrijwilligerswerk. In: H. Schmeertsen S. te Riele (Red.), *Sociale samenhang: participatie, vertrouwen en integratie*. Den Haag/Heerlen: CBS.
- Arts, W., Halman, L., en van Oorschot, W. (2003). The welfare state: villain or hero of the piece? In: W. Arts, J. Hageaarsen L. Halman (Eds.), *The cultural diversity of European unity* (pp. 275-310). Leiden: Brill.
- Baars, H. (1994). *Sociale netwerken van ambulante chronisch psychiatrische patiënten* (proefschrift). Maastricht.
- Baars, H., Uffing, H., en Dekkers, G. (1990). *Sociale netwerkstrategieën in de sociale psychiatrie*. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.
- Barker, J. (2002). Neighbors, friends, and other nonkin caregivers of community-living dependent elders. In: *Journals of gerontology series B: psychological sciences en social sciences*, 57B(3), 158-167.
- Barrowclough, C. (2005). Families of people with schizophrenia. In : N. Sartorius (Ed.), *Families and mental disorders. From burden to empowerment* (pp. 1-24). Chichester: John Wiley & Sons.
- Beraadsgroep.(1974). *Knelpuntennota - Beraadsgroep Knelpunten Welzijnsbeleid*. Den Haag: SDU.
- Berg, E. van den, van Houwelingen, P., en de Hart, J. (Red.) (2011). *Informeel groepen, verkenningen van eigentijdse bronnen van sociale cohesie*. Den Haag: SCP.
- Berkman, L., en Syme, L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of AlamedaCounty residents. In: *American journal of Epidemiology*, 109(2), 186-204.
- Bladel, D. van, en Steyaert, J. (2010). MEE: de herontdekking van sociale netwerken als bron van zorg. In: J. Steyaert en R. Kwekkeboom (Red.), *Op zoek naar duurzame zorg, vitale coalities tussen formele en informele zorg* (pp. 76-89). Utrecht: MOVISIE.
- Blok, W. (2009). *Inleiding social work vanuit internationaal perspectief*. Baarn: HB uitgevers.
- Boer, A. de (Ed.) (2007). *Toekomstverkenning informele zorg*. Den Haag: SCP.
- Boer, A. de, Broese van Groenou, M., en Timmermans, J. (2009). *Mantelzorg. Een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007*. Den Haag: SCP.
- Boer, A. de, en Timmermans, J. M. (2003). Relatie tussen mantelzorg en thuiszorg. In: *Mantelzorg; over de hulp van en aan mantelzorgers*. Den Haag: SCP.
- Boer, N. de, en van der Lans, J. (2011). *Burgerkracht*. Den Haag: Raad voor maatschappelijke ontwikkeling.
- Bovenkamp, H. van de, en Trappenburg, M. (2008). *Niet alleen de patiënt centraal. Over familieleden in de geestelijke gezondheidszorg*. Rotterdam: iBGM.

- Broese van Groenou, M., en van Tilburg, T. (2007). Het zorgpotentieel in het netwerk van ouderen. In: A. de Boer (Ed.), *Toekomstverkenning informele zorg* (pp. 45-64). Den Haag: SCP.
- Caccamo, R. (2000). *Back to Middletown: three generations of sociological reflections*. Stanford, Calif.: Stanford University Press.
- CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg), en HHM. (2008). *Onderzoek effecten pakketmaatregelen AWBZ. Driebergen en Enschede*.
- Claassens, H., en van Lanen, M. (2011). Iedereen heeft een verhaal. In: *Sozio*, 101.
- Daal, H. J. (1990). *Vrijwilligerswerk en informele hulp in Nederland; een inventarisatie van onbetaald werk buiten het eigen huishouden, in het bijzonder op het gebied van de hulpverlening*. Den Haag: NIMAWO.
- Dijk, D. A. van, en Hoekstra, L. T. M. (2011). *De gevolgen van de Pakketmaatregel voor cliënten in Rotterdam*. Rotterdam: Sociaal-wetenschappelijke Afdeling van Sociale Zaken en Werkgelegenheid Rotterdam.
- Driessens, K. (2003). *Armoede en hulpverlening. Omgaan met isolement en afhankelijkheid*. Gent: Academia Press.
- Erp, N. van, Place, C., en Michon, H. (2009). *Familie in de langdurige ggz, deel 1: Interventies*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Erp, N. van, en Place, C. (2011). Familiebetrokkenheid en familie-interventies in de langdurige ggz. In: S. van Rooijen en J. van Weeghel (Red.), *Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2010-2011* (pp. 133-148). Amsterdam: SWP.
- Eurocarers.(2008). *Family care in Europe. The contribution of carers to long-term care, especially for older people*. Utrecht: Vilans.
- Finch, J., en Mason, J. (1993). *Negotiating family responsibilities*. London: Routledge.
- Fischer, C. (2011). *Still Connected: Family and Friends in America since 1970*. New York: Russell Sage Foundation.
- Foudraine, J. (1972). *Wie is van hout: een gang door de psychiatrie*. Bilthoven: Ambo.
- Fox, H., Knooren, J., Melman-De Rijcke, J., Schalken, P., en Wittenberg, F. (2009). Familie als Bondgenoot: een ontdekkingsreis van vier jaren. In: *Tijdschrift voor Rehabilitatie* (1570-6303).
- Fraser, N., en Gordon, L. (1994). A genealogy of dependency: tracing a keyword of the U.S. welfare state. In: *Signs*, 19(2), 309-336.
- GGZ Nederland. (2009). *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland. (2010). *Zorg op waarde geschat, update. Sectorrapport ggz 2010*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Graaf, R. de, Have, M. ten, en Dorsseleer, S. v. (2010). *NEMESIS 2: De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking*. Utrecht: TrimbosInstituut.
- Granovetter, M. (1973). The strength of weak ties. In: *American journal of sociology*, 78(6), 1360-1380.

- Granovetter, M. (1983). The strength of weak ties: a network theory revisited. In: *Sociological theory* (201-233).
- Hartman, A. (1978). Diagrammatic assessment of family relationships. In: *Social Casework*, 59(8), 465-476.
- Hartman, A., en Laird, J. (1983). *Family-centered social work practice*. New York: Free press.
- Hendrix, H. (1997). *Bouwen aan netwerken, leer- en werkboek voor het bevorderen van sociale steun in de hulpverlening*. Baarn: H. Nelissen.
- Herman, S. (2009). *Het ecogram, sociale netwerken in kaart gebracht*. Politeia: Brussel.
- Heusden, A. van, en van den Eerenbeemt, E. (1983). *Ivan Boszormenyi-Nagy en zijn visie op individuele en gezinstherapie, balans in beweging*. Haarlem: de Toorts.
- Heyndrickx, P., en Vansevanant, K. (2005). *Meervoudig gekwetsten, contextuele hulpverlening aan maatschappelijk kwetsbare mensen*. Tiel: Lannoo campus.
- Hoeben, E., Spreen, M., van den Berg, M., en Bogaerts, S. (2011). Informeel toezicht tijdens de resocialisatie in een tbs-behandeling: Toepassing van FSNA als sociale interventie in de forensische psychiatrie. In: *PROCES: Tijdschrift voor strafrechtspleging*, 90(1), 26-41.
- Hofman, E., en Scherpenzeel, R. (2011). *Versterken van sociale netwerken*. Bunnik: Mezzo.
- Hollander, D. den, en Wilken, J.-P. (2011). *Zo worden cliënten burgers*. Amsterdam: SWP.
- Holstvoogd, R. (2006). *Maatschappelijk werk in kerntaken, een nieuw profiel van de beroepspraktijk*. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.
- Hortulanus, R., Machielse, A., en Meeuwesen, L. (2003). *Sociaal isolement, een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland*. Den Haag: Elsevier.
- Houben, N. (2011). 'Ouderen kunnen heel veel zelf'- sociale verbanden onder de loep. In: *CVZ-magazine*, 14 -16.
- Houwen, K. van der, Schmeerts, H., en te Riele, S. (2010). Informele zorg en mantelzorg. In: H. Schmeerts en S. te Riele (Red.), *Sociale samenhang: participatie, vertrouwen en integratie*. Den Haag/Heerlen: CBS.
- Idenburg, P. (Ed.). (1985). *De nadagen van de verzorgingsstaat*. Amsterdam: Meulenhoff Informatief.
- Klerk, M. M.Y. de (2002). *Rapportage Gehandicapten 2002 Maatschappelijke positie van mensen met lichamelijke beperkingen of verstandelijke handicaps*. Den Haag: SCP.
- Klis, M. van der, Vermeij, L., en Knol, F. (2011). Dagelijkse mobiliteit. In: R. Bijl, J. Boelhouwer, M. Cloïnen E. Pommer (Red.), *Sociale staat van Nederland* (pp. 231-255). Den Haag: SCP.
- Komter, A. (2003). *Solidariteit en de gift*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Komter, A., en Knijn, T. (2004). Zwarte schapen in de familie; Mattheüs-effect: wie veel heeft krijgt veel, wie weinig heeft krijgt weinig. In: *Demos*, 20 (10), 85-86.
- Kooiker, S. (2006). *Jeugd met beperkingen*. Rapportage gehandicapten 2006. Den Haag: SCP.

- Koortzen, P., en Oosthuizen, R. M. (2010). A competence executive coaching model. In: *Journal of industrial psychology*, 36(1).
- Koppe, P., en Visser-Meily, A. (2010). *Hersenletsel en de gevolgen*. In: E. Witteveen, L. Admiraal, H. Visser en J.-P. Wilken (Red.), *Communicatie bij hersenletsel, begrijpen we elkaar?* Houten: BohnStafleu van Loghum.
- Korevaar, L., en Dekker, I. (2011). *Werkboek: het verbeteren en uitbreiden van sociale contacten voor ouderen met een psychiatrische aandoening*. Utrecht: Stichting Rehabilitatie 92.
- Kraut, R., Kiesler, S., Boneva, B., Cummings, J., Helgeson, V., en Crawford, A. (2002). Internet Paradox Revisited. In: *Journal of Social Issues*, 58(1), 49-74.
- Kraut, R., Lundmark, V., Patterson, M., Kiesler, S., Mukopadhyay, T., en Scherlis, W. (1998). Internet paradox: A social technology that reduces social involvement and well-being? In: *American Psychologist*, 53(9), 1017-1031.
- Kröber, R. T., en Dongen, H. J. (2011). *Sociale inclusie. Mensen met een verstandelijke beperking en kwaliteit van bestaan: succes en faalfactoren*. Amsterdam: Nelissen.
- Kwekkeboom, M.H.. (1990). *Het licht onder de korenmaat. Informele zorgverlening in Nederland*. Den Haag: VUGA.
- Kwekkeboom, M.H. (2000). *De zorg blijft. Verslag van een onderzoek onder familieleden en andere relaties van mensen met (langdurige) psychische problemen*. Den Haag: SCP.
- Kwekkeboom, R., en te Poel, Y. (2010). *De familie als bondgenoot - een wederkerige opleiding*. In: J. Steyaert en R. Kwekkeboom (Red.), *Op zoek naar duurzame zorg. Vitale coalities tussen formele en informele zorg* (pp. 108-118). Utrecht: MOVISIE.
- Kwekkeboom, M.H., en van Weert, C. M. C. (2008). *Meedoen en gelukkig zijn. Een verkennend onderzoek naar de participatie van mensen met een verstandelijke beperking of chronische psychiatrische problemen*. Den Haag/Breda: SCP/Avans Hogeschool.
- Lagergren, M. (1982). *Time to care*. Stockholm: Swedish Secretariat for Future Studies.
- Linders, L. (2010). *De betekenis van nabijheid, een onderzoek naar informele zorg in een volksbuurt*. Den Haag: Sdu.
- Linders, L., en van Lieshout, H. (2010). *Maatschappelijke steunsystemen versterken met informele zorg*. In: J. Steyaert en R. Kwekkeboom (Red.), *Op zoek naar duurzame zorg, vitale coalities tussen formele en informele zorg* (pp. 120-137). Utrecht: MOVISIE.
- Linssen, R., Schmeerts, H., en te Riele, S. *Participatie en vertrouwen in Europa*. In: H. Schmeerts en S. te Riele (Red.), *Sociale samenhang: participatie, vertrouwen en integriteit*. Den Haag/Heerlen: CBS.
- Lustgraaf, M. van de (2009). *Natuurlijk een netwerkcoach Van A naar Beter in tien stappen*.
- Machielse, A. (2003). *Niets doen, niemand kennen. De leefwereld van sociaal geïsoleerde mensen*. Den Haag: Elsevier Overheid.
- Machielse, A., en Hortulanus, R. (2011). *Sociaal isolement bij ouderen, op weg naar een Rotterdamse aanpak*. Amsterdam: SWP.

- McGoldrick, M., en Gerson, R. (1985). *Genograms in family assessment*. Norton: New York.
- McGoldrick, M., Gerson, R., en Petry, S. (2008). *Genograms: assessment and intervention* (3 ed.). New York: WW. Norton and Co.
- McPherson, M., Smith-Lovin, L., en Brashears, M. E. (2006). Social isolation in America: changes in core discussion networks over two decades. In: *American sociological review*, 71, 353-375.
- McPherson, M., Smith-Lovin, L., en Cook, J. (2001). Birds of a feather: homophily in social networks. In: *Annual Review of Sociology*, 27, 415-444.
- Moonen, L. (2009). De parade van Pen en de inkomensverdeling in Nederland. In: *Sociaal economische trends*, 40-43.
- Mönnink, H. de (2009). *De gereedheidskist van de maatschappelijk werker: handboek multimethodisch maatschappelijk werk* (3 ed.). Maarssen: Elsevier.
- Nabuurs, M. (2007). *Basisboek systeemgericht werken*. Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.
- NIZW. (2006). *Familiebeleid in de ggz: van moeilijkheden naar mogelijkheden*, rapport Expertisecentrum Informele Zorg. Utrecht: NIZW.
- Oorschot, W. van, en Arts, W. (2005). The social capital of European welfare states: the crowding out hypothesis revisited. In: *Journal of European social policy*, 15(1), 5-26.
- Oudijk, D., de Boer, A., Timmermans, J., en de Klerk, M. (2010). *Mantelzorg uit de doeken*. Den Haag: SCP.
- Pagée, R. van (red.). (2003). *Eigen kracht: family group conference in Nederland : van model naar invoering*. Amsterdam: SWP.
- Pennen, A.W. van der, Cordia, B., van Egeraat, A., Kwekkeboom, M. H., Straathof, A., van der Wardt, J. W., et al. (1995). *Welzijnsbeleid in de lokale samenleving. Een verkennende studie in drie gemeenten*. Rijswijk: SCP.
- Penninx, K. (2004). *Empowerment van kwetsbare mensen. Welzijnswerk als partner bij zelfstandigheid*. Utrecht: NIZW.
- Popper, K. R. (1963). *Conjectures and refutations: the growth of scientific knowledge*. London: Routledge.
- Posthuma, S., de Haas, A., van 't Hoenderdaal, C., en Aartsen, D. (2010). *Sociale netwerkstrategieën, een leergeschiedenis*. Waalwijk: MEE Brabant Noord.
- Prinsen, A. (2008). *Heb ik een probleem dan? Ziektebesef en interventies bij hersenletsel*. Nunspeet: Interakt Contour.
- Putnam, R. (1995). *Bowling alone, America's declining social capital*. *Journal of democracy*, 6(1), 65-78 en http://muse.jhu.edu/cemo/journal_of_democracy/v006/putman.html.
- Putnam, R. (2000). *Bowling alone, the collapse and revival of civic America*. New York: Simon en Schuster.
- Regenmortel, T. van (2008). *Zwanger van empowerment (oratie)*. Eindhoven: Fontys hogescholen.
- Regenmortel, T. van (2011a). Ervaringsdeskundigheid in de geestelijke gezondheidszorg met betrekking tot werk. *Welzijnsgids Reg.1-Reg.22*.

- Regenmortel, T. van (2011b). *Lexicon van empowerment* Utrecht. Marie Kamphuis stichting.
- Riet, N. van, (2006). *Social work, mensen helpen tot hun recht te komen*. Assen: van Gorcum.
- Riet, N. van, en Wouters, H. (2010). *Casemanagement*. Assen: van Gorcum.
- Rigter, J. (2004). *Psychologie voor de praktijk*. Bussum: Coutinho.
- Roos, S. de, en van Dinther, M. (2011). *Preventie in de hulp en dienstverlening, toepassingen en achtergronden*. Bussum: Coutinho.
- Roozen, H. (2006). De Community Reinforcement Approach (CRA). In: *Verslaving, tijdschrift over verslavingsproblematiek*, 2, 3-18.
- Rosenberg, M. (1999). *Geweldloze communicatie. Ontwapenend en doeltreffend*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Sadiraj, K., Timmermans, J., Ras, M., en de Boer, A. (2009). *De toekomst van de mantelzorg*. Den Haag: SCP.
- Schalock, R. L. (2000). Three decades of quality of life. In: *Focus on autism and other developmental disabilities*, 15(2), 116-127.
- Schalock, R. L. (2004). The emerging disability paradigm and its implications for policy and practice. In: *Journal of disability policy studies*, 14(4), 204-215.
- Scheffers, M. (2010). *Sterk met een vitaal netwerk*. Bussum: Coutinho.
- Schipper, K. (2010). *Deelnemen, geven en zijn*. Amsterdam: VU Medisch Centrum/Hersenstichting Nederland/ Breinbrekend Werk.
- Schmeerts H.en te Riele, S. (Red.) *Sociale samenhang: participatie, vertrouwen en integratie*. Den Haag/Heerlen: CBS.
- Smit, B., en van Gennep, A. (2002). *Netwerken van mensen met een verstandelijke handicap (4 ed.)*. Utrecht: NIZW.
- Snellen, A. (2010). *Basismodel voor methodisch hulpverleners in het maatschappelijk werk: een eclectisch-integratieve aanpak (3 ed.)*. Bussem: Coutinho.
- Steyaert, J. (2003). *Je chat met de hele wereld, maar kent je buurman niet meer*. In: J. de Haan en J. Steyaert (Red.), *Ict en samenleving, jaarboek 2003 (pp. 47-68)*. Amsterdam: Boom.
- Steyaert, J. (2012). Jane Jacobs, a rebel with a cause. In: *Social work and society*, 10.
- Steyaert, J., en Kwekkeboom, R. (Red.). (2010). *Op zoek naar duurzame zorg, vitale coalities tussen formele en informele zorg*. Utrecht: MOVISIE.
- Stokman, M., Verhoeff, H., en Heineke, D. (2011). *Navigeren naar herstel. Bouwstenen voor cliëntgerichte en samenhangende zorg ten behoeve van mensen met een hersenletsel*. Utrecht: Conclusion.
- Storms, O. (2011). Methodebeschrijving Natuurlijk, een netwerkcoach! In: *Databank Effectieve sociale interventies*. Utrecht: MOVISIE.
- Swaan, A. de (1988). *Zorg en de staat: welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Taleb, N. N. (2010). *De Zwarte Zwaan: de impact van het hoogst onwaarschijnlijke*. Amsterdam: Nieuwezijds.

- Tielemans, L., en de Jong, C. (2007). *Richtlijn voor casemanagers in de verslavingszorg*. Utrecht: GGZ Nederland.
- Timmermans, J., Boer, A. de., en Iedema, J. (2005). *De mantelval: over de dreigende overbelasting van de mantelzorger*. Den Haag: SCP.
- Timmermans, J., en de Boer, A. (2007). Slotbeschouwing. In: A. de Boer (Ed.), *Toekomstverkenning informele zorg*. Den Haag: SCP.
- Timmermans, J., en Pommer, E. (2008). Familiezorg. In: P. Schabel, R. Bijl en J. de Hart (Red.), *Betrekkelijke betrokkenheid*. Den Haag: Sociaal en Cultureel planbureau.
- Timmermans, J. M., Schellingerhout, R., en de Boer, A. H. (2004). Wat heet mantelzorg? Prevalentie van verschillende vormen van mantelzorg in Nederland. In: *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG)*, 82(4), 230 - 236.
- Tjadens, F. J. L., en Woldringh, C. (1989). *Informele zorg in Nederland - zelfzorgproblemen, behoefte aan zorg en praktisch-instrumentele onderlinge hulp*. Nijmegen: ITS.
- TK. (2000). Zorgnota 2001 Brief van de staatssecretaris van Volkgezondheid, Welzijn en Sport. Vergaderjaar 2000-2001, 27 401, nr. 65.
- TK. (2003). Zorg en maatschappelijke ondersteuning. Brief van de minister en de staatssecretaris van volksgezondheid, welzijn en sport: Tweede Kamer.
- TK. (2010/2011). Toekomst AWBZ Programmabrief langdurige zorg. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 30 597.
- Urry, J. (2007). *Mobilities*, Polity press: Cambridge.
- Vereijken, A. (2004). Een steunend sociaal netwerk, kwaliteit van leven.
- Vereijken, A. (2006). De sociale netwerkbenadering binnen MEE Gelderse Poort.
- Vickery, A. (1974). A systems approach to social work intervention: its uses for work with individuals and families. In: *British journal of social work* 4(4), 389-404.
- Vollenbergh, W., de Graaf, R., ten Have, M., Schoenmaker, C. G., van Dorsselaer, S. J., en Beekman, A. T. F. (2003). *Psychische stoornissen in Nederland: overzicht van de resultaten van NEMESIS*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Vries, S. de (2008). *Basismethode psychosociale hulpverlening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- VWS. (2008). Brief uitwerking pakketmaatregelen 16 September 2008, from <http://www.invoeringwmo.nl/WMO/nl-NL/Kernthemas/OB.htm>
- VWS. (2010a). Pakketmaatregelen AWBZ hebben effect. Nieuwsbericht, 23-7-2010R Geraadpleegd op 8-3-2013, van www.rijksoverheid.nl/nieuws/2010/07/23/pakketmaatregelen-awbz-hebben-effect.html.
- VWS. (2010b). *Welzijn Nieuwe Stijl*. Den Haag: VWS.
- Webber, M. M. (1963). Order in diversity: community without propinquity. In: L. Wingo (Ed.), *Cities and Space: The Future Use of Urban Land* (pp. 23-54). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Wellman, B. (1979). The community question: the intimate network of East Yorkers. In: *American journal of sociology*, 84(5), 1201-1231.
- Wellman, B., Boase, J., en Chen, W. (2002). The networked nature of community. In: *IT & SOCIETY*, 1(1), 151-165, www.ITandSociety.org.

- Wellman, B., en Wortley, S. (1990). Different strokes from different folks, community ties and social support. In: *American journal of sociology*, 96, 558-588.
- Wendell, S. (1996). *The rejected body*. New York: Routledge.
- Weert, C. van, de Boer, A., en Kwekkeboom, R. (2007). Het zorgpotentieel in netwerken van mensen met een verstandelijke of psychische beperking. In: A. de Boer (Red.), *Toekomstverkenning Informele zorg* (pp. 45-64). Den Haag: SCP.
- Wilson, G. (1993). Intergenerational solidarity from the point of view of people in advanced old age. In: H. A. Becker en P. L. Hermkens (Eds.), *Solidarity of generations: demographic, economic, and social change and its consequences* (pp. 625-643).
- Wirth, L. (1938). Urbanism as a Way of Life. In: *American Journal of Sociology*, 44(1), 1-24.
- Wittenberg, Y., Kwekkeboom, M. H., en de Boer, A. H. *Bijzondere mantelzorg. Ervaringen en ondersteuningsbehoeften van mantelzorgers van mensen met psychiatrische problematiek of een verstandelijke beperking*. Den Haag/Amsterdam: SCP/HvA.
- Witteveen, E. (2010). *Netwerkondersteuning rond mensen met een hersenletsel. Intern onderzoeksrapport: in opdracht van Stuurgroep Zorgketens NAH Zwolle en Hogeschool Utrecht, Kenniscentrum Sociale Innovatie*.
- Witteveen, E., Admiraal, L., Visser, H., en Wilken, J.-P. (Red.). (2010). *Communicatie bij hersenletsel, begrijpen we elkaar?* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Over de auteurs

Deze publicatie is door onderstaande personen geschreven in de periode januari tot april 2012. Dit werk is nu klaar, het laatste punt is geplaatst. Maar het denken over dit thema gaat door. Daarom plaatsen we bij elke auteur zijn of haar mailadres met het vriendelijke verzoek aan onze lezers om hun reacties, ideeën en ervaringen inzake zorgkracht van sociale netwerken met ons te delen. We horen graag van jullie!

Dian van Bladel is docente bij Fontys Hogeschool Sociale Studies. Zij is bereikbaar via d.vanbladel@fontys.nl.

Hanneke Claassens, Msc, is geestelijk gezondheidkundige en werkzaam bij Fontys Hogeschool Sociale Studies waar ze betrokken is bij het uitstroomprofiel ggz-agoog. Zij is bereikbaar via h.claassens@fontys.nl.

Nicolette de Graaf is docente bij Fontys hogeschool Sociale Studies in Eindhoven en heeft 25 jaar werkervaring in de ambulante jeugdzorg. Zij is bereikbaar via n.graaf@fontys.nl.

Ellen Grootegoed is als promotieonderzoeker verbonden aan de Amsterdam Institute for Social Science Research, Universiteit van Amsterdam. Binnen het meerjarig Wmo-onderzoeksproject 'Leren Participeren' richt zij zich op de korte en lange termijn gevolgen van verminderde toegang tot langdurige zorg voor cliënten en hun netwerk. Zij is bereikbaar via e.m.grootegoed@uva.nl.

Bienke Janssen, Msc, is docente aan Fontys hogeschool verpleegkunde/ bachelor toegepaste gerontologie in Eindhoven. Daarnaast is zij als onderzoeker verbonden aan het lectoraat 'Empowerment en maatschappelijk kwetsbare groepen' en aan de Wmo-werkplaats Noord-Brabant. Zij is bereikbaar via bienke.janssen@fontys.nl.

Dr. ir. Rick Kwekkeboom is lector Community Care binnen het Kenniscentrum Maatschappij en Recht van de Hogeschool van Amsterdam (lectoraat Community Care) en zelfstandig onderzoeker/adviseur bij Sorbus o.a.. Zij is bereikbaar via r.kwekkeboom@hva.nl of info@sorbus-oo.nl.

Martijn van Lanen, Msc, is promovendus en docent bij Fontys Hogeschool Sociale Studies. Momenteel legt hij de laatste hand aan zijn proefschrift dat gaat over de professionaliteit van het sociaal werk. Hij is bereikbaar via m.vanlanen@fontys.nl.

Ans Lemmens is docente bij Fontys hogeschool Sociale Studies in Eindhoven. Zij is bereikbaar via A.Lemmens@fontys.nl.

Prof. Dr. Tine van Regenmortel is lector ‘Empowerment en maatschappelijk kwetsbare groepen’ aan de Fontys Hogeschool Sociale Studies in Eindhoven en hoofd van de onderzoeksgroep ‘Armoede, maatschappelijke integratie en migratie’ aan het Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving van de KU Leuven, waar ze ook doceert aan de Master Sociaal Werk. Zij is bereikbaar via t.vanregenmortel@fontys.nl.

Prof. Dr. Jan Steyaert is lector bij Fontys hogeschool Sociale Studies, docent bij de master sociaal werk van de Universiteit Antwerpen en redacteur van de canon sociaal werk. Hij is bereikbaar via j.steyaert@fontys.nl.

Koen Vansevenant werkte 17 jaar als maatschappelijk werker in Oostende en bijna even lang als zelfstandig trainer en supervisor van hulpverleners in diverse sectoren. Hij is inhoudelijk coördinator van de vormingen bij Bind-kracht, een samenwerkingsverband die vormingen en publicaties aanbiedt over hulpverlening aan mensen in armoede. Hij is bereikbaar via koen.vansevenant@vvmaat.be.

Ellen Witteveen is als docente en onderzoeker werkzaam bij de Hogeschool Utrecht Social Work. Zij is projectleider bij het Kenniscentrum Sociale Innovatie en bij de Wmo-werkplaats Utrecht. Zij is bereikbaar via ellen.witteveen@hu.nl.

We zijn tegenwoordig allemaal wel actief op sociale netwerksites zoals Facebook of LinkedIn. Hoewel sociale netwerken op die manier zowel privé als zakelijk maximaal worden ingezet en positief worden gewaardeerd, lijkt de sociale sector dat vreemd genoeg beduidend minder te doen. Dat is niet altijd zo geweest; enkele decennia geleden was er wel degelijk de nodige beroepsinnovatie rond interventies die tot doel hadden sociale netwerken te vergroten en verstevigen. Bovendien werden deze interventies ook daadwerkelijk toegepast.

Het nieuwe sociaal beleid in Nederland vraagt, mede als gevolg van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), om meer zorgkracht uit sociale netwerken van burgers. Die zorgkracht is er niet automatisch, maar kan en moet door professionals 'ontgonnen' worden. In dit boek wordt daarom de oude vakkennis van onder het stof gehaald en geactualiseerd met nieuwe relevante ervaringen. Die zijn opgedaan in het kader van de Wmo-werkplaats Noord-Brabant.

