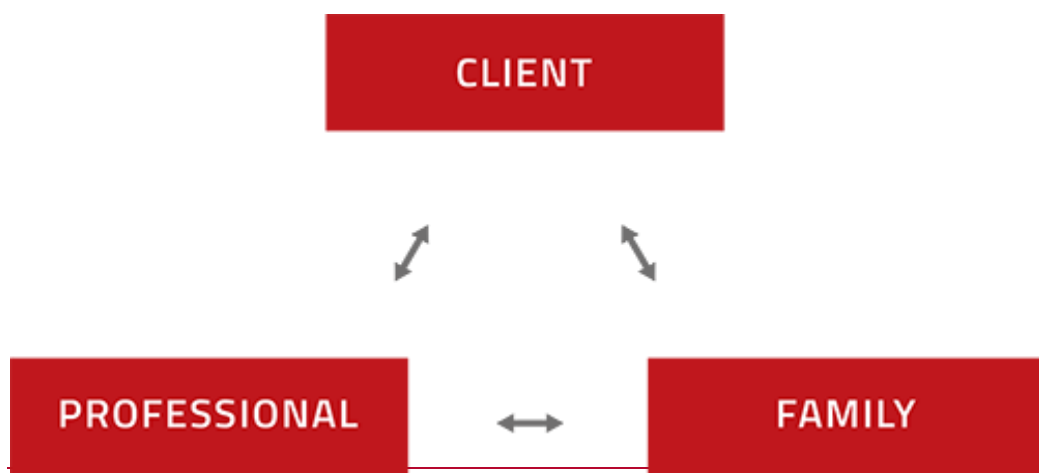


Afstudeeronderzoek

Fontys hoge school Eindhoven, Sociale studies

Het sociaal netwerk van de cliënt



Naam student: Bjorn van Schaik

Klas: 5VV01

Studentnummer: 2184660

Naam school: Fontys hogeschool Eindhoven

Naam opleiding: Sociale studies

Profiel: GGZ

Naam beoordelaars: Mevr. Stortelder en Mr. Assink

Progresscode: 67V4G-AFOZ

Datum: 22-06-2018

Samenvatting

Dit onderzoek richt zich op het sociaal netwerk van de LVB (licht verstandelijke beperking) cliënt en de betekenis daarvan in de kwaliteit van leven. De vraag die in dit onderzoek wordt gesteld is hoe een zorgstelling, met initiatieven die gericht zijn op het sociale netwerk van cliënten met een licht-verstandelijke beperking (LVB), de kwaliteit van leven van deze cliënten kan verbeteren.

In het kader van de overgang van de verzorgingsstaat naar een participatie samenleving streeft de overheid ernaar het informele netwerk meer te betrekken bij de zorg voor de cliënt maar uit de praktijk blijkt dat het informele netwerk deze taak onvoldoende op zich neemt. De zorg komt hierdoor voornamelijk te liggen bij de formele zorgverleners. Zij krijgen extra werkzaamheden, terwijl het uitgangspunt van een participatie samenleving juist dient te zijn het formele netwerk te ontlasten.

In het onderzoek wordt de betekenis van het sociale netwerk onderscheiden van de rol van het sociale netwerk in de analyse en behandeling van cliënten, en de rol van het sociale netwerk in de informele zorg. De laatste twee rollen worden in de huidige tijd sterk benadrukt, mede door de verschuiving van de verzorgingsstaat naar de participatiesamenleving. Dit onderzoek wil daar enig tegenwicht aan bieden.

Daartoe wordt ingegaan op theorieën en methodieken die betrekking hebben op het sociale netwerk. Deze theorieën en methodieken kunnen ook onderscheiden worden naar de rol van het sociale netwerk. De ene theorie is meer gericht op de rol van het sociale netwerk bij de behandeling; de andere theorie is meer gericht op de rol van het sociale netwerk voor de kwaliteit van leven. Deze theorieën en methodieken sluiten elkaar niet aan. Ze kunnen elkaar aanvullen.

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd, bestaande uit literatuuronderzoek en een reeks interviews. De interviews zijn afgenomen bij acht cliënten die woonachtig zijn binneninstelling X en twee cliëntbegeleiders die binnen instelling X werkzaam zijn. Op die manier komen verschillende invalshoeken aan bod met betrekking tot het sociaal netwerk van de LVB cliënt.

In deze scriptie wordt de werkwijze beschreven en worden de resultaten weergegeven.

Uit de interviews komt naar voren dat cliënten het belang van het sociale netwerk onderkennen en wensen op dat gebied hebben. In de literatuurstudie komt naar voren dat de LVB cliënt hier hulp bij nodig heeft. Bij het vervullen van deze wensen kan een zorginstelling aanlopen tegen beperkingen die niet zomaar even weggenomen kunnen worden. Sommige mogelijkheden om de kwaliteit van leven van cliënten te verbeteren worden niet altijd volledig benut. De onderzoeker doet aanbevelingen om dit te verbeteren.

Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie over de behoeften en wensen van de LVB cliënt met betrekking tot het sociaal netwerk.

Het onderzoek is uitgevoerd binnen instelling X (met LVB cliënten) waar ik ook stage heb mogen lopen. Inmiddels ben ik werkzaam op één van de woningen waar dit onderzoek is uitgevoerd. Instelling X ondersteunt mensen met een verstandelijke beperking op het gebied van wonen, werk, dagbesteding en vrije tijd. Het doel hiervan is om mensen met een beperking te helpen een goed leven te leiden. Een goed leven lijkt heel gewoon maar is niet voor iedereen even eenvoudig. Mensen met een beperking hebben het vaak moeilijker en hebben hulp nodig om goed te leven (Lunetzorg, 2016). Door ervaring in de praktijk ben ik me steeds bewuster geworden van de problematiek bij de cliënt.. Het viel mij op dat de meeste cliënten afhankelijk waren van de woonbegeleiding en dat de familie vaak geen rol speelt in het leven van de cliënt.

Ik weet nog goed dat er op het terrein van instelling X een familie barbecue werd gehouden waarbij van sommige cliënten helemaal geen familie aanwezig was. Deze situatie heeft mij aangegrepen. Het heeft mij ervan bewust gemaakt dat een sociaal netwerk niet vanzelfsprekend is voor LVB cliënten. Naar aanleiding hiervan ben ik mij gaan verdiepen in het onderwerp sociaal netwerk.

Toen ik een onderwerp moest uitkiezen voor mijn scriptie hoopte ik een leuk en passend onderwerp te vinden dat mij genoeg zou aangrijpen om me erin te willen verdiepen. Ik durf te zeggen dat me dit aardig gelukt is. Het in dialoog staan met de cliënt vind ik erg leuk en dit maakte het onderzoek extra interessant.

Ik wil graag een aantal personen bedanken, mede omdat ik dit onderzoek nooit in mijn eentje had kunnen voltooien. Ik spreek mijn dankwoord uit aan mijn oude stagebegeleidster mevr. T. van Veen, mijn praktijkbegeleidster mevr. G. Jongen en alle respondenten die ik heb mogen interviewen. Zij zijn ten slotte de bron van informatie geweest.

Inhoudsopgave

Inhoud

Samenvatting.....	2
Inhoudsopgave	4
Inleiding	6
Hoofdstuk 1. Context en probleemschets	9
1.1. Probleemanalyse	9
1.2. Probleemstelling.....	13
1.3. Onderzoeksdoelstelling	14
1.4. Hoofdvraag en deelvragen	14
1.5. Begripsafbakening	15
Hoofdstuk 2. Theoretisch kader	17
2.1. Aandachtspunten bij LVB	17
2.2. Het belang van een sociaal netwerk	18
2.3. Het tot stand komen van een stabiel sociaal netwerk	19
Hoofdstuk 3. Methodologie	25
3.1. Onderzoekspopulatie en steekproef	25
3.2. Dataverzamelmethode	27
3.3. Meetinstrument	29
3.4. Data-analyse	32
Hoofdstuk 4. Resultaten.....	34
4.1. Deelvraag 1	34
4.2. Deelvraag 2	36
4.3. Deelvraag 3	38
Hoofdstuk 5. Conclusie en aanbevelingen	40
5.1. Conclusies	40
5.2. Aanbevelingen	41
Hoofdstuk 6. Discussie	43
6.1. Betekenis en bruikbaarheid.....	43
6.2. Sterkte- zwakteanalyse.....	45
Literatuurlijst	47
Bijlagen	50
Bijlage 1 – Toestemmingsformulier.....	50
Bijlage 2 - Topiclijsten	51
Bijlage 3 - Codeboom	53

Bijlage 4 - Ecogram.....	57
--------------------------	----

Inleiding

De aanleiding voor dit onderzoek was de uitslag van het klanttevredenheid onderzoek van de instelling waar de onderzoeker werkzaam is. Uit dit onderzoek kwamen twee belangrijke verbeterpunten naar voren. Cliënten wilden dat de begeleiders kennis hadden van het sociale netwerk van de cliënt en gaven aan hulp te willen bij het ontmoeten van nieuwe mensen (Lunetzorg, 2016). Instelling X wil graag weten wat de wensen van de cliënten zijn met betrekking tot het sociaal netwerk en hoe zij hierop in kunnen spelen. De instelling heeft de onderzoeker gevraagd dit te onderzoeken.

De aanwezigheid van een sociaal netwerk heeft op verschillende manieren invloed op het welzijn van mensen. Tot de levensbehoeften van mensen behoren affectieve behoeften, de behoefte om ergens bij de horen, materiële behoeften en de behoefte aan sociale zekerheid. Een stabiel sociaal netwerk kan bijdragen aan het bevredigen van deze behoeften. Wanneer aan deze behoefte is voldaan, is iemand minder vatbaar voor stress en depressies, is hij beter in staat traumatische gebeurtenissen te verwerken en staat hij stabiel in het leven (Baarn, 1990). Cliënten met een licht verstandelijke beperking hebben vaak een beperkt sociaal netwerk (Asselt-Goverts, Embregts, Hendriks, & Frielink, 2010). Dit maakt op zichzelf het sociale netwerk van deze cliënten tot een belangrijk aandachtspunt voor zorgaanbieders. Een goed sociaal netwerk is een belangrijke factor in de kwaliteit van leven van een cliënt. Als een instelling het sociaal netwerk van een cliënt kan verbeteren, dan verbetert de instelling hiermee de kwaliteit van leven van de cliënt.

Voor zorgaanbieders is het sociaal netwerk van cliënten op een andere manier van belang. Enerzijds kunnen de problemen die een cliënt ondervindt, veroorzaakt of versterkt zijn door verstoorde relaties. Anderzijds kan de behandeling van een cliënt gebaat zijn door het sociaal netwerk daarin te betrekken. Sommige methodieken, zoals die van het triadisch werken – die hieronder in hoofdstuk 2 nader zal worden besproken – richten zich expliciet gericht op de rol van het sociaal netwerk in de behandeling van een cliënt (Egberts, 2017).

Door maatschappelijke ontwikkelingen heeft het sociaal netwerk van cliënten in de zorg een groter gewicht gekregen. De afgelopen jaren is er in de Nederlandse politiek het idee van de participatiesamenleving gepropageerd. In de participatiesamenleving gaat de overheid uit van de eigen kracht en verantwoordelijkheid van de burgers. Bij problemen moet men niet altijd onmiddellijk aankloppen bij professionele hulpverleners. De toegang tot de professionele zorg is beperkt. Burgers moeten problemen zelf kunnen oplossen, individueel of met hulp van familie, vrienden en kennissen. Uit recent onderzoek (Oudijk, De Boer, Woittiez, Timmermans, & De Klerk, 2010) blijkt dat het aantal mantelzorgers is toegenomen. Bij het aanbieden van zorg moeten professionele hulpverleners vaak werken met kleinere budgetten. Hierdoor is de rol van vrijwilligers in de zorg die zorginstellingen bieden toegenomen. Het sociale netwerk van een cliënt is voor zorginstellingen een potentiële bron van vrijwilligers.

Het doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in de rol die het sociaal netwerk kan spelen in het leven van cliënten met een licht verstandelijke beperking (LVB), inzicht te krijgen in de wensen van de LVB cliënten met betrekking tot hun sociaal netwerk en de wijze waarop instellingen als instelling X dit kan versterken en eventueel in de zorg kan betrekken. De hoofdvraag en de deelvragen in dit onderzoek zullen specifiek gericht zijn op het belang van het sociaal netwerk voor de kwaliteit van leven van de cliënt. Er zal onderzocht worden hoe een zorginstelling de kwaliteit van leven van een cliënt met een licht verstandelijke beperking kan verbeteren door het versterken van het sociaal netwerk.

Dit aspect van het sociaal netwerk van cliënten kan echter niet losgekoppeld worden van de rol van het sociaal netwerk in behandelingsmethodieken en van het sociaal netwerk als bron van zorgvrijwilligers. De aandacht voor sociale netwerken is, behalve door de wens de kwaliteit van leven te verbeteren, tevens ingegeven door theoretische inzichten over goede behandelmethoden en door het nut of de noodzaak het sociaal netwerk van een cliënt als vrijwilligers in de zorg te betrekken. Indirect kan daar een bezuinigingsdoelstelling doorheen spelen. Het is niet mogelijk om in dit onderzoek alle aspecten van het sociaal netwerk uit te werken. Wel zal, zowel in de probleemanalyse als in de nadere uitwerking van het onderzoek, de rol van het sociaal netwerk voor de kwaliteit van leven verbonden worden met deze andere aspecten.

Dit onderzoek is onderverdeeld in de volgende hoofdstukken:

Hoofdstuk 1 beschrijft de context van het onderzoek en geeft een probleemschets. In dit hoofdstuk wordt de probleemanalyse op drie verschillende niveaus beschreven. Hieronder is een korte weergave met de verschillende kernonderwerpen per niveau.

- Macro niveau: Invoering WMO in 2007, ontwikkelingen naar decentralisatie en meer zelfredzaamheid, vervanging AWBZ door de WLZ.
- Meso niveau: Het stelsel van zorgzwaartepakketten, minder geld maar betere kwaliteit leveren in de zorg, de samenwerking tussen formele en informele zorg.
- Micro niveau: Meer verwachtingen van het sociaal netwerk van de cliënt, moeilijkheden om eigen kracht van cliënten optimaal te benutten en de methodiek 'buiten kijken'.

Uit de probleemanalyse worden de probleemstelling en doelstelling afgeleid. De probleemstelling en de doelstelling leiden tot de hoofdvraag en de deelvragen voor dit onderzoek.

Hoofdstuk 2 betreft het theoretisch kader. Nadat de kenmerken van LVB cliënten zijn beschreven, wordt het belang van het sociaal netwerk voor LVB cliënten omschreven. Daarna komen de verschillende methodieken naar voren die ingezet kunnen worden om het sociaal netwerk te betrekken bij de zorg van de cliënt. Tot slot wordt de relevantie van deze methodieken voor het onderzoek onder de loep genomen.

In hoofdstuk 3 wordt de methodologie uiteengezet. Hier wordt duidelijk wie tot de onderzoekspopulatie worden gerekend en welke keuzes de onderzoeker heeft gemaakt. Daarbij zullen de gemaakte keuzes worden verantwoord.

In hoofdstuk 4 staan de resultaten van de interviews het onderzoek per deelvraag uitgeschreven.

In hoofdstuk 5 zijn de antwoorden op de hoofdvraag en deelvragen te vinden en worden aanbevelingen voor instelling X geformuleerd..

In hoofdstuk 6 wordt teruggekeken op het onderzoek. In dit hoofdstuk is een sterkte-zwakte analyse opgenomen waarbij kritisch wordt gekeken naar het onderzoek. De betekenis en bruikbaarheid van het onderzoek worden besproken. Er worden aandachtspunten geformuleerd voor toekomstig onderzoek.

Hoofdstuk 1. Context en probleemschets

In dit hoofdstuk wordt de context en de probleemschets gegeven.

In paragraaf 1.1 is een probleemanalyse opgenomen op drie niveaus namelijk dat van de samenleving (macro), van zorginstellingen in het algemeen (meso) en van instelling X in het bijzonder (micro).

Aan de hand van de probleemanalyse wordt, in paragraaf 1.2., een probleemstelling geformuleerd.. Deze probleemstelling wordt in paragraaf 1.3 omgezet naar een onderzoeksdoelstelling. Deze onderzoeksdoelstelling wordt in paragraaf 1.4. uitgewerkt in een hoofdvraag en drie deelvragen. In paragraaf 1.5 wordt een aantal termen toegelicht.

1.1. Probleemanalyse

In de inleiding zijn een aantal aspecten van het sociaal netwerk van cliënten aangegeven.

Het sociaal netwerk als factor in de kwaliteit van leven.

Het sociaal netwerk als element in de analyse en de behandeling van cliënten.

Het sociaal netwerk als bron van zorgvrijwilligers.

Dit onderzoek is gericht op het sociaal netwerk als factor in de kwaliteit van leven. Dit aspect kan echter niet losgekoppeld van de twee andere aspecten.

1.1.1. Macro niveau: Maatschappelijke ontwikkelingen

In Nederland wordt ondersteuning aan mensen met een lichamelijke of geestelijke beperking beschouwd als een taak van de samenleving als geheel. De zorg voor deze groepen is een noodzakelijk element van de verzorgingsstaat. De overheid moet ervoor zorgen dat er aan mensen met een lichamelijke of geestelijke beperking zorg wordt geboden.

De mate waarin de overheid dat moet doen, is al eeuwenlang een thema voor discussies. Politieke partijen in de socialistische of sociaaldemocratische hoek kennen aan de overheid een grotere rol toe dan liberale partijen. Christelijke partijen nemen een tussenpositie in: zij vinden dat de overheid niet alles zelf hoeft te regelen maar maatschappelijke organisaties zoveel als mogelijk moeten steunen in het organiseren van de zorg (Verkiezingen en mantelzorg, 2017). Deze discussie werd tot de tachtiger jaren van de vorige eeuw vaak op ideologische gronden gevoerd, tussen partijen die elkaar niet leken te kunnen gaan vinden in een compromis. De alsmaar oplopende zorgkosten doorbrak de ideologische tegenstelling gaandeweg. Alle partijen beseften dat de kosten van de zorg niet eindeloos op konden blijven lopen. Er moest bezuinigd worden op de zorg. De behoefte aan zorg zou echter niet op de korte termijn af gaan nemen. Door de vergrijzing zou deze juist gaan toenemen. De enige manier om de zorgkosten voor de overheid te beperken, was de rekening deels doorschuiven naar de burgers zelf. Hetzij door bepaalde kosten niet meer te vergoeden, hetzij door burgers op te roepen een stukje zorg zelf te regelen zonder beroep te doen op professionele hulpverleners.

Simultaan hiermee, en deels onafhankelijk daarvan, drong bij de politiek het besef door dat er nadelen kleefden aan het centraal vanuit Den Haag organiseren van de zorg. Er was meer maatwerk nodig, en dat maatwerk kon het beste geregeld worden door organisaties die dicht bij de cliënt stonden. Gemeentes en buurt zorgorganisaties kunnen beter bepalen wat burgers nodig hebben. En soms weet de burger dat voor zichzelf het beste. De zorg moest gedecentraliseerd worden en er moest meer aandacht komen voor de zelfredzaamheid van burgers.

In de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) van 2007 zijn deze twee motieven samengebracht. Deze wet heeft als doel ondersteuning te bieden aan mensen die problemen ervaren bij het deelnemen aan de samenleving (Rijksoverheid, 2015). Het uitgangspunt van de WMO is het realiseren van een zorgzame samenleving waarin zelfredzaamheid en participatie centraal staan (Haasbroek, 2016). Daarmee is een ontwikkeling ingezet naar decentralisatie en meer zelfredzaamheid. Deze ontwikkeling is doorgezet met wijzigingen in de organisatie van de zorg voor mensen met een lichamelijke of geestelijke beperking. Tot 2015 was deze zorg wettelijk geregeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) maar deze is in 2015 vervangen door de Wet Langdurige Zorg (WLZ). Uitgangspunten van deze wet zijn:

- Kwaliteit van leven: welbevinden staat voorop (Van de Schoot, 2015)
- Meer voor elkaar zorgen. Als ondersteuning nodig is, wordt eerst gekeken naar het eigen sociale netwerk (Scholten, 2014).
- Professionele hulp inzetten waar dat noodzakelijk is (De Jong, 2014).

Het nieuwe wetgevende kader is expliciet gericht op een van de aspecten van het sociaal netwerk: het sociaal netwerk moet een deel van de taken van professionele hulpverleners overnemen. Dat is aspect 3 uit de opsomming hierboven. De functie van het sociaal netwerk in de behandeling van cliënten en in de kwaliteit van leven wordt niet ontkend. De kwaliteit van leven blijft centraal staan, en als zorginstellingen die kunnen verhogen door het sociaal netwerk van cliënten te versterken, dan past dit ook in het nieuwe wetgevend kader.

Toch kan er indirect een spanning ontstaan. Bij de invoering van de WMO waren er twijfels over de mate waarin burgers onderling betrokken zijn bij elkaar. Kwekkeboom en Steynaert (2012) geven aan dat mensen zich de laatste jaren minder verbonden met elkaar voelen en minder verantwoordelijk voor elkaar zijn. Dat de kosten van de zorg stijgen, komt deels doordat er steeds sneller een beroep gedaan wordt op professionele hulpverleners. De bedoeling van de WMO is deze tendens te keren. Mensen moeten meer voor elkaar zorgen (Verkooijen, 2014). Of dit feitelijk gebeurt, is een open vraag. Ook als de bereidheid daartoe bij burgers zou bestaan kan er een spanning ontstaan. Doordat de WMO en de maatregelen daaromheen tot doel hebben de zorgkosten te beperken, wordt er druk op de zorginstellingen gezet. Het versterken van het sociale netwerk omwille van de kwaliteit van leven van cliënten vereist een inspanning van zorginstellingen, en dat kost linksom of rechtsom geld. Deze investering kan niet eenvoudig doorberekend worden aan zorgverzekeraars of aan de cliënten zelf. Het zal dus uit het algemene budget van zorginstellingen moeten komen. Als de reserves van zorginstellingen krimpen kunnen deze initiatieven het kind van de rekening worden.

1.1.2. Meso niveau: Van moeilijkheden naar mogelijkheden voor zorginstellingen

Het probleem dat aan het einde van de vorige paragraaf is opgeroepen, is niet denkbeeldig. De ontwikkelingen op macroniveau hebben gevolgen voor de budgetten van de zorginstellingen. De nieuwe wetgeving beperkt de financiële ruimte waardoor men efficiënter moet gaan werken. Het stelsel van Zorgzwaartepakketten (ZZP) beperkt bovendien de toegang tot de langdurige zorg voor mensen met een beperking. “Lichte” gevallen komen niet in aanmerking voor voorzieningen vanuit de WLZ en kunnen voor sommige vormen van hulp aankloppen bij de gemeente voor een voorziening uit de WMO. Gemeentes laten deze zorg feitelijk uitvoeren door professionele zorginstellingen. Een zorginstelling in gemeente X kan er echter niet meer vanuit gaan dat gemeente X met die zorginstelling in zee zal gaan. Zorginstellingen zullen zich steeds opnieuw moeten bewijzen, en moeten daarin met elkaar gaan concurreren. Terwijl de middelen krappere worden, moet de kwaliteit van de zorg die zorginstellingen bieden op orde blijven. Zorginstellingen worden zo min of meer gedwongen om het sociaal netwerk van de cliënt in te schakelen.

Dit betekent echter niet dat zorginstellingen alleen financiële redenen hebben het sociaal netwerk in te schakelen. Ook voor de cliënt is het soms beter dat niet alle zorg door formele zorgverleners wordt geboden. Het is in het belang van de cliënt dat de formele en informele zorg gaan samenwerken (Groenou, 2012). Van Erp e.a. (2009) geven aan dat het aan de zorginstelling is om het sociale netwerk te betrekken in de zorg.

Het betrekken van het sociale netwerk bij de zorg brengt verschillende obstakels met zich mee. Volgens Kwekkeboom & Steyaert is de langdurige problematiek, die een cliënt ervaart, belastend voor familie en kennissen. Vaak hebben zij hier ook ondersteuning bij nodig. Een zorginstelling kan familieleden en kennissen van de cliënt ook gaan beschouwen als hulpvragers of als lastposten die de formele zorgverleners in de weg lopen. Soms speelt in de problematiek van een cliënt ook een verstoorde relatie met een familielid mee. Door deze factoren krijgt het sociale netwerk van een cliënt meestal geen formele, structurele rol in de zorg. De familie speelt een informele rol, en dan vaak alleen bij crisissituaties (Kwekkeboom & Steyaert, 2012). Zorgprofessionals beseffen zich in toenemende mate dat dit een gemiste kans is. Zij zoeken de dialoog met het sociale netwerk van de cliënten en proberen dit netwerk te betrekken in de formele zorg.

Er zijn trainingen ontwikkeld om de samenwerking tussen professional en netwerk zo goed mogelijk te laten verlopen. Daarbij wordt niet alleen aandacht besteed aan het ondersteunen van de familie (individuele gezinsondersteuning) en het informeren van familie (psycho-educatie), maar ook aan de samenwerking tussen hulpverleners en professionals (triadekaart) en aan het inzetten van ervaringsdeskundigheid van familieleden. Een voorbeeld hiervan is de cursus ‘Familie als bondgenoot voor hulpverleners’ (Erp & Place, 2011).

Kwekkeboom en Steyaerts (2012) geven aan dat het sociaal netwerk, in goed overleg met de professionals, taken kan overnemen waar de formele zorgverleners niet of onvoldoende aan toekomen. Men spreekt hier van triadisch werken. Een triade is een driehoek die wordt gevormd door de professional, de cliënt en de familie. Familieleden worden hierdoor als medestanders gezien die vanaf contactmoment één als belangrijk wordt beschouwd voor het welzijn van de cliënt.

Waar vroeger de vraag vooral was wat de zorginstelling kan doen voor de cliënt en zijn sociaal netwerk, is de vraag nu steeds vaker wat het sociale netwerk van de cliënt kan doen voor de zorginstelling (Hoekman & Woldendorp, 2017). Dit benadrukt het proces waar de Nederlandse samenleving zich momenteel in bevindt. Het sociaal netwerk wordt hierdoor steeds meer betrokken bij de zorg die zorginstellingen leveren. Dat is aspect 2 uit de opsomming hierboven.

In hoofdstuk 2 zal de theorie van het triadisch werken nader besproken worden. Hier is van belang dat, hoe waardevol het ook is het sociaal netwerk te betrekken in de professionele zorg, de andere rol van het sociaal netwerk er door vergeten kan worden. Familieleden en kennissen van cliënten worden door de zorginstellingen 'gezien', maar dan mogelijk meer als leveranciers van informele zorg dan als een factor in het verbeteren van de kwaliteit van leven.

Een voorbeeld om dit te verduidelijken. Zowel door theoretische inzichten als door maatschappelijke ontwikkelingen en bezuinigen beseffen zorginstellingen dat het sociale netwerk een rol speelt in het zorgaanbod. Het zorgaanbod is echter, uit de aard van de zaak, vooral gericht op de beperkingen en de problemen van de cliënt. Een cliënt is, behalve een persoon met beperkingen en problemen, ook een mens met behoeftes en wensen die verder gaan dan de noodzakelijke levensbehoeften. Een cliënt moet elke dag eten en drinken, maar misschien wil de cliënt ook zo nu en dan een bloemetje op tafel. Het sociaal netwerk, als een factor in de kwaliteit van leven, is zo iets als een bloemetje op tafel. Een cliënt kan overleven zonder dat er contact is met familieleden, vrienden of kennissen. Voor sommige behandelingen is de inbreng van het sociale netwerk niet nodig. Contact met het sociale netwerk kan echter een waardevolle aanvulling zijn op het leven van de cliënt, zelfs of misschien juist als dat contact niet in het teken staat van wat anders door professionele zorgverleners gedaan zou worden. Vanuit het perspectief van zorginstellingen die steeds zorgvuldiger om moeten gaan met de beschikbare middelen en daarover steeds preciezer verantwoording moeten afleggen, is het bloemetje of tafel wel iets waarop makkelijk en achteloos bezuinigd kan worden.

1.1.3. Micro niveau: instelling X

Instelling X is een grootschalige zorginstelling waar onder meer cliënten verblijven die bekend zijn met een LVB (licht verstandelijke beperking). Bij sommigen cliënten gaat deze LVB samen met gedragsproblemen. Zij wonen daarom binnen het cluster 'complex'.

De ontwikkelingen op macro- en mesoniveau werken door binnen instelling X. Niet alle cliënten met een licht verstandelijke handicap komen 'als vanzelf' in aanmerking voor voorzieningen vanuit WLZ. Instelling X ondervindt dat het in de praktijk niet eenvoudig is de voordelen, die participatiesamenleving in het vooruitzicht stelt, binnen te halen. Voor LVB cliënten geldt ook dat er meer verwacht wordt van het sociaal netwerk en de eigen kracht. Omdat LVB cliënten moeite hebben een ondersteunend netwerk te creëren of in stand kunnen houden, kan dit niet altijd gerealiseerd worden (Movisie, 2015). Bij deze cliënten gelden bepaalde beperkingen die niet gelden voor bijvoorbeeld ouderen die langzaam dement worden. Ouderen die dementeren hebben vaak jarenlang

zonder beperkingen kunnen functioneren en hebben daarbij een hecht netwerk opgebouwd met familie en kennissen die zelf ook sterk in de schoenen staan. Cliënten die vanaf hun geboorte verstandelijk gehandicapt zijn, hebben nooit een sterke positie in de samenleving verworven (Lunetzorg, 2016).

Familie en kennissen hebben wel langer de tijd gehad om aan de handicap te wennen, maar kunnen daardoor ook afgemat zijn geraakt. Als een LVB cliënt in een instelling gaat wonen, dan kan deze niet eenvoudig een nieuw netwerk opbouwen terwijl het oude sociale netwerk zich wat distantieert. Doordat de populatie van instelling X divers is, met verschillen in het ziektebeeld, de ernst van de beperkingen, de mate van zelfredzaamheid en de persoonlijke geschiedenis, kunnen cliënten elkaar vaak niet helpen. De uitgangspositie van een LVB cliënt is daardoor vaak veel zwakker dan die van een cliënt die op bejaarde leeftijd zorg behoeft (Lunetzorg, 2016).

Deze moeilijkheden hoeven echter niet te betekenen dat het sociaal netwerk van LVB cliënten niet bij de zorg betrokken moet worden. Het betekent juist dat instelling X extra zijn best moet doen om het sociale netwerk een rol te laten spelen in de zorg. Het informele netwerk zorgt voor een versterking van het mentaal vlak van de cliënt. LVB cliënten voelen zich het prettigst wanneer het netwerk actief in beeld is. Er is immers niemand die de cliënt beter kent dan het netwerk zelf (De Jong 2013). De uitdaging voor instelling X is ervoor te zorgen dat het sociale netwerk binnen het aanbod van de professionele zorgverleners opgenomen kan worden. De methodiek 'Buiten kijken' die instelling X heeft ingezet, is specifiek gericht op het sociaal netwerk (Lustgraaf, 2011). Deze methode zal in hoofdstuk 2 nader beschreven worden.

Ook op microniveau interfereren de verschillende aspecten van het sociaal netwerk. De aandacht die instelling X heeft voor het sociaal netwerk kan gericht zijn op de analyse en behandeling van de problematiek van cliënten, op de overdracht van zorgtaken aan leden van het sociaal netwerk en op het verbeteren van de kwaliteit van leven. Het spreekt niet voor zich dat initiatieven die ondernomen worden met oog op het ene doel, instrumenteel zijn met oog op het andere doel. Soms zal wat nuttig is voor het ene doel, een averechts effect hebben voor het andere doel. Terwijl het voor het aanpakken van gedragsproblemen goed kan zijn familieleden te betrekken in de behandeling, kan dit confrontatie met zich mee brengen waardoor de afstand tussen de cliënt en familieleden groter wordt. Het gedragsprobleem is aangepakt, maar er komt geen 'bloemetje op tafel' meer.

1.2. Probleemstelling

Er moeten drie aspecten van het sociaal netwerk van de cliënt onderscheiden worden. De zorgsector is met die drie aspecten bekend en in zekere mate vertrouwd. Eén van die aspecten – dat van het sociale netwerk als factor in de analyse en behandeling – is een vast element van theorieën en methodieken. Door recente maatschappelijke ontwikkelingen is een tweede aspect – dat van het sociale netwerk als bron van informele zorg – prominenter in de aandacht gebracht. Zorginstellingen moeten met minder financiële middelen dezelfde kwaliteit leveren. Waar het sociale netwerk voorheen een welkome aanvulling kon zijn op de formele zorg, is de informele zorg door de nieuwe wetgeving

noodzakelijk geworden om de zorg op het vereiste kwaliteitsniveau te houden. Komt het derde aspect van het sociaal netwerk – die van ‘bloemetje op tafel’ – hierdoor niet te veel in gedrang?

Naast de zorg op het vereiste kwaliteitsniveau te houden streeft instelling X ernaar gehoor te geven aan de wensen van de cliënt. De cliënt is immers de basis van de zorg. De cliënten van instelling X hebben aangegeven dat ze wensen en behoeften hebben rond het sociaal netwerk. Deze wensen lijken overwegend betrekking te hebben op de rol van het sociaal netwerk in relatie tot de kwaliteit van leven, niet in relatie tot de kwaliteit van de zorg. Het is voor instelling X van belang deze wensen en behoeften scherper in beeld te krijgen om daar gericht actie op te kunnen ondernemen om het gewenste effect te kunnen bereiken.

Verificatie

Het activeren van het sociaal netwerk wordt binnen de zorgsector vooral als een probleem ervaren. De cliëntbegeleiders van instelling X hebben in het vooronderzoek verteld dat dit ook binnen instelling X het geval is. Volgens hen wordt bij de meeste cliënten het sociaal netwerk niet of nauwelijks betrokken in het zorgaanbod. Wanneer het informele netwerk wel betrokken raakt, heeft dit volgens de cliëntbegeleiders een positieve invloed op het welzijn van de cliënt. De methodiek ‘Buiten kijken’ die de organisatie hiertoe heeft ingezet is echter nog onvoldoende bekend en heeft daardoor vooralsnog onvoldoende effect. De organisatie wil graag weten wat de wensen van de cliënten zijn met betrekking van het netwerk en hoe dit netwerk daadwerkelijk verbeterd kan worden en heeft daarom opdracht gegeven aan de onderzoeker om dit te onderzoeken.

1.3. Onderzoeksdoelstelling

Het onderzoek heeft tot doel het sociale netwerk meer te betrekken bij de zorg voor LVB cliënten in instelling X. Dit wordt bewerkstelligd door het belang van het sociaal netwerk voor de kwaliteit van leven van LVB cliënten binnen instelling X te analyseren, de wensen die LVB cliënten aan het sociaal netwerk stellen in kaart te brengen, de methoden en middelen om dit sociaal netwerk te versterken te inventariseren en praktische aanbevelingen hierover te formuleren aan instelling X.

1.4. Hoofdvraag en deelvragen

De hoofdvraag van het onderzoek

Met welke initiatieven en activiteiten, die gericht zijn op het betrekken van het sociaal netwerk van LVB cliënten, kan instelling X de kwaliteit van leven van LVB cliënten verbeteren?

De deelvragen van het onderzoek

- 1: Welke functie heeft het sociaal netwerk voor de kwaliteit van leven van LVB cliënten?
- 2: Welke wensen, verwachtingen en behoeften hebben LVB cliënten binnen instelling X van het sociaal netwerk?
- 3: Wat kan instelling X doen om het sociaal netwerk van LVB cliënten te laten bijdragen aan de kwaliteit van leven van LVB cliënten?

1.5. Begripsafbakening

Cliënt

In dit onderzoek staat de term 'cliënt' voor mensen met een licht verstandelijke beperking, in de leeftijd van achttien tot vijfenzestig jaar oud die woonachtig zijn in twee verschillende complexwoningen binnen zorginstelling X (Lunetzorg, 2017).

Cluster complex

De complicatie die bij een cliënt met een licht verstandelijke beperking ontstaat in combinatie met gedragsproblemen en/of psychische problemen (Lunetzorg 2016).

Formele zorg

Onder formele zorg wordt de zorg verstaan die wordt geboden door mensen die in dienst zijn van de zorginstelling of die in opdracht van de zorginstelling werken. In de meeste gevallen gaat het om mensen die specifiek geschoold zijn voor de zorgtaken die ze uitvoeren, of die vanwege ervaring als zorgprofessional gelden.

Informele zorg

Informele zorg is de zorg die niet geboden wordt door de professional maar door iemand uit het sociaal netwerk van de cliënt. Deze personen krijgen niet betaald voor de zorg die ze bieden en vallen niet onder het gezag van de zorginstelling waar de cliënt verblijft. Soms worden ze aangeduid met de term 'mantelzorger' (Kwekkeboom & Steyaert, 2012).

LVB

De afkorting LVB staat voor Licht Verstandelijke Beperking. Iemand heeft een licht verstandelijke beperking (LVB) als hij aanzienlijke beperkingen heeft op de volgende twee gebieden:

Cognitieve ontwikkeling. Dit uit zich in een IQ-score tussen de 50 en 70.

Adaptieve vaardigheden, ook wel (sociaal) aanpassingsvermogen genoemd. Hieronder vallen conceptuele vaardigheden (zoals lezen, schrijven en rekenen), sociale vaardigheden (zoals communicatieve vaardigheden en het oplossen van sociale problemen) en praktische vaardigheden (zoals persoonlijke verzorging en gebruik maken van openbaar vervoer). Iemand heeft aanzienlijke beperkingen als hij niet voldoet aan dat wat gezien zijn leeftijd en zijn cultuur verwacht wordt (kenniscentrumlvb, 2017)

Sociaal netwerk

Het sociale netwerk is het netwerk van personen die bij de cliënt betrokken zijn maar die niet in dienst zijn van de zorginstelling of in opdracht van de zorginstelling werken. In de meeste gevallen zal het gaan om familieleden of vrienden en kennissen. Professionele zorgverleners worden niet gerekend tot het sociaal netwerk. Ook als een professionele zorgverlener een goed persoonlijk contact heeft met een cliënt, blijft deze relatie in het teken staan van de rol die de zorgverlener als professional heeft. Voor informele zorgverleners, zoals de vrijwilligers van een zorginstelling, ligt dit genuanceerder. Het wordt niet bezwaarlijk geacht als een vrijwilliger een band opbouwt met een cliënt die niet meer gerelateerd is aan de zorgtaken die de vrijwilliger uitvoert. In een jaarverslag van instelling X wordt de mogelijkheid dat vrijwilligers een onderdeel zijn van het sociaal netwerk van een cliënt expliciet onderkend:

“Vrijwilligers en mantelzorgers hebben een belangrijk aandeel in het bouwen aan een goed leven van cliënten. Daarnaast vormen vrijwilligers steeds meer een geïntegreerd onderdeel van het sociaal netwerk van een cliënt (Lunetzorg, 2016)”.

Zorgprofessionals

De zorgprofessionals zijn de begeleiders en de behandelaars van de cliënten in de verschillende woningen binnen de zorginstelling. Tot deze groep behoren stagiaires, woonbegeleiders, cliëntondersteuners, teamleiders en managers (Lunetzorg, 2016).

Zorginstelling

Een zorginstelling is een instelling die op een professionele wijze zorg verleent aan een bepaalde doelgroep.

Zorgzwaartepakketten (ZZP)

Zorgzwaartepakketten leggen de relatie vast tussen de beperking of de problematiek van een cliënt en de aard en de omvang van de zorg waar de cliënt krachtens de WLZ recht op heeft. Er zijn acht ZZP-niveaus, oplopend in zwaarte.

Hoofdstuk 2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk worden de theoretische modellen en inzichten besproken die in dit onderzoek zijn gebruikt. Het onderzoek richt zich specifiek op een instelling met LVB cliënten. In paragraaf 2.1. wordt deze groep nader omschreven. In paragraaf 2.2. staat het belang voor LVB cliënten van het hebben van een sociaal netwerk centraal. In paragraaf 2.3 worden methodieken en methoden beschreven die gericht zijn op het sociaal netwerk van cliënten.

2.1. Aandachtspunten bij LVB

In de laatste twee decennia hebben onderzoekers LVB exacter omschreven en de oorzaken hiervan onderzocht. Vroeger werden mensen met een verstandelijke beperking nog aangeduid als “zotten en onnozelen”, in de nieuwe DSM-V (2013) spreekt men van een intellectuele ontwikkelingsstoornis. Een kenmerk is het beperkt zijn in de algemene cognitieve vaardigheden bijvoorbeeld het redeneren, het oplossen van problemen, het plannen van werkzaamheden, het abstract denken, en het leren uit ervaring. Deze tekorten worden vastgesteld met intelligentietesten en klinische evaluatie. Men spreekt van een LVB wanneer het intelligentie quotiënt (IQ) tussen de 50 en de 70 ligt.

Een LVB kan verschillende oorzaken hebben. In sommige gevallen is er sprake van een aangeboren genetische afwijking maar een LVB kan ook een oorzaak hebben die bij de geboorte al wel werkzaam was maar niet genetisch van aard is. Dit kan gebeuren als de moeder tijdens de zwangerschap ziek is geweest of alcohol, drugs of medicijnen heeft gebruikt. Een LVB kan ook na de geboorte ontstaan door zuurstofgebrek een hersenbloeding of een ongeluk. In alle gevallen is een LVB permanent. Het kan niet door medicijnen of een oefentherapie ‘weggetoverd’ worden (De Beer, 2011).

In het kader van dit onderzoek is het belangrijk om op te merken dat de intellectuele ontwikkelingsstoornis zich ook uit in de mate waarin de cliënt zich kan aanpassen aan een omgeving. De adaptieve vaardigheden zijn beperkt en dit straalt uit naar het sociaal functioneren. Mensen met een LVB kunnen vaak niet uit zichzelf voldoen aan de cultureel bepaalde standaard voor persoonlijk en sociaal functioneren. Zowel de tekorten in de algemene cognitieve vaardigheden als de tekorten in de adaptieve vaardigheden zijn ontstaan in de periode waarin de persoon zich ontwikkelt (De Beer, 2011). De beperking in adaptieve vaardigheden kan echter deels worden gecompenseerd door ondersteuning en training. Ontbreekt deze ondersteuning dan is het maatschappelijk functioneren van een persoon met LVB zeer beperkt. Op school, op de werkvloer, in het verenigingsleven, maar ook thuis kan iemand met een LVB zonder ondersteuning zijn draai niet vinden.

In de volgende paragraaf zal nader worden ingegaan op het belang van een sociaal netwerk in het algemeen en voor mensen met een beperking in het bijzonder. Uit bovenstaande is duidelijk dat voor mensen met een LVB het sociaal netwerk zeer belangrijk is. Het sociaal netwerk kan ‘als vanzelf’ het stukje ondersteuning bieden dat nodig is om te kunnen functioneren. Relevant is dat mensen met een LVB vaak een beperkt sociaal netwerk hebben en daar ook minder tevreden over zijn (Asselt-Goverts, Embregts, Hendriks, & Frielink, 2010). Dit is soms een gevolg van het beperkte sociale

aanpassingsvermogen van de persoon in kwestie. Die kan moeilijker met sociale situaties omgaan, en is niet goed in het aangaan en onderhouden van contacten. Voor zorgprofessionals is het van belang dit netwerk te versterken en waar mogelijk uit te breiden (Asselt-Goverts, Embregts, Hendriks, & Frielink, 2010).

2.2. Het belang van een sociaal netwerk

Het is, ook zonder onderzoek, redelijk om aan te nemen dat een sociaal netwerk belangrijk is, zowel voor mensen met een beperking als voor mensen zonder beperking. Om het belang van een sociaal netwerk beter te kunnen begrijpen is in deze paragraaf de theorie over dit onderwerp doorgenomen.. Onderzoek als dat van Baarn (1990) heeft aangetoond dat het sociaal netwerk bijdraagt aan vier essentiële levensbehoeften:

- Affectieve behoeften: liefde, gewaardeerd worden, emotionele ondersteuning en erkenning krijgen.
- De behoeften om ergens bij te horen: gezamenlijke interesses hebben en hierbij sociale contacten vinden en onderhouden.
- Materiële behoeften: eten, drinken, kleding, onderdak.
- De behoefte aan sociale zekerheid: de zekerheid dat je ergens op terug kunt vallen.

Voor iemand die is ingenesteld in een sterk en stabiel sociaal netwerk, is een stukje welzijn dus 'als vanzelf' gegarandeerd. Hieraan kan die persoon kracht ontleen. Zo'n persoon is minder vatbaar voor stress en depressies en kan tegenslagen beter aan. Zelfs traumatische gebeurtenissen, zoals een ernstig ongeval of het overlijden van een dierbare, kunnen door een sterk sociaal netwerk beter worden verwerkt. De identiteit van het individu wordt deels gevormd door het sociale netwerk (Baarn, 1990). Het biedt een basis voor maatschappelijke weerbaarheid. Voor wie maatschappelijk verzwakt is, kan het versterken van het sociaal netwerk een stap zijn in het terugnemen van de regie over het eigen leven (Admiraal, 2016).

Waar het bovenstaande al geldt voor mensen in het algemeen, zo geldt het des te meer voor mensen met een LVB. Voor elke behoefte die, mede door het sociaal netwerk bevredigd kan worden, geldt dat de behoeftebevrediging in gevaar komt als er geen sterk sociaal netwerk aanwezig is. LVB cliënten zijn niet sterk in het opbouwen en onderhouden van een sociaal netwerk. Als een LVB cliënt is opgenomen in een zorginstelling, zullen de materiële behoeften (eten, drinken, onderdak) worden bevredigd. Daar is het sociaal netwerk dan niet voor nodig. Andere behoeften waarin een sociaal netwerk kan voorzien kunnen echter onbevredigd blijven. Een zorginstelling is niet altijd in staat een context te creëren waarin, bijvoorbeeld, een LVB cliënt die gefascineerd is door plakplaatjes van voetbalsterren deze hobby in een sociaal verband kan beoefenen. Hoe zeer personeelsleden ook hun best doen, soms kunnen ze met een bepaalde LVB cliënt niet die emotionele klik krijgen die de cliënt wel heeft met zijn netwerk.

2.3. Het tot stand komen van een stabiel sociaal netwerk

Nu is vastgesteld waarom een sociaal netwerk noodzakelijk is voor een LVB cliënt, is het zaak na te gaan op welke wijze een stabiel sociaal netwerk tot stand kan komen en hoe een zorginstelling hierin theorie aan bij kan dragen. In deze paragraaf worden daarom vier theorieën en methodieken besproken.

De eerste theorie, de communicatietheorie, is niet specifiek ontwikkeld voor de context van cliënten in de zorg maar geeft wel inzicht in de algemene communicatie tussen mensen en binnen netwerken.

Het tweede model, het systeemtheoretisch model van Steven Pont (2016), is wel specifiek ontwikkeld voor hulpverleners en zorgprofessionals. Dit model is gebaseerd op de systeemtheorie, zij het toegespitst op de praktijk van de zorg. Om het model van Pont te begrijpen zal bij de bespreking van dit model ook de systeemtheorie in het algemeen worden besproken.

Het derde model, het triadisch werken, is ook specifiek ontwikkeld voor hulpverleners en zorgprofessionals. Waar het model van Pont geschikt is om de interactie tussen mensen in een netwerk te analyseren, is het triadisch werken expliciet gericht op het tot stand brengen van een samenwerking tussen cliënt, familie en begeleider.

Tot slot wordt de methodiek “Buiten kijken” besproken. Deze methodiek is in voorgaande jaren door instelling X gebruikt om cliënten te ondersteunen bij het aangaan van nieuwe sociale contacten. Deze methodiek is minder theoretisch dan de drie eerder genoemde modellen. Een ander verschil is dat deze methodiek niet gericht is op de rol van het sociaal netwerk in de analyse en behandeling van cliënten, of op het sociaal netwerk als bron van informele zorg. De methodiek “Buiten kijken” is specifiek gericht op de rol die het sociaal netwerk kan hebben bij het verbeteren van de kwaliteit van leven van de cliënt.

2.3.1. De communicatie theorie

De communicatietheorie onderscheidt twee manieren van communiceren: verbale en non-verbale communicatie. Onder verbale communicatie wordt communicatie verstaan via het gesproken of geschreven woord. Non-verbale communicatie bestaat uit communicatie zonder woorden. Mensen laten in hun gedrag zien wat ze zeggen (Watzlawick, 2012).

Elke interactie heeft twee niveaus: het inhoudsniveau en het betrekkingsniveau. Op het inhoudsniveau wordt informatie gegeven. Als iemand zegt: “het gaat slecht met het bedrijf”, dan wordt de informatie gecommuniceerd dat het slecht gaat met het bedrijf. Op het betrekkingsniveau speelt ook de relatie tussen de personen die communiceren. Als de werkgever tegen een werknemer zegt: “het gaat slecht met het bedrijf”, dan kan de werknemer daarin de aankondiging horen dat de werkgever hem wil gaan ontslaan. Daarin kan de werknemer zich vergissen. Misschien wilde de werkgever gewoon met hem de stand van zaken van het bedrijf bespreken zonder dat daar een aanzegging tot ontslag in zat.

Terwijl het op het inhoudsniveau al best moeilijk is om duidelijk te communiceren, is het betrekkningsniveau altijd een potentiële bron van misverstanden (Stevens, 2017).

Voor mensen zonder verstandelijke beperking is het al moeilijk om goed te communiceren maar voor LVB cliënten is het verschil tussen het inhoudsniveau en het betrekkningsniveau een extra drempel. Dit is zeker het geval wanneer de verbale en de non-verbale communicatie niet op één lijn liggen. Als een begeleider met een lachend gezicht tegen een LVB cliënt zegt dat hij boos is, dan is dit voor een LVB cliënt moeilijk te interpreteren. De begeleider is, in een bepaald opzicht, de 'baas' over de cliënt. Vanwege dat betrekkningsaspect kan de cliënt uit wat gezegd wordt, de boodschap halen dat er mogelijk een sanctie volgt. Dat *wat* gezegd wordt, sluit echter niet aan bij *hoe* het gezegd wordt. Is de begeleider dan niet echt boos, en volgt er dan geen sanctie?

Een begeleider van een LVB cliënt dient dit soort verwarring te voorkomen en zo duidelijk mogelijk te communiceren. In twijfelgevallen moet de begeleider doorvragen om na te gaan of de cliënt de boodschap daadwerkelijk heeft begrepen. Daarbij moet de begeleider in het achterhoofd houden dat de cliënt bepaalde stijlfiguren, zoals ironie, soms wel goed zal duiden als dat van een familielid komt, maar niet als dat van de begeleider komt. De inhoud die we oppikken uit wat de ander zegt, wordt in belangrijke mate bepaald door onze relatie tot die ander (Watzlawick, 2012).

2.3.2. *Systeemtheoretisch model*

In 2016 presenteerde Steven Pont een model voor het analyseren van communicatie en relaties (Pont, 2016). Zijn bedoeling met dit model was om inzichten uit de systeemtheorie toegankelijk en toepasbaar te maken voor hulpverleners en zorgprofessionals.

Het basisidee van de systeemtheorie is dat als je alles wat je bestudeert moet beschouwen als onderdeel van een systeem. Een gezin, een sportteam, een vriendengroep, een afdeling in een organisatie; het zijn allemaal systemen. Een schroefje in een motor is interessant maar je kunt het schroefje pas begrijpen als je inzielt wat de functie van het schroefje is binnen het systeem van de motor. Iemand kan bijvoorbeeld vader zijn in een gezin met twee kinderen en tegelijkertijd kok in een restaurant. Als hij de vinger in de lucht laat draaien, duidt dit er in de ene rol dat hij een kind bestraffend toespreekt en in de andere rol dat hij een pizza aan het bakken is (Pont, 2016).

Het praktisch belang van dit basisidee is dat je door te kijken naar de samenhang tussen de onderdelen van een systeem kunt zien hoe een verandering in het ene onderdeel een verandering in het andere onderdeel teweeg brengt, en zo een wijziging in het systeem als geheel. Of, juist omgekeerd, dat een onderdeel van een systeem het wijzigen van een ander onderdeel kan tegenhouden.

Passen we dit toe op het soort systemen waar zorgprofessionals mee te maken hebben, dan zien we deze mechanismen aan het werk in, bijvoorbeeld, een gezin. Sommige gezinnen zitten zo in elkaar dat als je wilt dat de jongste zoon iets gaat doen, de vader het goede voorbeeld moet geven. In andere gezinnen werkt dat niet, bijvoorbeeld omdat de vader en de jongste zoon elkaar zelden zien, of omdat de zoon steeds juist precies het tegengestelde doet als de vader denkt. Zorgprofessionals moeten daar oog voor hebben (Pont, 2016).

De zorgprofessional moet proberen te begrijpen wat de relatie is tussen de personen die samen een systeem vormen en hoe ze elkaar beïnvloeden. Op basis daarvan moet hij interventies plegen. Daarbij moet hij voorkomen dat hij zichzelf vastzet in een te snelle hypothese. Als een LVB cliënt bijvoorbeeld in het begin afwijzend of boos reageert op de moeder, dan moet de zorgprofessional niet meteen concluderen dat de moeder geen invloed heeft op de cliënt. Het is mogelijk dat de cliënt die reactie alleen heeft als er een derde aanwezig is bijvoorbeeld de vader of de zorgprofessional zelf. De reactie is dan mogelijk niet gericht naar de moeder, maar naar die derde, die niet mag denken dat de cliënt zijn moeder slaafs volgt.

Om zorgprofessionals te helpen de dynamiek van systemen te begrijpen, reikt Pont (2016) een model aan met zeven stappen. Toegepast op het systeem 'Gezin' ziet dit model er als volgt uit:

1. Beschrijf de omgeving van de cliënt;
2. Analyseer de binding, de balans en de sociale ordening in die omgeving;
3. Werk deze analyse uit voor de elementen die van belang zijn voor het gezinsevenwicht (homeostase)
4. Maak een systeemanalyse;
5. Stel hypothesen op over de factoren die het gezinsevenwicht bedreigen;
6. Stel doelen op die gericht zijn op het onderdrukken van die factoren;
7. Pleeg interventies om de doelen te bereiken.

Bij het systeem 'Gezin' staat de term 'homeostase' voor het gezinsevenwicht. De term is echter ook van toepassing op andere systemen. De betekenis van de term is steeds "evenwicht in het systeem" (Pont, 2016).

Door stap 7 zal de situatie gewijzigd worden. Dit vereist een nieuwe systeemanalyse. De stappen in dit model zullen in de praktijk dus meerdere malen doorlopen moeten worden.

2.3.3. *Triadisch werken*

In de probleemanalyse is het triadisch werken al langsgesproken. Deze werkwijze wordt in verschillende internationale bronnen beschreven. Zo beschreef de psycholoog C.A. Whittaker in 1969 een triadische gezinstherapie. In Nederland wordt het triadisch werken gepropageerd door onder meer orthopedagoog Chiel Egberts. Die heeft er zijn eigen variant van gemaakt onder de naam 'driehoekskunde' (Egberts, 2017). In dit model is de aandacht niet alleen gericht op de cliënt maar vooral op het netwerk. In de methode die Egberts aanduidt met 'driehoeksbegeleiding' staat de samenwerking tussen cliënt, familie en begeleider centraal. Iedere hoek wordt ingenomen door een persoon, waar zowel de hulpverlener als de naasten worden uitgedaagd om vanuit elkaars gezichtspunt naar een bepaalde kwestie te kijken. Op die manier worden meningen, opvattingen en inzichten uitgewisseld en leert men van elkaar. Het uitgangspunt hierbij is dat er een evenwicht wordt gevonden, zodat er een balans kan worden ontwikkeld in de driehoek.

Egberts onderscheidt drie driehoeksprincipes: volgorde, verbinding en positie (Egberts, 2017). Het principe volgorde staat voor de chronologie waarin de driehoek tot stand komt. De driehoek cliënt-

ouders-begeleider is pas volledig als de professional aanschuift, maar de basis van de driehoek is er al langer. De driehoek begint bij de geboorte van een kind. Daarna delen de ouders en het kind jarenlang lief en leed. Pas op een later moment schuift de professional aan. Zijn hoek in de driehoek is tot dan toe leeg gebleven. Meestal vertrekt de professional later weer. Professionals zijn passanten (Egberts, 2017). Daarom moet de professional zich bescheiden opstellen, en vooral verkennend te werk gaan. Hij zal moeten onderzoeken door te luisteren naar de basis van de driehoek, de cliënt en de familie. Op die manier zal hij de gewoontes binnen de driehoek moeten achterhalen en vervolgens onderzoeken wat wel en niet werkt. Daar moet de professional bij aansluiten. Hij moet de driehoek respecteren om op een zeker moment deel te kunnen nemen aan de driehoek. Aansluiten en respect tonen voor de cliënt zijn noodzakelijk om tot een goede driehoeksverhouding te kunnen komen.

Het tweede driehoekprincipe is verbinding. Verbinding is essentieel want zonder verbinding is er geen driehoek mogelijk. Professionals dienen zich met de beide andere hoeken van de driehoek te verbinden. Voor veel professionals is dit nieuw. Zij hebben geleerd om zich alleen met een van de hoeken, de cliënt, te verbinden. Ook voor de ouders is dit nieuw. Die verbinden zich vooral met hun kind. Professionals worden hoogstens als functioneel gezien waardoor de driehoek een zijde van verbinding mist (Egberts, 2017). Als een zijde van de driehoek ontbreekt, is het noodzakelijk om hulp in te zetten om deze driehoek bij elkaar te houden. Egberts (2017) stelt dat orthopedagogen als driehoek begeleider kunnen fungeren. Door maandelijks gesprekken te voeren met ouders en professionals kunnen ze de ontbrekende zijde toevoegen.

Het derde driehoekprincipe is positie. In de driehoek heeft ieder een eigen plek. Het is van belang dat ieder op de eigen plek blijft en de ander op de eigen plek laat. Wanneer dit gebeurt kan een samenwerking optimaal benut worden doordat ieder de ander respecteert voor diens betrokkenheid (Egberts, 2017).

2.3.4. Methodiek “Buiten kijken”

In de jaren voorafgaand aan dit onderzoek heeft instelling X de methodiek “Buiten kijken” ingezet om cliënten te ondersteunen in het aangaan van nieuwe sociale contacten. Deze methode heeft expliciet tot doel het sociaal netwerk van de cliënten te versterken, te vitaliseren. In de beschrijving van de methode wordt daarom gesproken van een vitaal sociaal netwerk (Lustgraaf, 2011).

De naam van de methode, “Buiten kijken”, verwijst naar het perspectief van de zorgprofessional. Die moet naar buiten kijken, naar de buitenwereld van de cliënt, om te begrijpen hoe het sociaal netwerk van de cliënt in elkaar steekt, en welke mogelijkheden daar liggen.

De methodiek heeft een theoretische grondslag in het rapport dat Robert Schalock en collega's hebben geschreven voor de Verenigde Naties (Lustgraaf, 2011). In het rapport worden vijf dimensies van het leven benoemd die positief beïnvloed kunnen worden door mensen in je netwerk:

1. Gerespecteerd worden als medemens;
2. In vrijheid vorm geven aan je leven;
3. Het vervullen van een rol die in de samenleving gewaardeerd wordt;

4. Het hebben van waardevolle relaties en contacten;
5. Het je kunnen ontplooiën en ontwikkelen.

De methode bestaat uit de volgende acht elementen:

1. Versterk de Visie op een Vitaal sociaal netwerk (VVV)
2. Kijk (met plezier) naar buiten
3. Stel de voorkeuren en vragen van de cliënt centraal
4. Kijken naar GASTfactor van het sociale netwerk
5. Kijk je twee keer zo rijk, $1 + 1 = 3$
6. Organiseer een netwerkberaad
7. Coachen van ervaringsleren
8. Begin bescheiden en reken op meer

Bij elke stap wordt de zorgprofessional uitgenodigd zich vragen te stellen over de rol van het netwerk van de cliënt. Zo worden bij de eerste stap, “Versterk je Visie op een Vitaal sociaal netwerk (VVV)” de volgende drie vragen meegegeven.

- “In hoeverre zie ik dat relaties met ouders, maar ook burens, vrienden en familie en andere leden van de samenleving een onmisbare en unieke bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven van mijn cliënt?
- Welke onmiddellijke relatie zie ik tussen de kwaliteit van het sociaal netwerk met regie, het zelfrespect, de ontplooiing, en de sociale rollen van de cliënt?
- Hoe ga ik om met vooroordelen en verwrongen visies van ‘derden’ – boeren, burgers en buitenlui ... - ten aanzien van mensen met een verstandelijke beperking?” (Lustgraaf, 2011).

Na het beantwoorden van deze vragen worden competentietips gegeven. Voor de vragen hierboven wordt bijvoorbeeld de volgende competentietip meegegeven:

“Weet dat en hoe de sociale omgeving van de cliënt actief mee kan denken en een actieve bijdrage kan leveren aan een goed bestaan van de cliënt” (Lustgraaf, 2011, p.13).

Er zijn ook meer praktische competentietips als:

“Onderhoud zo nodig plaatsvervangend de contacten met de relaties van de cliënt” (Lustgraaf, 2011, p.14).

Bij elk element van de methodiek kan de zorgprofessional gebruik maken van werkbladen. Bij het eerste onderdeel hoort het werkblad 1.A. Support. Daarmee kan de zorgprofessional de ondersteuning die het netwerk van de cliënt biedt in kaart brengen. De onderdelen van de methodiek

vullen elkaar aan, maar ze hoeven niet perse in de aangegeven volgorde doorlopen te worden, en sommige onderdelen zullen meer dan eens moeten worden doorlopen.

2.3.5. Relevantie van de modellen

De communicatietheorie van Watzlawick (2012) is zozeer ingeburgerd geraakt dat theoretische concepten, zoals het verschil tussen het inhoudsaspect en het betrekkingaspect, praktisch hanteerbaar zijn geworden, ook binnen dit onderzoek. Bij het afnemen en uitwerken van de interviews zal rekening worden gehouden met het verschil tussen deze twee aspecten.

Voor de drie andere modellen die hierboven besproken zijn lijkt het voor zich te spreken dat deze relevant zijn voor dit onderzoek. Ze zijn alle drie specifiek gericht op de zorg en verwijzen expliciet naar de rol van de zorgprofessional. De vraag is of ze elkaar kunnen aanvullen en hoe dat gaat. Er zijn overeenkomsten tussen het model van Steven Pont (2016), het triadisch werken van Egberts (2017) en de methodiek “Buiten kijken”(2011). Een gemeenschappelijk kenmerk is dat ze het perspectief van de zorgprofessional, die primair gericht is op de eigen bijdrage aan de zorg, proberen te doorbreken. Daarbij kijkt, elk model op een andere manier, naar de rol van het netwerk van de cliënt, en de positie van de zorgprofessional daarin en draagt elk model een inzicht aan dat voor de zorgprofessional waardevol kan zijn. Elk model beoogt de zorgprofessional praktisch te ondersteunen met een soort stappenplan.

Deze overeenkomsten maken het verleidelijk om deze modellen in de praktijk te combineren en ze samen te vatten in een gestructureerde verzameling van praktische tips en trucs. Er zijn echter verschillen tussen de drie modellen die het combineren ervan compliceren. Een van de complicaties is dat elk model een eigen terminologie gebruikt. Het is niet duidelijk of termen die naar soortgelijke zaken lijken te verwijzen, daadwerkelijk inwisselbaar zijn. Is de ‘driehoek’ in het triadisch werken van Egberts een ‘systeem’ in de zin van Pont? Of verwijst de term ‘systeem’ zoals Pont die gebruikt uitsluitend naar de basisrelatie tussen cliënt en familie in de driehoek van Egberts?

Een andere complicatie bij het combineren van deze modellen is het verschil in abstractiegraad. Het systeem van Pont wordt toegepast op systemen als het gezin maar de basisstructuur van het model zou ook gebruikt kunnen worden door een automonteur die interventies moet plegen om de motor van een auto te repareren. In het model van Egberts wordt degene die de interventies pleegt zelf in de analyse betrokken. Het idee van ‘triadisch werken’ laat zich daardoor niet overhevelen naar de situatie van de automonteur die de motor van een auto moet repareren. Dat brengt de structuur van zijn model dicht bij de praktijk van de zorgprofessionals maar ook zijn model is nog relatief abstract vergeleken met de richtlijnen en tips die in de methodiek “Buiten kijken” langskomen.

Zoals hierboven, in de inleiding van deze paragraaf, aangegeven is deze methodiek ook specifiek gericht op de bijdrage van het sociaal netwerk aan de kwaliteit van leven. Omdat dit onderzoek hierover praktische aanbevelingen wil doen aan instelling X zal in dit onderzoek de methodiek “Buiten kijken”, expliciet betrokken worden in het meetinstrument.

Hoofdstuk 3. Methodologie

In dit hoofdstuk wordt de methodologie van dit onderzoek uiteengezet. In paragraaf 3.1 worden de onderzoekspopulatie en de steekproef beschreven. Vervolgens wordt in paragraaf 3.2 de dataverzamelmethode toegelicht. Daarna volgt in paragraaf 3.3 een beschrijving van het meetinstrument en een evaluatie van de betrouwbaarheid en de validiteit hiervan. Tot slot wordt in paragraaf 3.4 de wijze van data-analyse geanalyseerd.

3.1. Onderzoekspopulatie en steekproef

Dit onderzoek is gericht op het sociale netwerk van LVB cliënten van instelling X. Om, in aanvulling op het theoretisch kader, informatie te verzamelen waarmee de deelvragen kunnen worden beantwoord zullen in totaal tien interviews worden afgenomen bij acht LVB cliënten en twee cliëntbegeleiders. Cliëntbegeleiders worden bevraagd omdat zo het perspectief van de LVB cliënten wordt aangevuld (Boeije, 2014). Deze respondenten wonen en werken op twee woonlocaties van instelling X. Op deze woonlocaties wonen LVB cliënten. Er is gekozen voor deze twee woonlocaties omdat de onderzoeker hier werkzaam is en vertrouwd is voor de cliënten. Dit maakt het minder lastig voor de cliënt om in gesprek te gaan met de onderzoeker.

Binnen deze twee woonlocaties zullen de respondenten zo willekeurig mogelijk worden geselecteerd. Bij de selectie door de onderzoeker zullen geen criteria gebruikt worden als geslacht of leeftijd. Alle bewoners van de locaties hebben een gelijke kans om geselecteerd te worden (Migchelbrink, 2014). Een volledig willekeurige selectie is evenwel niet mogelijk. De selectie zal stapsgewijs moeten plaatsvinden. De uiteindelijke selectie zal echter afhankelijk zijn van het oordeel van cliëntbegeleiders en de instemming van de respondenten. Voorafgaand aan de interviews zal per e-mail contact worden opgenomen met de cliëntbegeleiders van de willekeurig geselecteerde cliënten. De onderzoeker zal hierin nadrukkelijk vragen of de cliënten geïnterviewd mogen worden. Het onderwerp sociaal netwerk kan bij een cliënt immers een gevoelig onderwerp zijn. De onderzoeker wil voorkomen dat, door dit onderwerp met een cliënt te bespreken, de behandeling van de cliënt verstoord wordt. De cliëntbegeleiders kunnen dit het beste inschatten. Als de cliëntbegeleider van oordeel is dat een willekeurig geselecteerde cliënt door het bespreken van dit onderwerp niet geschaad wordt, zal de onderzoeker de respondenten mondeling om toestemming vragen voor het interview. Hiervoor is gekozen omdat uit eigen ervaring blijkt dat deze doelgroep beter uit de voeten kan met een mondelinge uitleg dan met een schriftelijke toelichting. Bovendien kan de onderzoeker, als benaderde cliënten vragen hebben over het onderzoek, deze vragen meteen beantwoorden.

De respondenten worden dus niet aselekt bepaald. Iedere cliënt heeft dezelfde kans om geselecteerd te worden. Het overzicht hieronder illustreert waar de selectieprocedure willekeurig zal zijn, waar het gestuurd zal worden door keuzes, en welk deel van de volledige populatie LVB cliënten bij welke stap af gaat vallen.

stap		Aselect	Effect
1	Keuze voor woongroep	Nee	LVB cliënten die niet woonachtig zijn binnen een van de twee woonlocaties vallen af.
2	Keuze voor respondenten binnen woongroep	Ja	Geen
3	Toestemming van cliëntbegeleiders	Nee	LVB cliënten waarvoor de cliëntbegeleider geen toestemming verleent, vallen af
4	Toestemming van cliënt	Nee	LVB cliënten die geen toestemming geven, vallen af.

De keuze voor deze twee woongroepen is gestuurd. Cliënten die wonen in één van deze twee woongroepen komen in aanmerking om geselecteerd te worden, andere cliënten vallen af. De keuze voor de respondenten is niet gestuurd: alle cliënten van deze twee locaties komen in aanmerking. Nadat de respondenten bekend zijn, wordt er toestemming gevraagd aan de cliëntbegeleiders. Wordt er geen toestemming verleend dan viel de desbetreffende respondent af. Aan de respondenten die overblijven zal toestemming gevraagd worden. Cliënten die geen toestemming geven, vallen alsnog af.

Alle cliëntbegeleiders betrekken in het onderzoek is praktisch niet haalbaar vanwege de beschikbare tijd. Aan de cliëntbegeleiders van beide woonlocaties wordt de open vraag gesteld wie een bijdrage wil leveren aan het onderzoek door het deelnemen aan een interview. Met de eerste twee cliëntbegeleiders die hierop positief reageren, wordt een interview gehouden.

Steekproef

De hierboven beschreven selectieprocedure heeft vijf vrouwelijke, drie mannelijke cliënten en twee vrouwelijke cliëntbegeleiders opgeleverd als respondenten. Alle respondenten zijn, allen werkzaam of woonachtig op een van de twee locaties.

Anonimiteit

Het is van belang de anonimiteit van de respondenten doorheen het onderzoek en bij de verslaglegging te waarborgen. Hiertoe zal een aantal maatregelen worden genomen:

- 1: Er wordt een privacy document ondertekend (zie bijlage). Hierin staat vermeld dat de gegevens vertrouwelijk blijven.
- 2: Voorafgaand aan het gesprek zal de onderzoeker melden dat de gegevens alleen voor dit onderzoek bestemd zijn.
- 3: Tijdens het onderzoek zullen geen namen worden genoteerd. Respondenten krijgen een nummer en worden doorheen het onderzoek met dit nummer geïdentificeerd.

Ook de naam van de instelling en de woonlocaties waar het onderzoek heeft plaatsgevonden, wordt niet in de verslaglegging opgenomen.

- 4: Na het onderzoek worden de verzamelde gegevens vernietigd.

3.2. Dataverzamelmethode

De onderzoeksvraag is gericht op het in kaart brengen van het belang van het sociaal netwerk. Daarbij moet rekening worden gehouden met het onderscheid dat in de probleemanalyse is gemaakt tussen drie aspecten van het sociaal netwerk. Dit onderscheid maken spreekt voor cliënt-respondenten niet voor zich. In de omgang met het sociaal netwerk maken cliënten mogelijk geen onderscheid tussen contacten die plaatsvonden in de context van analyse en behandeling, contacten die plaatsvonden in de context van informele zorg, en contacten die plaatsvonden vanuit de persoonlijke sociaal-emotionele band. Er is gekozen voor een kwalitatief onderzoek met semigestructureerde interviews onder een beperkt aantal respondenten. Hieronder wordt de gemaakte keuze toegelicht.

Kwantitatief versus kwalitatief onderzoek

Een kwantitatief onderzoek is minder geschikt voor de onderzoeksvraag dan een kwalitatief onderzoek:

1. Een kwantitatief onderzoek vereist dat de termen die in de dataverzameling worden gebruikt duidelijk zijn voor de populatie. Voor termen als “sociaal netwerk” en “LVB cliënten” geldt echter dat er onder professionals verschillende betekenissen circuleren. Het is niet redelijk om aan te nemen dat leden van de populatie deze termen met grotere exactheid zullen toepassen.
2. Bij deze populatie mag, ook als de vragen in eenvoudige taal kunnen worden geformuleerd, niet worden verwacht dat een enquêtevraag altijd wordt begrepen zal zoals de vraagsteller het bedoeld heeft.
3. Bij deze populatie moet er rekening mee worden gehouden dat een enquête niet wordt ingevuld door de aangeschreven respondent zelf maar door een familielid of zorgmedewerker.
4. De onderzoeksvraag heeft betrekking op de behoeften, de mogelijkheden en de belemmeringen in een complex zorgdomein. In dit domein zijn waarschijnlijk geen simpele, ‘voor eens en altijd’-antwoorden te geven. Antwoorden die respondenten geven moeten in de context van de respondent geplaatst kunnen worden. Bij de statische verwerking van data die in een kwantitatief onderzoek worden verzameld, verdwijnt deze context zodra deze niet meer kan worden uitgedrukt in gangbare classificaties (geslacht, leeftijd, aantal familieleden, enz.).

Bij een kwantitatief onderzoek is de kans klein dat respondenten informatie of inzichten aandragen die niet voorafgaand door de onderzoeker verkend zijn. Een enquête met overwegend open vragen geeft respondenten te veel ruimte bij het antwoorden van de vraag. Als een enquête respondenten bij

enkele vragen de keuze laat voor het antwoord “anders, nl” of het geven van een toelichting, zullen niet alle respondenten daarvan gebruik maken.

De nadelen die, voor de onderzoeksvraag van dit onderzoek, aan een kwantitatief onderzoek kleven, kunnen worden weggenomen in een kwalitatief onderzoek met interviews. In een gesprek met een LVB cliënt kan de meerduidigheid in termen worden weggenomen door doorvragen (nadeel 1). Vragen die niet duidelijk zijn kunnen worden toegelicht of bijgesteld (nadeel 2). De mogelijkheid dat een ander dan de benaderde respondent antwoord geeft op de vragen, is uitgesloten (nadeel 3). In een kwalitatief onderzoek kunnen de antwoorden van respondenten geduid worden in de specifieke context waarin ze gegeven worden (nadeel 4). Bij een interview met respondenten kan een onderzoeker elementen die voor de onderzoeker nieuw zijn, toelaten en respondenten uitnodigen daar een nadere toelichting bij te geven (nadeel 5).

In de specifieke context van de onderzoeksvraag moet er rekening mee worden gehouden dat respondenten ervaringen plaatsen binnen het onderscheid tussen de drie aspecten van het sociale netwerk. Een confronterende opmerking die een familielid in een therapeutische setting gemaakt heeft, kan achterliggend zijn aan de wens die een respondent uitspreekt om geen gesprekken meer met dat familielid te voeren. Mogelijk bedoelt de cliënt daarmee niet dat die geen contact meer met dat familielid wil, maar enkel dat die niet nog eens in een therapeutische setting met dat familielid aan tafel wil zitten. In een kwalitatieve onderzoekopstelling kan er doorgevraagd worden totdat de context van de ervaring van de cliënt helder is.

Semigestructureerde interviews

Een semigestructureerde interview biedt de mogelijkheid tot doorvragen en geeft de respondent de mogelijkheid om in eigen woorden over het onderwerp te vertellen (Migchelbrink, 2014). Bovendien kunnen de vragen indien nodig worden toegelicht. Er zijn ook andere methoden om interviews af te nemen. Als een interview een open gesprek is rond een aantal vooraf benoemde thema's zonder dat binnen de thema's enige structuur is aangebracht is de kans groot dat er te veel van het onderwerp wordt afgeweken en dat er minder diepgang wordt gevonden (Baarda, 2012). Daarom is er in dit onderzoek gekozen voor semigestructureerde interviews.

Beperkt aantal respondenten

Deze onderzoekopstelling kan binnen dit onderzoek slechts voor een beperkt aantal respondenten worden georganiseerd.

Topiclijst

Voorafgaand aan de interviews zijn aan de hand van de onderzoeksvragen topiclijsten samengesteld (Boeije, 2014). De wijze waarop de topiclijsten zijn samengesteld wordt in paragraaf 3.3. beschreven. Op basis van deze topiclijst zijn de interviewvragen geformuleerd. Tijdens de interviews zelf is de lijst gebruikt om het gesprek naar de onderwerpen te richten die voor de deelvragen relevant zijn.

Feitelijke dataverzameling

Het onderzoeksmateriaal bestaat uit de afgenomen interviews. Deze interviews zijn afgenomen in de periode van zestien tot drieëntwintig december 2017. Bij de interviews is rekening gehouden met de persoonlijke levenssfeer van de respondent. Dit is niet alleen gedaan door de protocolafspraken na te komen maar de onderzoeker heeft tijdens de gesprekken ook gelet op de emoties van de respondent en bijgestuurd wanneer iets ter sprake kwam dat voor de respondent kennelijk te pijnlijk was.

3.3. Meetinstrument

In het empirische deel van dit onderzoek worden door de onderzoeker interviews afgenomen. Deze interviews zijn voorbereid door een topiclijst op te stellen (Boeije, 2014). Er zijn twee topiclijsten opgesteld: één voor de interviews met de LVB cliënten en één voor de interviews met de cliëntondersteuners. De topiclijsten zijn samengesteld aan de hand van de onderzoeksvragen en het theoretisch kader. De onderzoeksvragen zijn gericht op de betekenis van het sociale netwerk voor LVB cliënten, de wensen die LVB cliënten hebben omtrent het sociale netwerk en de wijze waarop instelling X het sociaal netwerk kan betrekken bij de zorg. Van de drie genoemde aspecten van het sociaal netwerk staat de rol van het sociaal netwerk in de kwaliteit van leven centraal. In de topiclijst zitten daarom geen items over de rol van het sociale netwerk in de diagnose of behandeling van een cliënt. Evenmin zitten er items in die gericht zijn op het sociale netwerk als bron van informele zorg. De items in de topiclijst zijn gericht op het sociaal netwerk als 'bloemetje op tafel'. In de topiclijst voor LVB cliënten zijn daarom de kernbegrippen "*Betekenis sociale contacten*" en "*Wensen sociale contacten*" opgenomen. Omdat uit het theoretisch kader blijkt dat LVB cliënten moeite hebben met het in stand houden van een netwerk is tevens het kernbegrip "*In stand houden sociale contacten*" opgenomen. Deze kernbegrippen zijn ook opgenomen in de topiclijst voor de interviews met de cliëntbegeleiders. Om de ervaringen van de cliëntbegeleiders met de methodiek "Buiten kijken" in kaart te brengen is deze methodiek aan de topiclijst voor deze respondenten toegevoegd.

Op basis van de topiclijst zijn vragen geformuleerd en is vastgesteld welk hulpmiddel tijdens het interview ingezet zou kunnen worden. De vragen die zijn opgesteld fungeren in de interviews als startpunten voor een deel van het gesprek en als manier om het gesprek terug te brengen naar het onderwerp. In de interviews zelf kunnen, afhankelijk van de voortgang van het gesprek, andere vragen worden gesteld en kan worden doorgevraagd.

In de interviews wordt het ecogram gebruikt als hulpmiddel om het sociale netwerk van een cliënt in kaart te brengen (Mantelzorg, 2016). LVB cliënten kunnen moeite hebben bij het verwerken van veel gesproken taal. Door het ecogram in te tekenen kan de gesproken taal visueel worden weergegeven waardoor de vraag en het resultaat voor de cliënt begrijpelijker wordt.

Een ecogram heeft in het midden een cirkel die staat voor de cliënt. Daaromheen staan cirkels die staan voor personen waarmee de cliënt contact heeft. Deze contactpersonen kunnen bijvoorbeeld worden geclassificeerd worden met de letter "G" (voor "gezin"), de letter "V" (voor "vrienden"), enzovoorts. De cirkel van de cliënt en de cirkel van de contactpersoon worden verbonden met pijlen. Er zijn vier soorten pijlen:

P-pijlen: deze staan voor praktisch steun

G-pijlen: deze staan voor gezelschap

A-pijlen: deze staan voor advies en uitwisselen informatie

E-pijlen: deze staan voor emotionele steun

Een pijl kan uitgaan van de cliënt naar de contactpersoon, of van de contactpersoon naar de cliënt. Het kan zijn dat de cliënt praktisch steun heeft aan een contactpersoon, maar de contactpersoon geen praktische steun heeft aan de cliënt. In de bijlage is een voorbeeld gegeven van het type ecogram dat in het onderzoek wordt gebruikt..

Tot slot moet opgemerkt worden dat bij semigestructureerde interviews de onderzoeker zelf tijdens de meting actief bezig is. De onderzoeker bepaalt tijdens het interview bij welke antwoorden naar een toelichting wordt gevraagd, wanneer respondenten toelichting behoeven bij een vraag, en bepaalt ook de duur van de meting. In zekere zin behoort de onderzoeker daardoor zelf tot de meetinstrumenten.

Validiteit en betrouwbaarheid

Dit onderzoek moet informatie opleveren over de betekenis van het sociale netwerk voor de kwaliteit van leven van cliënten en de mogelijkheden het sociale netwerk in relatie tot dit aspect te versterken. Daartoe moet het onderzoek valide en betrouwbaar zijn. De validiteit van een meetinstrument of methode is de mate waarin de informatie die verkregen kan worden daadwerkelijk betrekking heeft op datgene waarover het onderzoek informatie wilde verzamelen. De betrouwbaarheid van een meetinstrument of methode is de mate waarin daadwerkelijk informatie verkregen kan worden in plaats van ruis.

Het houden van een interview wordt in het algemeen beschouwd als een valide middel om behoeftes, meningen en overwegingen bij respondenten te achterhalen (Baarda, 2012). In de voorbereiding is getracht het meetinstrument specifiek te richten op de onderzoeksvraag. De items op de topiclijsten en de elementen van een ecogram zijn gericht op de kernbegrippen van de onderzoeksvraag. Er is een vorm van triangulatie uitgevoerd. Doordat er voorafgaand een probleemanalyse is uitgevoerd en relevante literatuur is doorgenomen, is de onderzoeker zich bewust van enkele valkuilen bij het afnemen van de interviews. Meer specifiek is de onderzoeker er zich van bewust dat informatie over het sociale netwerk van cliënten betrekking kan hebben op drie verschillende aspecten. Ook is de onderzoeker zich bewust van het effect van de beperking van LVB cliënten op de mate waarin bij communicatie verward kunnen raken. Het is redelijk aan te nemen dat de onderzoeker bij het afnemen van de interviews het gesprek zal kunnen richten op de onderzoeksvraag.

Door de werkwijze rond interviews te optimaliseren zal het risico dat de respondenten tijdens de interview geen betrouwbaar beeld geven van hun behoeftes, meningen en overwegingen zoveel mogelijk worden beperkt.

De interviews met de cliënten en de cliëntbegeleiders worden afgenomen op momenten waarop zij niet worden afgeleid door andere zaken

De interviews worden afgenomen in ruimtes waarmee de geïnterviewde vertrouwd is, hetzij de woning van de geïnterviewde, hetzij een aparte ruimte in de woonlocatie.

De interviews worden opgenomen met de opnamevoorziening van een mobiele telefoon. De geïnterviewde is daarvan op de hoogte, maar de mobiele telefoon zal uit het zicht van de geïnterviewde worden gelegd zodat deze tijdens het interview hier niet door wordt afgeleid.

Bij onduidelijkheid over de antwoorden zal tijdens het interview worden doorgevraagd tot de onduidelijkheid is weggenomen.

Voor wat betreft de wensen, behoeften en visies van de respondenten zelf, is het redelijk aan te nemen dat het meetinstrument valide en betrouwbaar is voor zover de onderzoeksvraag voor de respondenten beantwoord moet worden. Na de interviews kunnen er betrouwbare uitspraken worden gedaan over wat de bevraagde respondenten wensen, willen en kunnen in relatie tot het sociaal netwerk als element in de kwaliteit van leven.

Voor zover de onderzoeksvraag beantwoord moet worden voor de totale populatie van LVB cliënten is de validiteit en betrouwbaarheid beperkter. Het aantal interviews dat afgenomen wordt is beperkt. De interviews zijn afgenomen op twee locaties binnen één zorginstelling. Op deze locaties wonen LVB cliënten. Qua problematiek zijn deze cliënten niet representatief voor de totale groep van LVB cliënten. Het is mogelijk, zij het niet onmiddellijk waarschijnlijk, dat andere LVB cliënten andere behoeftes, meningen en overwegingen hebben rond het sociale netwerk. Ook is het mogelijk dat, door niet in dit onderzoek in kaart gebrachte factoren, cliënten van instelling X andere behoeftes en meningen hebben dan LVB cliënten bij andere instellingen. Een mogelijke factor zou hier kunnen zijn het beleid van instelling X bij het aannemen van cliënten. Bij de intakeprocedure van een zorginstelling kan de mate waarin een cliënt een stabiel sociaal netwerk heeft een factor zijn, bijvoorbeeld omdat het zorgaanbod van de instelling vereist dat er familieleden bij betrokken zijn, of het zorgaanbod juist gericht zijn op cliënten die geen netwerk (meer) hebben. Er is geen aanleiding te denken dat de intakeprocedure van zorginstelling X geleid heeft tot het selecteren van LVB cliënten met specifieke wensen en behoeften rond het sociaal netwerk. De onderzoeker heeft evenwel geen specifiek onderzoek gedaan naar de mogelijkheid en aanwezigheid van deze factoren en kan dus niet uitsluiten dat de validiteit en betrouwbaarheid door dergelijke factoren bedreigd is.

Bij de duiding en het gebruik van de onderzoeksresultaten moet er rekening mee worden gehouden dat voor wat betreft de populatie van LVB cliënten in het algemeen de validiteit en de betrouwbaarheid van het onderzoek bescheiden zijn.

Om de volgende redenen is het inzoomen op deze specifieke groep te verantwoorden:

- In het onderzoek is het praktisch niet mogelijk een steekproef op te zetten waarbij de verschillende deelgroepen LVB cliënten significant vertegenwoordigd zijn. Door te focussen op een subgroep kan, indien het onderzoek geen algemene conclusies oplevert voor de groep

van LVB cliënten als geheel, wel iets gezegd worden over deze subgroep (mits er geen factoren zijn die specifiek bij instelling X spelen).

- Aspecten van sociale netwerken die spelen bij LVB cliënten in het algemeen, kunnen binnen een andere groep LVB cliënten met bijkomende problematiek zijn uitvergroot. Het belang, de behoefte en de (on)mogelijkheden kunnen dan scherper naar voren komen.
- De respondenten leven gedurende langere tijd samen in deze woongroepen waardoor de cliënten in mindere of meerdere mate deel zijn gaan uitmaken van elkaars sociale netwerk. Het wonen in een woongroep kan op zichzelf een factor zijn bij de wensen die LVB cliënten rond het sociaal netwerk hebben. Dit hebben de respondenten gemeen met veel andere LVB cliënten.

Hoewel er rekening mee moet worden gehouden dat de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek voor de populatie als geheel bescheiden is, zijn er goede redenen te denken dat interviews met LVB cliënten op de twee gekozen locaties informatie verschaffen over LVB cliënten in het algemeen.

3.4. Data-analyse

De interviews zijn opgenomen met de geluidsrecorder van de mobiele telefoon en vervolgens letterlijk uitgetypt in een tekstverwerker. Waar mogelijk is in de transcripties van de interviews datgene meegenomen wat non-verbaal is gecommuniceerd.

Nadat de interviews integraal zijn uitgetypt zijn passages die niet als informatief kunnen worden beschouwd, verwijderd. Het gaat hier om passages waarin de interviewer of de geïnterviewde uitweidt over een onderwerp dat niet ter zake doet bijvoorbeeld de startsituatie waarin de cliënt met algemene opmerkingen op zijn gemak wordt gesteld of een onderbreking omdat de cliënt met zijn koffie knoeide, Wat op dit soort momenten gewisseld wordt, staat redelijkerwijs los van de onderzoeksvraag, en zal niet betrokken worden bij de analyse.

Tevens worden bij het uittypen van interviews taalfouten en andere onzorgvuldigheden ("uh-uh-uh") aangepast. Een eventuele afwijkende woordkeus van de geïnterviewde is daarentegen behouden. Als de onzorgvuldige uitspraak van de geïnterviewde geduid moet worden als een uiting van twijfel, angst, of een andere emotie, dan wordt dit bij het aanpassen van de letterlijke transcriptie meegenomen als een element van non-verbale communicatie.

Bij de verwerking van de interviews zijn de volgende stappen doorlopen (Baarda, 2012):

1: Open coderen.

Open coderen betekent dat de teksten eerst worden gelezen en in verschillende onderdelen worden ingedeeld, waarna er een code aan wordt gegeven. Hierdoor wordt de informatie overzichtelijk en geordend (Baarda 2012). De verschillende passages in de interviews worden gemarkeerd met termen

die het thema aanduiden dat in die passage centraal stonden zoals “*sociaal netwerk*”, “*familie*”, “*behoefte*”, en dergelijke. Een open code kan een samenvatting zijn van wat de geïnterviewde vindt, bijvoorbeeld “*Geen behoefte aan familie*”. De onderzoeksvragen en de kernbegrippen uit de topiclijsten leggen geen strikte beperking op aan de codes die hier kunnen worden gebruikt (Baarda, 2012). Als een geïnterviewde een herinnering ophaalt aan een kerstdiner, dan kan het thema van de betreffende passage het beste worden gevat met de term “*kerstmaal*” of “*feestdagen*”. In dat geval wordt een dergelijke term als code gebruikt, ook als die bij het samenstellen van de topiclijsten niet langs is gekomen. Per passage mag meer dan één open code worden vastgelegd.

2: Axiaal coderen.

Na het open coderen wordt axiaal coderen toegepast. De coderingen van de passages in de verschillende interviews worden met elkaar vergeleken. Het doel daarvan is te komen tot hoofdcategorieën waarmee verschillende passages aan elkaar kunnen worden gekoppeld ook als het thema dat bij het open coderen is benoemd, niet overeen komt. Als een cliënt een herinnering heeft opgehaald aan een kerstdiner, en bij de open codering is aangegeven “*feestdagen; familie*” dan kan deze passage betrokken worden op een herinnering van een andere cliënt die bij de open codering is gemarkeerd als “*ruzie; familie*”. Andere codes die verkregen zijn uit het open coderen blijven achter als sub-codes of subcategorieën. Het doel van deze coderingsaanpak is het verminderen van de grootte van de gegevens en het verwijderen van minder belangrijke elementen (Baarda 2012).

3: Het opstellen van hypothesen door selectief te coderen.

Bij het selectief coderen wordt een verband gezocht tussen de codes die uit het axiaal coderen naar voren zijn gekomen (Baarda, 2012). Als bij het axiaal coderen veel passages gemarkeerd zijn met “*familie; gezelligheid*” dan kan dit de hypothese opleveren dat de respondenten bij familie gezelligheid zoeken. Zijn er geen andere combinaties met “*familie*”, dan geeft dit de hypothese dat de respondenten bij familie *alleen* gezelligheid zoeken. Op basis van deze codes wordt er een vergelijking gemaakt tussen de verschillende reacties van de respondenten. Op deze manier wordt gereflecteerd op de uitkomsten van de onderzoeksvragen.. Aan deze uitkomsten kunnen conclusies worden getrokken.

Hoofdstuk 4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten per deelvraag weergegeven.

4.1. Deelvraag 1

De eerste deelvraag luidt: Welke functie heeft het sociaal netwerk voor de kwaliteit van leven van LVB cliënten?

In paragraaf 2.3 is het belang van een sociaal netwerk voor mensen in het algemeen en voor LVB cliënten in het bijzonder beschreven. Uit onderzoek van Baarn (1990) blijkt dat het sociaal netwerk bijdraagt aan vier essentiële levensbehoeften:

- Affectieve behoeften: liefde, gewaardeerd worden, emotionele ondersteuning en erkenning krijgen.
- De behoefte om ergens bij te horen: gezamenlijke interesses hebben en hier sociale contacten bij vinden en onderhouden.
- Materiële behoeften: eten, drinken, kleding, onderdak.
- De behoefte aan sociale zekerheid: de zekerheid dat je ergens op terug kunt vallen.

Bij de onderzoekspopulatie worden de materiële behoeften vervuld doordat de cliënten opgenomen zijn in instelling X. De andere behoeften blijven staan. Het sociaal netwerk kan bijdragen aan het vervullen hiervan. In het onderzoek is getracht na te gaan of de respondenten het belang van een sociaal netwerk onderkennen en voor welke behoeften zij het sociale netwerk nodig achten.

In de interviews komt naar voren dat de meeste cliëntrespondenten- zes van de acht- een positieve betekenis geven aan sociale contacten. Zij zien het sociale netwerk als een bron van afleiding, emotionele steun, gezelligheid en verbondenheid. Dit komt overeen met het onderzoek van Baarn (1990) en dit zou kunnen betekenen dat cliënten hiervoor zijn aangewezen op hun sociaal netwerk. Toch roept het bespreken van sociale contacten bij twee van de acht cliëntrespondenten een negatieve reactie op. Deze cliëntrespondenten ervaren vooral frustratie omdat bijvoorbeeld de contacten met het sociaal netwerk niet naar wens verlopen. Dit kan betekenen dat het sociaal netwerk niet voor iedere cliënt dezelfde betekenis heeft en zelfs een negatieve emotie kan oproepen.

Hieronder staat vermeld welke associatie de cliëntrespondenten hebben met sociale contacten en welke behoefte of belang door hoeveel respondenten wordt benoemd.

Betekenis/functie	Aantal respondenten
Afleiding	2
Emotionele steun	2
Frustratie	2
Gezelligheid	2
Steun	2
Verbondenheid	1

In de tabel hieronder staat vermeld welke betekenis de cliëntondersteuners toekennen aan het sociaal netwerk voor LVB cliënten:

Betekenis/functie	Aantal respondenten
Uitstapjes	2
Weg zijn van de woning	2
Blijheid	1
Versterking eigen waarde	1
Houvast	1
Belangrijk gevonden worden	2

Het valt op dat de geïnterviewde cliëntondersteuners aan het sociale netwerk van de cliënt uitsluitend een positieve betekenis toekennen. Dit wekt het vermoeden dat cliëntondersteuners ervan uitgaan dat een sociaal netwerk een positieve bijdrage levert aan de kwaliteit van leven en de mogelijke negatieve gevolgen van het sociaal netwerk niet of niet voldoende onderkennen. Een andere verklaring is dat de cliënten met negatieve ervaringen niet tot de groep behoorden waarvoor de bevroagde cliëntondersteuners verantwoordelijk waren.

Tussen de antwoorden van de cliënten en van de cliëntondersteuners zijn overeenkomsten en verschillen te onderscheiden. De aspecten 'versterking eigen waarde' en 'belangrijk gevonden worden' ontbreken bij de cliënten. Dit kan een gevolg zijn van beperkte zelfreflectie. Het kan ook zijn dat de cliëntrespondenten deze aspecten simpelweg niet als belangrijk ervaren.

Als tweede meetinstrument is het ecogram toegepast. Het ecogram is een hulpmiddel om het sociale netwerk van een cliënt in kaart te brengen (Mantelzorg, 2016). In het gesprek met de cliëntrespondenten heeft de onderzoeker voor iedere respondent afzonderlijk een ecogram ingevuld. Daarbij zijn, behalve de leden van het sociale netwerk, ook de begeleiders van de cliënten ingetekend. Uit de ecogrammen blijkt dat alle acht cliëntrespondenten praktische steun ervaren aan tenminste één familielid. Het gaat daarbij om het regelen van afspraken in het dagelijks leven en het helpen met geldzaken. Bij alle cliëntrespondenten is er ten minste één familielid dat elk half jaar aanwezig is bij de planbespreking met de cliëntbegeleider. Vijf cliëntrespondenten geven aan met familieleden gezellige activiteiten te ondernemen, zoals uitstapjes of verjaardagen. Drie cliëntrespondenten geven aan dat

de familie niet veel gezelligheidspunten oplevert. Een van deze cliëntrespondenten heeft weinig familie, maar bij de twee andere cliëntrespondenten zorgen de familieleden juist voor spanning en frustratie. Uit de interviews blijkt dat deze cliëntrespondenten zelf de nodige energie steken in het contact met de familie, maar dat er vanuit de familie weinig terugkomt.

“Ik probeer mijn best te doen om contact te houden maar als het elke keer van mijn kant moet uitkomen houdt het een keer op.”

Cliëntrespondent 2, 36 jaar

Geen van de cliëntrespondenten heeft vrienden of vriendinnen buiten de woonlocatie. Drie van de acht cliëntrespondenten hebben in het geheel geen vrienden of vriendinnen. De andere vijf hebben vrienden en vriendinnen die cliënt zijn op dezelfde woonlocatie. Deze vriendschappen zijn ontstaan doordat zij samen gemeenschappelijke dingen doen op de woning waardoor ze elkaar beter hebben leren kennen. Slechts één cliëntrespondent ervaart emotionele steun bij een vriendin/vriend.

Uit de ecogrammen blijkt dat de begeleiders een cruciale rol spelen in het leven van de cliënt. Zeven van de acht cliëntrespondenten geven aan dat begeleiders zorgen voor praktische steun, advies en informatie maar ook voor emotionele steun. Zes cliëntrespondenten geven daarnaast aan dat de begeleiders voor gezelschap zorgen. Slechts een cliëntrespondent geeft aan dat de begeleiders een beperkte rol spelen in zijn leven. Deze cliëntrespondent geeft aan vooral steun van de familie te ervaren. De ouders vormen voor deze cliënt de veilige basis om op terug te vallen.

Twee van de cliëntrespondenten hebben positieve ervaringen met de activiteiten die worden ondernomen met cliënten uit andere woningen. Het gaat dan om activiteiten bij een gemeenschappelijk ontmoetingspunt op het terrein en binnen een dansgroep waar zij één keer per week naar toegaan. Ze geven aan het fijn te vinden deel te nemen aan activiteiten buiten de woning en om te gaan met andere cliënten dan de cliënten waarmee ze samen wonen.

Van de acht cliëntrespondenten hebben twee cliëntrespondenten een maatje uit het zogeheten “maatjes project”. Het gaat daarbij om personen die door de zorginstelling voor hen zijn gezocht op basis van hun persoonlijke wensen en mogelijkheden. Deze cliëntrespondenten ervaren dit als positief. Vier van de cliëntrespondenten geven aan graag een maatje te willen hebben, maar er nog geen toegewezen te hebben gekregen.

4.2. Deelvraag 2

De tweede deelvraag luidt: Welke wensen, verwachtingen en behoeften hebben LVB cliënten binnen instelling X van het sociaal netwerk?

Tijdens de interviews zijn de cliëntrespondenten expliciet bevraagd over de wensen die zij hebben met betrekking tot het sociaal netwerk. Vier van de acht cliëntrespondenten geven niet tevreden te zijn over de sociale contacten. Ze hebben te weinig contacten of zijn niet tevreden over hoe het contact

verloopt. De vier cliëntrespondenten die wel tevreden zijn over het sociaal netwerk geven wel allemaal aan dat zij graag een groter sociaal netwerk zouden hebben. Dit komt overeen met de resultaten uit het cliënt tevredenheidsonderzoek (Lunetzorg 2016).

<i>"Ik ben er niet echt tevreden mee. Ik heb weinig mensen om mij heen. Ik zou graag een vast contact willen hebben die ik zie. Af en toe is al goed."</i> Cliëntrespondent 6, 53 jaar
<i>"Ik denk dat de meesten niet tevreden zijn. Als ik hoor hoe vaak cliënten zeggen eenzaam te zijn.. Dan denk ik dat daar veel in te halen valt. Zeker omdat hier appartementen zijn en veel cliënten alleen op hun kamer zitten."</i> Cliëntondersteuner 2, 11 jaar werkervaring

Nadat de cliëntrespondenten bevraagd waren over hoe tevreden zij waren over hun sociaal netwerk, zijn de wensen die ze hebben geïnventariseerd. Een cliëntrespondent gaf aan geen specifieke wensen te hebben op dit punt. Deze cliëntrespondent geeft aan voldoende ondersteuning te ervaren en meer dan tevreden te zijn. De andere zeven cliëntrespondenten hadden wel duidelijke wensen.

In de tabel hieronder zijn de wensen met betrekking tot het sociaal netwerk weergegeven.

Soort wens	Specificatie	Aantal respondenten
verbetering	Vaker leuke dingen doen met cliënten/familie	2
	Vaker contact hebben	2
	Maatje (vrijwilliger) krijgen	4
	Nieuwe mensen leren kennen	3
	Niet nodig, tevreden	1
Grootste wens	Meer organiseren op de woongroep zelf	2
	Vaker contact hebben	3
	Maatje (vrijwilliger) krijgen	1
	Minder ruzie	1
	Thuis wonen	2
	Buitenshuis afspreken	2

Uit deze tabel blijkt dat de cliënten niet alleen behoefte hebben aan een uitbreiding van het netwerk, maar ook aan intensiever contact met het bestaande netwerk

De onderzoeker heeft aan de cliëntbegeleiders gevraagd of zij op de hoogte zijn van de wensen van hun cliënten. Beide professionals geven aan dat zij hiervan op de hoogte zijn, maar dat deze wensen

niet altijd haalbaar zijn. In de jaren voorafgaand aan dit onderzoek heeft instelling X echter de methodiek “Buiten kijken” ingezet om cliënten te ondersteunen in het aangaan van nieuwe sociale contacten. Deze methode heeft expliciet tot doel het sociaal netwerk van cliënten te versterken, te vitaliseren. (Lustgraaf, 2011). Uit de interviews blijkt dat de methodiek nog niet structureel is ingezet. Het wordt overwegend ingezet als er een specifieke aanleiding is.

4.3. Deelvraag 3

De derde deelvraag luidt: Wat kan instelling X doen om het sociaal netwerk van LVB cliënten te laten bijdragen aan de kwaliteit van leven van LVB cliënten?

Bij het inventariseren van de wensen van de cliënten ten aanzien van het netwerk, is ook nagegaan welke verwachtingen de cliënten hebben van de cliëntbegeleiders in het versterken van het netwerk. De onderstaande tabel geeft weer welke ondersteuning cliënten hierbij verwachten van de cliëntbegeleiders.

Ondersteuning	Aantal respondenten
Samen vaker bellen	1
Familiebijeenkomsten organiseren	2
Nieuwe mensen leren kennen	4
Ondersteuning bieden met sociale contacten	5

Uit de interviews met de cliëntbegeleiders en de informatie die voor dit onderzoek over instelling X is verzameld blijkt dat er langs verschillende routes wordt gewerkt aan de wensen die cliënten hebben:

Er worden binnen instelling X activiteiten georganiseerd, zoals dansgroepen, waardoor cliënten in contact worden gebracht met andere cliënten buiten de eigen woongroep.

Er loopt een ‘maatjes’-project waarbij cliënten worden gekoppeld aan een vrijwilliger.

Binnen instelling X kan de methodiek “Buiten kijken” specifiek worden ingezet om het netwerk rond de cliënt te activeren.

De activiteiten die instelling X organiseert, zoals de dansgroepen, worden gewaardeerd door cliënten die eraan deelnemen, zo blijkt uit de interviews. Uit de interviews is niet gebleken dat de cliënten die eraan zouden willen deelnemen, er niet aan *kunnen* deelnemen. De cliëntbegeleiders geven wel aan dat cliënten die de aangeboden activiteiten niet interessant vinden, mogelijk niet kenbaar maken geïnteresseerd te zijn in andere activiteiten. Het is dus mogelijk dat sommige cliënten wel degelijk gebruik willen maken van nieuwe activiteiten.

Bij het “maatjes”-project ligt de situatie complexer. Uit de interviews met de cliënten blijkt dat de cliënten die een maatje hebben, dat zeer waarderen en daar steun van ondervinden. Niet aan alle

cliënten die een maatje zouden willen hebben, is echter een maatje toegewezen. Uit de interviews met de cliëntbegeleiders blijkt dat zich hier praktische obstakels voordoen. Het aantal vrijwilligers dat zich als maatje aanbiedt, is beperkt en bovendien kan een vrijwilliger die de rol van maatje op zich wil nemen, niet zomaar aan elke cliënt worden gekoppeld.

Uit dit onderzoek blijkt dat de mogelijkheden van de methodiek “Buiten kijken” binnen instelling X nog niet ten volle zijn benut. Beide cliëntondersteuners zeggen nog nauwelijks met de methodiek aan de slag te zijn gegaan. Als zij acties willen uitzetten om het netwerk te versterken, rapporteren ze hierover in het persoonlijk plan. De andere elementen van de methodiek worden echter niet structureel ingezet.

In de interviews geven de cliëntondersteuners aan dat er wellicht andere mogelijkheden zijn om tegemoet te komen aan de wensen van cliënten. Zij wijzen onder meer op sociale vaardigheidstrainingen voor cliënten en het inzetten van systeemtherapeuten. Daarbij lijken zij een methodiek zoals die beschreven wordt door Egberts in het achterhoofd te hebben. Deze trainingen en therapieën kunnen er, volgens de cliëntondersteuners, toe bijdragen dat de cliënten steun vinden in het versterken van de eigenwaarde en het aangaan en onderhouden van sociale contacten.

Hoofdstuk 5. Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de conclusies en aanbevelingen besproken. De conclusies volgen uit de resultaten en aan de hand van deze conclusies heeft de onderzoeker aanbevelingen geformuleerd.

5.1. Conclusies

De hoofdvraag in dit onderzoek luidt: Met welke initiatieven en activiteiten die gericht zijn op het sociaal netwerk van LVB cliënten, kan instelling X de kwaliteit van leven van LVB cliënten verbeteren?

De resultaten die in het vorige hoofdstuk zijn beschreven bevestigen de hypothese dat het sociaal netwerk een belangrijke rol speelt in het welzijn van de cliënt. (deelvraag 1) Alle cliëntrespondenten leggen een verband tussen de kwaliteit van het sociale netwerk en de mate waarin zij zich veilig en gesteund voelen. Het sociaal netwerk heeft een functie bij de praktische ondersteuning en de gezelligheid maar zeker ook in het gevoel van gewaardeerd te worden en verbonden te zijn met anderen. Het is dus nuttig als instelling X initiatieven en activiteiten ontplooid die gericht zijn op het sociale netwerk van LVB cliënten. Deze initiatieven en activiteiten hoeven niet in het teken te staan van de analyse of behandeling van de cliënt of op het bieden van informele zorg door leden van het sociale netwerk. Uit de interviews blijkt duidelijk dat cliënten waarde hechten aan het sociale netwerk los van deze twee aspecten van het sociale netwerk.

Alle cliëntrespondenten blijken in staat zelf een verband te leggen tussen de rol van het sociale netwerk en hun welbevinden. Ze kunnen behoeften en wensen rond het sociale netwerk formuleren die niet betrokken zijn op behandeling of informele zorg. (deelvraag 2) De meeste cliëntrespondenten leggen dit verband vanuit een gevoel van tevredenheid. Maar ook de cliëntrespondenten die niet tevreden zijn over het sociale netwerk leggen een verband tussen de kwaliteit van het sociale netwerk en het algemene welbevinden. Zij ervaren de matige kwaliteit van het sociale netwerk als een negatieve factor op de kwaliteit van leven. Zij zouden graag zien dat het sociaal netwerk een positieve bijdrage kan bieden voor hun welbevinden. Zowel degenen die tevreden zijn als degenen die niet tevreden zijn, zien dus het belang van het sociale netwerk als 'bloemetje op tafel'. De cliënten kunnen ook aangeven hoe voor hen dat bloemetje op tafel er uit zou moeten zien. Elke cliënt kan een richting aangeven waarin instelling X aan de kwaliteit van het leven van de betreffende cliënt kan werken. Voor sommige wensen en behoeftes geldt dat die hetzij specifiek zijn voor een cliënt hetzij een initiatief vereisen dat alleen voor een bepaalde cliënt vruchten kan afwerpen. Voor andere wensen en behoeftes geldt dat een initiatief vanuit instelling X kan bijdragen aan de kwaliteit van een groep cliënten.

Uit het onderzoek blijkt dat instelling X al een aantal initiatieven en activiteiten ontwikkeld heeft die erop gericht zijn om door het sociale netwerk de kwaliteit van leven van cliënten te verbeteren. (deelvraag 3) Daarbij maakt instelling X ook het onderscheid tussen de drie aspecten van het sociale netwerk. Er worden ook initiatieven ontwikkeld die niet gericht zijn op de analyse en behandeling van cliënten of op het organiseren van informele zorg door leden van het sociale netwerk. Deze initiatieven

zijn specifiek gericht op het verbeteren van de kwaliteit van leven door het creëren van situaties waarin cliënten het sociale netwerk kunnen ontwikkelen. Opvallend is dat vijf van de acht cliëntrespondenten van de cliëntbegeleiders verwachten ondersteuning te krijgen in sociale contacten. Bij sommige van die initiatieven loopt instelling X tegen beperkingen aan die niet eenvoudig weggenomen kunnen worden. Dit geldt bijvoorbeeld voor het “maatjes”-project. De instelling kan geen blik “maatje-vrijwilligers” opentrekken.

In andere gevallen, zoals bij de methodiek “Buiten kijken”, lijken de mogelijkheden die binnen handbereik liggen, niet ten volle worden benut. Uit de interviews blijkt dat beide cliëntondersteuners nauwelijks met de methodiek aan de slag zijn gegaan.

Voorts blijkt uit het onderzoek de mogelijkheid dat de instelling bepaalde behoeftes die bevredigd zouden kunnen worden, niet bevredigt doordat LVB cliënten die behoeftes niet eigenstandig kunnen formuleren. Als instelling X een dansgroep start, dan zijn LVB cliënten wel in staat aan te geven of zij daar aan willen deelnemen. Maar LVB cliënten zijn mogelijk niet in staat aan te geven dat zij behoefte hebben aan een activiteit die nog niet georganiseerd wordt.

Vanuit de deelvragen laat de hoofdvraag zich beantwoorden. Er zijn een aantal initiatieven die gericht zijn op het sociale netwerk waarmee instelling X de kwaliteit van leven van cliënten kan verbeteren. Daartoe behoren methodiek “Buiten kijken”, het organiseren van sociale activiteiten, het “maatjes”-project en aanbieden van sociale vaardigheidstrainingen. Deze initiatieven kunnen ondersteund worden door bijscholing in bijvoorbeeld de methode “Buiten kijken” of door systeemtherapeuten in te zetten die de cliënt en de cliëntbegeleiders kunnen ondersteunen bij het inzetten van het sociaal netwerk. Instrumenten zoals het ecogram kunnen bij deze initiatieven als hulpmiddel dienen.

5.2. Aanbevelingen

Op basis van de conclusie zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd voor instelling X:

- 1) Zet het “maatjes”-project voort. Dit project vormt een waardevolle aanvulling op het sociale netwerk. Dat de organisatie het aantal (geschikte) maatjes niet onder controle heeft, moet als een extra uitdaging worden gezien. Dat wil zeggen als een prikkel om initiatieven te ontwikkelen in het werven en binden van vrijwilligers.
- 2) Evalueer de methodiek “Buiten kijken” om na te gaan op welke wijze deze methodiek meer structureel kan worden toegepast. Deze methodiek is theoretisch laagdrempelig en kan worden toegepast door alle zorgprofessionals in de organisatie. Het zou jammer zijn als dit middel niet ten volle wordt benut. Mogelijk is op dit punt bijscholing nodig.
- 3) Maak een inventarisatie van activiteiten die instelling X zou kunnen organiseren voor cliënten, en biedt de cliënten vervolgens een lijst met deze activiteiten aan. Laat dit aanbod ondersteunen door cliëntbegeleiders. Hierdoor komen de wensen die LVB cliënten nu niet

uitspreken aan het licht terwijl de organisatie op voorhand heeft vastgesteld dat deze activiteiten ook daadwerkelijk gerealiseerd kunnen worden.

- 4) Overweeg sociale vaardigheidstrainingen te organiseren. Uit eerder onderzoek is gebleken dat de sociale vaardigheden van cliënten met een LVB sterk verbeteren na een sociale vaardigheidstraining (Asselt-Goverts, Embregts, Hendriks, & Frielink, 2010). Dit kan isolement voorkomen. Uit dit onderzoek is gebleken dat de cliëntbegeleiders van instelling X hier positief tegenover staan.
- 5) Overweeg systeemtherapeuten in te zetten. Uit eerder onderzoek is gebleken dat dit een positief effect kan hebben op het netwerk van de cliënt (Kristal centrum psychiatrie en verstandelijke beperking, 2012). Uit dit onderzoek is gebleken dat de cliëntbegeleiders van instelling X hier positief tegenover staan.
- 6) Overweeg een ecogram in te zetten bij vragen rondom het sociaal netwerk. Een ecogram is overzichtelijk en kan visuele ondersteuning bieden bij het in kaart brengen van het netwerk rondom de cliënt.

Hoofdstuk 6. Discussie

In dit hoofdstuk wordt kritisch teruggekeken op dit onderzoek met aandacht voor de bruikbaarheid, de betrouwbaarheid en de validiteit. Daarnaast is in dit hoofdstuk een sterkte/zwakte analyse opgenomen.

6.1. Betekenis en bruikbaarheid

6.1.1. Betekenis

Uit de probleemanalyse bleek dat er spanning staat op het investeren in het sociale netwerk van cliënten als element in de kwaliteit van leven. Er is, vanuit behandelingsmethodieken en door maatschappelijke ontwikkelingen, weliswaar veel aandacht voor het sociale netwerk van cliënten, maar deze aandacht gaat vooral uit naar de rol van het sociale netwerk in analyse en behandeling en naar het sociale netwerk als bron van informele zorg. De bijdrage van het sociale netwerk aan de kwaliteit van leven kan daardoor uit het zicht raken. De kwaliteit van leven van cliënten is moeilijker te kwantificeren en je kunt er moeilijker op sturen. Juist in deze tijd, waarin instellingen steeds vaker genoodzaakt zijn alles wat ze doen met getallen te verantwoorden, mag dit aspect van het sociale netwerk niet vergeten worden. Het sociale netwerk speelt een cruciale rol in het welbevinden van LVB cliënten. Als de cliënt geen sociaal netwerk heeft dan zal er altijd iets ontbreken, hoe goed de zorgprofessionals hun werk ook doen.

Doordat het thema “sociale netwerk” zo overduidelijk relevant is voor mensen die zorg nodig hebben, bestaat het risico dat het thema wordt uitgewerkt op een wijze die niet informatief is. Enkel vermelden dat het sociaal netwerk van belang is voor de cliënt en dit belang specificeren met de toelichting dat het sociaal netwerk een rol speelt in de behoeftebevrediging is niet voldoende,. Dit moet specifieker worden onderzocht. De resultaten van onderzoek dienen toepasbaar te zijn in concrete situaties en theoretische inzichten dienen te worden geoperationaliseerd in de context van feitelijke situaties.

In dit onderzoek is getracht het thema sociale netwerken te operationaliseren in de context van instelling X. Juist in de huidige tijd is dergelijk onderzoek betekenisvol.

Daaruit volgt niet dat dit onderzoek in alle opzichten geslaagd is. Terugkijkend op het onderzoek moeten echter enkele kanttekeningen worden geplaatst bij de waarde van dit onderzoek.

6.1.2 Betrouwbaarheid

Een onderzoek is betrouwbaar als een herhaling van het onderzoek tot hetzelfde of een soortgelijk resultaat zal leiden (Boeije, 2014). Bij een experiment in een laboratorium kan de betrouwbaarheid vaak eenvoudig worden vastgesteld. Als het experiment wordt herhaald moet dit dezelfde uitkomsten opleveren. Bij een kwantitatief onderzoek ligt het al wat genuanceerder. Als twee keer dezelfde enquête wordt uitgezet onder dezelfde populatie, dan is het niet waarschijnlijk dat dit twee keer exact dezelfde uitkomst geeft. Respondenten zijn in de tussentijd mogelijk van mening veranderd, of ze

hebben vragen niet altijd naar waarheid ingevuld. Zolang de verschillen tussen de enquêteresultaten niet al te groot zijn, kan dit type onderzoek toch als betrouwbaar worden beschouwd.

Dit onderzoek is echter geen experiment in een laboratorium en ook geen kwantitatief onderzoek met gestandaardiseerde antwoorden. Het betreft een kwalitatief onderzoek waarbij een beperkt aantal interviews is afgenomen met open vragen aan de hand van een door de onderzoeker opgestelde topiclijst. Het is onwaarschijnlijk dat een andere onderzoeker exact dezelfde topiclijst zou samenstellen en zelfs als dat zou gebeuren en een andere onderzoeker zou aan dezelfde respondenten letterlijk dezelfde vragen stellen en dezelfde antwoorden krijgen, dan nog is er een factor die dit onderzoek onbetrouwbaar maakt.. Bij het open en axiaal coderen heeft de onderzoeker keuzes gemaakt die een andere onderzoeker mogelijk niet zou maken.

De betrouwbaarheid van dit onderzoek zal, vanwege de aard van dit type onderzoek, dus bescheiden zijn. Binnen deze beperking is echter getracht de betrouwbaarheid zo groot mogelijk te maken. De onderzoeker heeft voorafgaand aan de interviews literatuur doorgenomen om thuis te geraken in de onderscheidingen die voor het onderzoeksthema relevant zijn. Op basis van deze literatuur zijn verschillende varianten van de topiclijsten opgesteld. Topiclijsten die niet duidelijk waren, zijn verworpen. De interviews zijn zorgvuldig ingepland en afgenomen op momenten en in ruimtes waar de respondenten zich veilig voelden. Tijdens de interviews is doorgevraagd om te voorkomen dat vage antwoorden verkeerd werden uitgelegd. Bij het uitwerken van de transcripties is gereflecteerd op het verschil tussen het inhoudsaspect en het betrekkingaspect, is ruis verwijderd, en zijn elementen van non-verbale communicatie juist expliciet uitgeschreven.

Hoewel de onderzoeker tijdens het onderzoek inspanningen heeft gedaan om de betrouwbaarheid van het onderzoek te borgen, waren er mogelijkheden die de onderzoeker niet heeft benut. Zo had de onderzoeker, voorafgaand aan de interviews met de respondenten die in het onderzoek zijn meegenomen, één of meer proefinterviews kunnen afnemen, al dan niet in het bijzijn van een meer ervaren onderzoeker. Ook zou de onderzoeker bij de voorbereiding van de interviews de topiclijsten hebben kunnen voorleggen aan een onafhankelijke derde.

6.1.3 Validiteit

Behalve de vraag of het onderzoek betrouwbaar is, kan de vraag worden gesteld of het onderzoek zich voldoende heeft gericht op datgene waar het onderzoek zich op wilde richten. Is het onderzoek valide in die zin dat de resultaten ervan daadwerkelijk betrekking hebben op de wensen, behoeften, verwachtingen en mogelijkheden rond het sociale netwerk van LVB cliënten?

Na het onderzoek heeft een vorm van validatie plaatsgevonden doordat de bevindingen van dit onderzoek zijn voorgelegd aan de instelling waar het onderzoek heeft plaatsgevonden en de aanbevelingen zijn gepresenteerd aan het team van de twee woonlocaties van instelling X waarbij uitdrukkelijk is gevraagd of de bevindingen en aanbevelingen relevant werden geacht voor instelling X. De reacties op deze presentaties waren positief en men is op de locaties als eerste actie aan de gang gegaan met het maken van een ecogram met elke cliënt. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het onderzoek een positief effect heeft.

Hieruit volgt niet dat de resultaten van het onderzoek in alle opzichten valide zijn. In de paragrafen 3.2 en 3.3 is al gewezen op factoren die de validiteit van het onderzoek kunnen aantasten. Het onderzoek wil iets zeggen over LVB cliënten van instelling X, maar het meetinstrument is losgelaten op een specifieke groep binnen deze populatie, namelijk LVB cliënten die woonachtig zijn op bepaalde woonlocaties van instelling X. In die paragrafen is beargumenteerd dat het effect op de validiteit van het onderzoek mogelijk minder drastisch is dan op het eerste gezicht lijkt. Het is redelijk aan te nemen dat bevindingen voor LVB cliënten van deze locaties ook gelden voor LVB cliënten op andere locaties. Doordat de aanbevelingen gericht zijn op instelling X is er ook geen reden te stellen dat bij het doen van deze aanbevelingen de validiteit aangetast is. Hoewel de respondenten niet volledig willekeurig zijn gekozen, is te verdedigen dat de *interne* validiteit voldoende gewaarborgd is. De bevindingen en de aanbevelingen zijn van toepassing op instelling X, de instelling waar het onderzoek is uitgevoerd.

Een andere vraag is of de bevindingen en aanbevelingen ook van toepassing zijn op LVB cliënten in andere instellingen, dat wil zeggen of ook de *externe* validiteit gewaarborgd is. Voor de bevindingen bij deelvraag 1 is dit zeer waarschijnlijk. Voor deze deelvraag sluiten de resultaten van dit onderzoek aan bij hetgeen andere onderzoekers hebben vastgesteld. Er is geen reden aan te nemen dat waar LVB cliënten van instelling X het verband tussen het sociale netwerk en hun welbevinden leggen, LVB cliënten elders dat niet zouden kunnen doen.

Voor deelvragen 2 en 3 ligt dit anders. De antwoorden op deze deelvragen verwijzen naar de specifieke omstandigheden op instelling X. Die kunnen bij andere instellingen anders zijn. Mogelijk hebben LVB cliënten elders alleen maar goede contacten met de familie of worden daar al systeemtherapeuten ingezet. De externe validiteit van dit onderzoek is dus zeer bescheiden.

6.2 Sterkte- zwakteanalyse

Een kanttekening die bij de bespreking van de betrouwbaarheid en de validiteit, nog niet is gemaakt, is dat er gaandeweg het onderzoek reden was om de gemaakte keuzes te heroverwegen. Hoewel er tijdens het onderzoek uiteraard geen gelegenheid was tot het feitelijk bijstellen van deze keuzes, zijn deze heroverwegingen hier toch expliciet gemaakt. Mogelijk komen ook andere onderzoekers op enig moment voor vergelijkbare overwegingen te staan, en kunnen ze hier hun voordeel mee doen.

Een aantal aspecten van dit onderzoek stemmen tot beperkte tevredenheid:

Hoewel alle modellen die in het theoretisch kader zijn beschreven, relevant zijn voor het onderwerp, laten deze modellen zich niet eenvoudig combineren naar een allesomvattende inzicht op basis waarvan van het onderzoek kan worden ingericht. Dit is onbevredigend.

Onbevredigend is ook dat, mede door het hierboven genoemde punt, de modellen die in het theoretisch kader zijn beschreven, niet expliciet meegenomen zijn in de topiclijst voor de interviews met de cliëntondersteuners. Hierin speelt mee dat de onderzoeker beperkte ervaring had met het

afnemen van interviews en eerst door het afnemen van de interviews mogelijkheden daartoe ontdekte. Terugkijkend was het beter geweest als in de topiclijst voor de interviews met de cliëntondersteuners meer items zouden hebben gezeten waarmee nagegaan was welke theoretische modellen binnen instelling X zoal gehanteerd worden.

Tijdens het onderzoek stelde de onderzoeker vast dat hij graag meer informatie zou willen hebben over zaken die ogenschijnlijk niet zoveel met het activeren van het sociale netwerk te maken hebben, zoals de kosten van de verschillende voorzieningen en bijvoorbeeld het inschakelen van systeemtherapeuten of het structureel doorvoeren van het triadisch werken. Deze zaken vielen buiten het onderzoek en zouden niet in kaart kunnen worden gebracht in de beschikbare tijd. Toch knaagde het soms. Wat heeft een instelling als instelling X eraan als in een onderzoek de aanbeveling gedaan wordt om systeemtherapeuten in te zetten als instelling X daarvoor geen financiële ruimte heeft?

Gegeven de hierboven gemaakte kanttekeningen past de onderzoeker bescheidenheid en terughoudendheid in het aanprijzen van dit onderzoek. Het belangrijkste resultaat van dit onderzoek is mogelijk de poging die gedaan is binnen de drie aspecten van het sociale netwerk dat ene aspect, van het 'bloemetje op tafel', in de schijnwerpers te plaatsen. De onderzoeker hoopt dat als, de poging om dit aspect bruikbaar te operationaliseren in dit onderzoek niet succesvol is geweest, anderen daarin een stimulans vinden een nieuwe poging te wagen.

Middels dit onderzoek en de presentatie hiervan is het sociaal netwerk extra onder de aandacht gebracht van de cliëntbegeleiders en het werken met een ecogram is inmiddels opgepakt door de cliëntbegeleiders. De methodiek "Buiten kijken" is weer onder de aandacht van directie waardoor eventuele bijscholing kan plaatsvinden.

Literatuurlijst

Admiraal, L. (2016) *Sociale netwerken*. Utrecht: Kenniscentrum sociale innovatie.

Asselt-Goverts, I., Embregts, P., Hendriks, L., & Frielink, N. (2010). *Werken met sociale netwerken in de zorg voor mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Nijmegen: Han

Baarda, B., Van der Hulst, M. (2012). *Basisboek interviewen*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.

Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., & Julsing, M. (2013) *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Houten: Noordhoff Uitgevers.

Boeije, H.(2014) *Analyseren in kwalitatief onderzoek* Amsterdam: Boom uitgevers

Bomhoff, M., de Boer, D., & Friele, R. (2016). *Conceptueel kader voor de ontwikkeling van toezicht op samenwerking in de zorg en ondersteuning van kwetsbare cliënten thuis*. Utrecht: Nivel.

De Beer , Y. (2011). *De kleine gids mensen met een licht verstandelijke beperking*. Apphen aan de Rijn: Kluwer.

De Jong, Y. (2014). *Familieparticipatie vergt cultuuromslag*.

Geraadpleegd op 2 oktober 2017 van

<https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/familieparticipatie-vergt-cultuuromslag.pdf>

Eeken, K. e. (2009). *Project zorg voor beter* Amsterdam: Trimbos-instituut

Egberts, C. (2017). *Driehoekskunde*. Apeldoorn: Drienamiek.

Erp, V., Place, C. (2011). *Familiebetrokkenheid en familie interventies in de langdurige ggz*. Utrecht: Trimbos-insituut

Groenou, M. (2012) *Schuivende panelen en een krakend fundament*.

Geraadpleegd op 18 november 2017 van <https://www.socialevraagstukken.nl/informele-zorg-3-0-schuivende-panelen-en-een-krakend-fundament/>

Haasbroek, M., Post, H. (2016). *Wmo voor beginners. Denkbeeld, 2016 (5)* Geraadpleegd op 15 september 2017, van <https://mijn.bsl.nl/wmo-voor-beginners/10902946>

Hoekman, J., & Woldendorp, H. (2017). Integratie van formele zorg, welzijn en informele zorg. *Sociaal bestek, 2017(1)* Geraadpleegd op 23 oktober 2017, van <https://mijn.bsl.nl/integratie-van-formele-zorg-welzijn-en-informele-zorg/12158492>

Jong, Y. (2013). Familieparticipatie 2.0
Geraadpleegd op 18 november 2017 van
www.expertisecentrummantelzorg.nl/site_em/docs/pdf/artikel_familieparticipatie_2_0.pdf

Kristal centrum psychiatrie en verstandelijke beperking. (2012). Systeemtherapie.
Geraadpleegd op 14 december 2017 van
https://www.rivierduinen.nl/~media/_Centrum%20Kristal/Familie%20en%20naasten/Systeemtherapie.ashx

Kruijswijk, W., Van der Veer, M., Brink, C., Calis, W., Van de Maat, J., & Redeker, I. (2014). *Aan de slag met sociale netwerken*. Utrecht: Movisie.

Kwekkeboom, R., Steyaert, J. (2012). *De zorgkracht van sociale netwerken*. Utrecht: Movisie.

Lunetzorg. (2016) *Jaarverslag*.
Geraadpleegd op 17 februari 2018 van
<https://www.lunetzorg.com/wp-content/uploads/2017/06/Jaarverslag2016.pdf>

Lustgraaf, M. (2011). *"Buiten kijken" Een vitaal sociaal netwerk*. Eindhoven: Lunetzorg.

Lustgraaf, M. (2011). *Versterken van sociale netwerken*. Bunnik: Mezzo.

Migchelbrink, F. (2014). *Handboek praktijkgericht onderzoek*. Amsterdam: S.W.P. B.V.

Movisie. (2015). De voordelen van de participatiesamenleving.
Geraadpleegd op 11 november 2017 van
<https://www.movisie.nl/artikel/voordelen-participatiesamenleving>

Oudijk, Debbie., De Boer, Alice, Woittiez, Isolde., Timmermans, Joost., & De Klerk, Mirjam. (2010). Mantelzorg uit de doeken. Geraadpleegd van
https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2010/Mantelzorg_uit_de_doeken

Pont, S. (2016). *Er zit systeem in*. Auteur: eigen beheer.

Ridder, W. (2015). Senioren weinig vertrouwen in mantelzorg.
Geraadpleegd op 2 oktober 2017 van

<https://www.usp-mc.nl/nl/artikel/91/senioren-weinig-vertrouwen-in-mantelzorg/>

Rijksoverheid. (2015). *Transitieplan Wmo 2015* .

Geraadpleegd op 15 september 2017 van

file:///C:/Users/256595/Downloads/transitieplan-wmo-2015.pdf

Scholten. (2014). Mantelzorgers en de veranderingen in de zorg. Urecht: Movisie

Stevens, J. (2017). Communicatie op inhoud en betrekkningsniveau.

Geraadpleegd op 7 maart 2018 van

<https://www.desteven.nl/leerdoelen/persoonlijke-leerdoelen/communicatie-gesprekstechnieken-leerdoelen/inhoud-betrekkningsniveau>

Van de Schoot, Rian (2015). Hervorming langdurige zorg. Geraadpleegd op 13 april 2018, van

<https://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/vernieuwend-zorgen/hervorming-langdurige-zorg-Rian-van-de-Schoot-Winterzorgbeurs-nov2014.pdf>

Verkiezingen en mantelzorg. (2017, 13 maart). Geraadpleegd op 20 mei 2018, van

<https://mantelzorgelijk.nl/zeggen-partijen-pgb-verkiezingen-mantelzorg/>

Verkooijen, L., Van Andel, J. (2014). *Netwerkontwikkeling voor zorg en welzijn*. Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V.

Watzlawick, P., Beavin. J.H. (2012). *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*.

Houten: Bohn Stafleu van Loghum .

Zorgwijzer. (2017). Wat is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)?

Geraadpleegd op 27 september 2017 van <https://www.zorgwijzer.nl/faq/wmo>

Bijlagen

Bijlage 1 – Toestemmingsformulier

Toestemmingsformulier deelname interview

Hierbij verklaar ik dat ik deelneem aan een interview voor een afstudeeronderzoek aan de Fontys Hogeschool Sociale studies. Ik geef mijn toestemming voor het opnemen van het interview en het gebruiken van de resultaten voor het afstudeeronderzoek.

De gegevens zullen te allen tijde anoniem blijven. Na beoordeling van het afstudeeronderzoek zullen de gegevens vernietigd worden. De respondenten zijn niet bekend binnen de organisatie, waardoor niet te achterhalen valt welke respondenten wat hebben gezegd.

Dhr./ Mvr. Student:

Naam: _____ Naam: _____

Handtekening: _____ Handtekening: _____

Bijlage 2 - Topiclijsten

Topiclijst cliënten

Kernbegrip	Waarneming	Vragen
Geschiedenis cliënt	Interview vragen	- Wat is je leeftijd? - Wat is je geschiedenis van wonen binnen instelling X? - Hoe is je thuissituatie?
Betekenis sociale contacten	Ecogram	- Welke mensen betekenen iets voor jou? *zie ecogram - Wat betekenen deze mensen voor jou?
In stand houding sociale contacten	Sociogram Interview vragen	-Hoe vaak zie je deze mensen? - Wat doe je er zelf aan om deze mensen te blijven zien? - Hoe vind je dat jouw cliëntbegeleider jou hierin helpt? - Waar zou je cliëntbegeleider je beter mee kunnen helpen om jouw contacten in stand te houden?
Wensen sociale contacten	Interview vragen	- Ben je tevreden over alle mensen die jij ziet? - Wat zou je graag anders willen zien? -Als je één ding mocht wensen met betrekking tot alle mensen die je ziet. Wat zou je dan wensen?

Topiclijst cliëntondersteuners

Kernbegrip	Waarneming	Vragen
Geschiedenis cliëntondersteuner	Interview vragen	-Wat is jouw geschiedenis in werkverband met instelling X?
Betekenis sociale contacten	Interview vragen	-Wat denk je dat sociale contacten betekenen voor jouw cliënten?
In stand houding sociale contacten	Interview vragen	-Wat doet volgens jou de cliënt zelf om sociale contacten in stand te houden? -Wat doe jij zelf als cliëntondersteuner om deze contacten in stand te houden? -Wat doe jij als cliëntondersteuner om nieuwe sociale contacten te vinden wanneer hier vraag naar is? -Wat zou je nog anders kunnen doen? -Wat heb je hierin nodig van instelling X?
Methodiek "buiten kijken"	Interview vragen	-Hoe ga jij om met deze methodiek en met het nieuwe formulier in het PP sociaal netwerk
Wensen sociale contacten	Interview vragen	- Denk je dat jouw cliënten tevreden zijn met haar of zijn netwerk? Waaraan kan je dit merken? -Zijn de wensen van jouw cliënten in jouw ogen haalbaar?

Bijlage 3 - Codeboom

De volgende afkortingen worden gebruikt met daarachter de betekenis:

PS = Praktische steun

ES = Emotionele steun

GS = Gezelschap

AUI = Advies en uitwisseling informatie

Codeboom cliënten

Onderwerp	Fragment	Label
Betekenis sociale contacten	Omvang netwerk	R1: Familieleden (4), maatje(1), Vriend(in) (cliënt) (1), vrijetijdsbewegingen (2), woonbegeleiding (1) R2: Familieleden (4), relatie (1), vriend(in) (cliënt) (2), woonbegeleiding (1) R3:Familieleden (2), personeel (1) R4:Familieleden (6), (game)vrienden (2), personeel werk (1) R5:Familieleden (5), maatje (1), vriend(in) (cliënt) (1), woonbegeleiding (1) R6: Familieleden (1), vriend(in) (cliënt) (2), woonbegeleiding (3) R7: Familieleden (3), relatie (1), vriend(in) (cliënt) (1), woonbegeleiding (3) R8:Familieleden (2), vriend(in) (cliënt) (1), vrijetijdsbewegingen (1), woonbegeleiding (1)
	Invloed sociale contacten	Afleiding (2) Emotionele steun (2) Frustratie (2) Gezelligheid (2) Steun (2) Verbondenheid (1)
	Ontleningen uit het netwerk	R1: Familieleden (4): PS (1), GS (3) Maatje (1): GS(1) Vriend(in) (cliënt) (1): GS (1) Vrijetijdsbewegingen (2): GS (2), ES (2) Woonbegeleiding (1): PS (1), ES (1), AUI (1) R2: Familieleden (4): PS (1), GS (1), ES (2)

		Relatie (1): GS (1), ES (1), Vriend(in) (cliënt) (2): GS (2), ES (2) Woonbegeleiding (1): PS (1), GS (1), AUI (1), ES (1) R3: Familieleden (2): PS (1) Personeel (1): PS (1), AUI (1), ES (1) R4: Familieleden (6): PS (3), GS (4), AUI (1), ES(2) Game vrienden (2): GS (2) Personeel werk (1): PS (1) R5: Familieleden (5): PS (2), GS (5), AUI (2), ES (1) Maatje (1): GS (1) Vriend(in) (cliënt) (1): GS (1) Woonbegeleiding (1): PS (1), AUI (1), ES (1) R6: Familieleden (1): PS (1) Vriend(in) (cliënt) (2): GS (2) Woonbegeleiding (3): PS (1), GS (1), AUI (1), ES (2) R7: Familieleden (3): PS (3), GS (3), AUI (2), ES (2) Relatie (1): GS (1) Vriend(in) (cliënt) (1): ES (1), GS (1) Woonbegeleiding (3): PS (2), GS (2), AUI (3), ES (3) familielid, 3x personeel) R8: Familieleden (2): PS (1), ES (1) Vriend(in) (cliënt) (1): GS (1) Vrijtijdsbewegingen (1): GS (1), ES (1) Woonbegeleiding (1): PS (1), GS (2), AUI (1), ES (1)
In stand houding sociale contacten	Frequentie	R1: Familieleden: maandelijks (1), na telefonisch contact (2), onverwachts (1) Maatje: 1x/6weken (1) Vriend(in) (cliënt): Dagelijks (1) Vrijtijdsbewegingen: 3x/week (1), 2x/week (1) Woonbegeleiding: Gem. 4x/week (1) R2: Familieleden: 2x/maand (2), 1x/halfjaar (1), nooit (1) Relatie: Gem. 3/week (1) Vriend(in) (cliënt): Elke dag (2) Woonbegeleiding: Gem. 4x/week (1)

		R3: Familieleden: 1x/jaar (1), nooit (1) Woonbegeleiding: Gem. 4x/week (1) R4: Familieleden: Gem. 4x/week (5), 1x/week (1) (game) vrienden: verbaal dagelijks (2) Werkbegeleiding: Gem. 3x/week (1) R5: Familieleden: Gem. 3x week (3), 1x/maand (2) Maatje: 1x/6weken (1) Vriend(in) (cliënt): Dagelijks (1) Woonbegeleiding: Gem. 4x/week (1) R6: Familieleden: 1x/maand (1) Vriend(in) (cliënt): Dagelijks (2) Woonbegeleiding: Gem. 4x/week (3) R7: Familieleden: 1x/maand (3) Relatie: Gem. 3x/week (1) Vriend(in) (cliënt): Dagelijks (1) Woonbegeleiding: Gem. 4x/week (3) R8: Familieleden: 1x/2weken (1), 1x/week (1) Vriend(in) (cliënt): Dagelijks (1) Vrijtijdsbewegingen: 3x/week (1) Woonbegeleiding: Gem. 4x/week (1)
	Wat doet de cliënt zelf	Telefonisch contact (7) Schrijven (1) Geen contact (1) Zelf langsgaan (2) Vaste mama/dochter avond (1) Mailen (1) Facebook (1) Zelfstandig naar vrijetijdsbeweging, dagbesteding (4)
	Tevredenheid over persoonlijk begeleider m.b.t. sociale contacten	Goed (4) Redelijk (2) Zelfstandig contact onderhouden (2)
	Aandachtspunten persoonlijk begeleider	Samen vaker bellen (1) Familie bijeenkomsten organiseren (2) Nieuwe mensen leren kennen (4) Ondersteuning bieden met sociale contacten (5)
Wensen sociale contacten	Tevredenheid	Tevreden (4) Ontevreden (4)
	Verbetering	Vaker leuke dingen doen met cliënten/familie (2) Vaker contact hebben (2)

		Maatje (vrijwilliger) krijgen (4) Nieuwe mensen leren kennen (3) Tevreden (1)
	Grootste wens	Meer organiseren op de woning zelf (2) Vaker contact hebben (3) Maatje (vrijwilliger) krijgen (1) Minder ruzie (1) Thuis wonen (2) Buitenshuis afspreken (2)

Codeboom cliëntbegeleiders

Onderwerp	Fragment	Label
Betekenis sociale contacten	Betekenis voor de cliënt	Uitstapjes (2) Weg zijn van de woning (2) Blijheid (1) Versterking eigen waarde (1) Houvast (1) Belangrijk gevonden worden (2)
In stand houding sociale contacten	Wat doet de cliënt zelf	Cliënt afhankelijk (2) Social media (1) Telefonisch contact (2) Afhankelijk van de ander (2)
	Wat doe jij zelf	Kaartjes maken (2) Verjaardagen onthouden (2) Telefonisch contact (2) Zelf contact onderhouden met netwerk (2) Contact wettelijk vertegenwoordiger (2) Contact in goede banen leiden (2)
Methodiek "buiten kijken"	Omgang methodiek	Weinig (1) Alleen bijzonderheden (1)
Wensen sociale contacten	Tevredenheid	Niet tevreden (2) Tekortkoming (2) Eenzaamheid(2)
	Vinden van nieuwe sociale contacten	Aanmelding vrijwilligers traject (2) Aanmelding activiteiten (2)
	Haalbaarheid	Cliëntafhankelijk (2) Naar doelen toewerken (2)
	Andere mogelijkheden	Contact vrijwilligers positief maken (1) Aanmelding activiteiten buiten terrein (2) Mogelijkheden per cliënt kijken (2) Sociale vaardigheidstraining (1) Samenwerking systeem therapeuten (1)

Bijlage 4 - Ecogram

Bij elke pijl komen afkortingen te staan. Elke afkorting staat voor een ontlening uit dit sociaal contact.

De afkortingen zijn: PS = Praktische steun, ES = emotionele steun, GS = gezelschap, AUI= advies en uitwisseling van informatie.

