

Vertrouwde Zorg: gelijk speelveld of hellend vlak?

Een bestuurskundig onderzoek naar het vertrouwen in zorg aan huis bij Nijmeegse ouderen met uiteenlopende SES-WOA scores

Radboud Universiteit Nijmegen

Faculteit der Managementwetenschappen – Opleiding Bestuurskunde



Masterscriptie Beleidsadvisering

Door: Willem van Rooijen – november 2023

Begeleidend docent: Dr. H.P.M. Carlsson

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
1.1 Aanleiding	3
1.2 Probleemstelling	4
1.3 Relevantie	5
1.4 Leeswijzer	7
2. Theoretisch Kader	8
2.1 Vertrouwen als antwoord op kwetsbaarheid	8
2.2 De implicaties van marktwerking: ongelijkheid en positionaliteit	11
2.3 Ongelijke routes naar verschillende vormen van vertrouwen	13
2.4 Lacune ten aanzien van eerder onderzoek	15
3. Methodologie	16
3.1 Methode van dataverzameling	16
3.2 Wervingsstrategie	17
3.3 Validiteit en betrouwbaarheid	19
3.4 Operationalisatie	20
3.5 Methode van analyse	22
4. Analyse	24
4.1 Positionaliteit maakt ongelijk vertrouwen	24
4.2 Concrete verschillen in de niveaus van vertrouwen	29
4.3 Andere vormen van vertrouwen als verklaring	33
5. Conclusie	37
5.1 Een antwoord op de centrale vragen	37
5.2 Reflectie: theorie, relevantie en methode	38
5.3 Afsluiting en aanbevelingen voor vervolgonderzoek	40
6. Bibliografie	41
6.1 Literatuurlijst	41
6.2 Overig bronmateriaal	44
7. Bijlage	46
7.1 Bijlage 1: Topic-list	46
7.2 Bijlage 2: Enquête	49

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Vertrouwen van burgers in de overheid wordt een steeds actueler thema voor beleidsmakers en bestuurskundigen (Erasmus Universiteit Rotterdam, 2021; Centraal Bureau voor de Statistiek, 2023; Universiteit Utrecht, 2022; Amagir et al., 2023). De urgentie van dit thema komt voort uit een zorgwekkende constatering: Nederland bevindt zich volgens veel experts in een vertrouwenscrisis (Centrum Arbeidsverhoudingen Overheidspersoneel, 2022). Ons land zou sinds de covid-19 pandemie het karakter kennen van een laag-vertrouwen samenleving: minder dan 30% van de bevolking geeft aan de overheid te vertrouwen, en ook het vertrouwen tussen mensen neemt af (Erasmus Universiteit Rotterdam, 2021). Deze crisis richt zich net zo goed op de politiek: het vertrouwen in de Tweede Kamer en Nederlandse politici ligt anno 2023 onder de 25%, en is hiermee het laagst in tien jaar tijd (CBS, 2023). Hoewel de mate van vertrouwen onder burgers veelvuldig wordt gemeten door middel van grootschalige enquêtering, zijn de oorzaken van deze crisis een stuk lastiger in kaart te brengen.

In deze scriptie wordt vertrouwen in de ouderenzorg aan huis onderzocht door middel van vier focusgroepgesprekken met Nijmeegse ouderen van verschillende sociaaleconomische achtergronden. De gezondheidszorg als gehele sector kan volgens cijfers van het CBS op het meeste vertrouwen rekenen: 78% van de Nederlanders geeft aan vertrouwen te hebben in de zorgsector (CBS, 2023). Beleidsmakers zijn geneigd om dit te interpreteren als een positief teken over het functioneren van de sector, maar als men beter kijkt bestaan er binnen de sector grote verschillen in vertrouwen. De thuiszorg, een zorgvoorziening waar steeds meer ouderen van afhankelijk zijn (Binnenlands Bestuur, 2023), krijgt vertrouwen van maar 50% van de respondenten van het NIVEL, het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (2022). Dit percentage schommelde in de afgelopen tien jaar regelmatig nog lager (NIVEL, 2022). De gezondheidszorg lijkt over het algemeen niet in een vertrouwenscrisis te verkeren, maar het organiseren van thuiszorg voor steeds meer ouderen is voor alle betrokken actoren een lastige taak (NIVEL, 2022). Dit is terug te zien in het lagere percentage vertrouwen.

Tegelijkertijd wordt de gezondheidszorg in Nederland alsmaar duurder. Toen Nederland in 2005 nog een nationaal zorgfonds kende, een systeem zonder private verzekeraars, was de totale zorgbegroting 65 miljard euro. Vijftien jaar later, in 2020, lag dit bedrag bijna dubbel zo hoog: op 116 miljard euro (CBS, 2022). Het Centraal Planbureau verwacht niet dat deze trend in de komende jaren af zal zwakken (CPB, 2019). Deze stijging in zorgkosten heeft plaatsgevonden ondanks de introductie van marktwerking in het Nederlandse zorgsysteem in 2006, waarvan het voornaamste doel was om door middel van concurrentie toekomstige kosten te drukken. Onder andere door deze ontwikkeling is de zorg recentelijk opnieuw hervormd: in 2015 werd de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) opgesplitst in de WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning) en de WLZ (Wet Langdurige Zorg). Het nieuwe systeem werkt met indicatiestellingen door regionale centra die moeten stroomlijnen wie welke zorg nodig heeft, waardoor maatwerk makkelijker wordt (Zorginstituut Nederland, 2021).

Het gevolg van de decentralisering en verdere introductie van marktwerking binnen de langdurige zorg was echter een onvoorziene explosie van het aantal zorgaanbieders (CBS, 2021). Het zorglandschap werd voor gemeente en zorgbehoevende lastig te navigeren door een enorme hoeveelheid keuze. Ook doken er steeds meer vormen van zorg- en hulpverlening op

(NIVEL, 2021). Waar een dergelijke toename van keuzevrijheid en zorgopties kan lijden tot meer maatwerk, kan het ook groeiende ongelijkheid veroorzaken in de toegang tot zorg onder ouderen. Het vertrouwen in de ouderenzorg dat bij bepaalde groepen ouderen bestaat kan hierdoor worden aangetast. Dit onderzoek houdt zich bezig met het vertrouwen in de ouderenzorg van Nijmeegse ouderen op verschillende niveaus en laat hierbij ouderen met verschillende sociaaleconomische achtergronden aan het woord, om te bestuderen wat de ongelijkheden in vertrouwen in de context van toenemende marktwerking precies inhouden.

1.2 Probleemstelling

Vertrouwen in de ouderenzorg wordt net als vertrouwen in de overheid in het algemeen vooral aan het oppervlak gemeten: door grootschalige enquêtering waarbij een steekproef om een cijfer of beoordeling van de mate van vertrouwen wordt gevraagd (NIVEL, 2022). Dit geeft de bestuurskunde als wetenschap een gegeven om mee te werken: we weten dat vertrouwen in de zorg aan huis laag is. Wat we niet weten is de achterliggende reden. Deze reden is in de context van de hervormingen van de langdurige zorg te complex om in een enquête te vatten. Het resultaat is dat de zorg te vaak onterecht als homogene sector wordt gezien en de populatie zorgbehoevenden te vaak als homogene groep. Het tegendeel is namelijk waar: de thuiszorg wordt aanzienlijk minder vertrouwd dan de gezondheidszorg als geheel (NIVEL, 2022) en de ouderen die er gebruik van maken hebben genieten uiteenlopende opleidingsniveaus en niveaus van welvaart (CBS, 2021). Er zijn duidelijke tekenen dat laagopgeleide en minder vermogende ouderen kwetsbaarder zijn binnen het zorgstelsel en minder goede toegang hebben tot de diensten waar ze recht op hebben (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011, 2022). Dit kan betekenen dat verschillende groepen ouderen de interactie met thuiszorg en huishoudelijke hulpverlening totaal anders ervaren. Maatschappelijke ongelijkheid kan zo leiden tot ongelijkheid in de mate en vorm van vertrouwen die deze ouderen koesteren.

Dit verklarende onderzoek doet een poging dergelijke ongelijkheden in vertrouwen in kaart te brengen en met diepgaande kwalitatieve data uit focusgroepen met Nijmeegse ouderen te verklaren. De doelstelling van dit onderzoek is het inzichtelijk maken van de verschillende factoren die vertrouwen in de ouderenzorg bij Nijmeegse ouderen met hoge en lage SES-WOA scores beïnvloeden, ten einde een toevoeging te doen aan de bestuurskundige literatuur over dit onderwerp en handvaten te bieden voor beleid om dit vertrouwen te doen groeien. Uit deze doelstelling wordt de volgende hoofdvraag afgeleid: *Zijn er verschillen in de vorm en mate van vertrouwen die Nijmeegse ouderen met hoge en lage SES-WOA scores hebben in de ouderenzorg aan huis, en welke mechanismen in de context van marktwerking kunnen eventuele verschillen verklaren?* Om deze hoofdvraag overzichtelijk te beantwoorden worden drie deelvragen behandeld:

1. *Welke ervaringen hebben ouderen met hoge en lage SES-WOA scores met ouderenzorg aan huis, en welke eventuele verschillen bestaan er tussen de groepen?*
2. *In hoeverre vertrouwen beide groepen de ouderenzorg aan huis op institutioneel, organisationeel en interpersoonlijk niveau, en welke eventuele verschillen bestaan er tussen de groepen?*
3. *In welke vormen uit vertrouwen zich bij beide groepen, en welke mechanismen in de context van marktwerking kunnen eventuele verschillen verklaren?*

Voor de populatie ouderen hanteert dit onderzoek dezelfde definitie als het CBS, namelijk Nederlanders van 65 jaar en ouder. De ouderenzorg aan huis betreft thuiszorg en huishoudelijke hulp, georganiseerd via de WLZ en WMO of via (semi-)particuliere alternatieven. Vertrouwen wordt in dit onderzoek gedefinieerd als “een antwoord op kwetsbaarheid”, en een manier om met kwetsbaarheid in alle vormen om te gaan (Gilbert, 2021). Deze definitie wordt verder toegelicht in het theoretisch kader van deze scriptie. Vertrouwen kan volgens Gilbert aan- of afwezig zijn op drie niveaus: een institutioneel, organisationeel en interpersoonlijk niveau. Een SES-WOA score is een maatstaf die wordt gehanteerd door het CBS om sociaaleconomische status breed in kaart te brengen. SES-WOA staat voor Sociaal Economische Status – Welvaart, Opleidingsniveau en Arbeidsmarktdeelname.

Om de hoofdvraag van dit onderzoek te beantwoorden zijn er vier focusgroepen uitgevoerd met Nijmeegse ouderen. Twee groepen ouderen, ouderen uit de Nijmeegse wijken ‘Hatert’ en ‘het Waterkwartier’, bestaan uit respondenten met een lage SES-WOA score, de andere twee, uit wijken ‘Nijmegen-Oost’ en ‘Hengstdal’, bestaan uit respondenten met een hoge SES-WOA score. Het gaat om vier focusgroepen met vier respondenten per groep: in totaal 16 ouderen. De wervingsstrategie en de totstandkoming van de Topic-List voor deze groepsgesprekken worden in het hoofdstuk methodologie van deze scriptie uiteengezet. In het Theoretisch Kader wordt naast de gehanteerde definitie van vertrouwen ook de literatuur over de effecten van marktwerking in de zorg besproken, en wat deze effecten kunnen betekenen voor vertrouwen in de ouderenzorg aan huis. Ook worden publicaties uit de kleine, maar opkomende vertrouwensliteratuur aan elkaar verbonden om tot een ‘state of the art’ te komen wat betreft bestaande theorieën en eerdere empirie. Om de data afkomstig uit de focusgroepen te duiden wordt gebruik gemaakt van sensitizing concepts uit dit theoretisch overzicht.

1.3 Relevantie

De wetenschappelijke relevantie van deze scriptie is direct verbonden met het concept vertrouwen als onderwerp van onderzoek. Er is weinig onderzoek verricht naar de gevolgen van de zorghervormingen van 2006 en 2015 dat niet-economisch van aard is, en niet vanuit de overheid bekeken. Door kwalitatief onderzoek naar vertrouwen wordt niet alleen de belevingswereld van de zorgbehoevende oudere centraal gesteld, maar kan ook op zoek worden gegaan naar verklaringen voor laag vertrouwen, die tot nu toe uitblijven. De cijfers die er zijn, een aantal ervan zijn in de aanleiding genoemd, zijn afkomstig uit kwantitatief onderzoek naar algeheel vertrouwen in de overheid of de zorgsector als geheel. Wetenschappelijk diepgaand onderzoek naar vertrouwen in de Nederlandse thuiszorg ontbreekt, terwijl de data van het NIVEL wel tot dergelijk onderzoek aanmoedigt.

De recent gepubliceerde definitie van vertrouwen van Gilbert (2021) spitst zich toe op ouderenzorg, en geeft de mogelijkheid om vertrouwensbanden op meer niveaus te bestuderen. Omdat dit een nieuwe ontwikkeling is, is de vertrouwensliteratuur vooralsnog gefragmenteerd. Er worden veel verschillende definities gebruikt, en de bestaande empirie richt zich vaak niet op zorg aan huis maar op ziekenhuiszorg. Hierdoor is er geen sprake van een bestaand theoretisch framework waarmee vertrouwen in de ouderenzorg getoetst kan worden. Het Theoretisch Kader van deze scriptie probeert houvast te bieden door de bestaande literatuur toe te passen op de onderverdeling in niveaus van Gilbert (2021), en assumpties uit bestaande

empirie expliciet te maken. De functie van het theoretisch kader van deze scriptie is het komen tot een synthese van de relevante vertrouwensliteratuur. Op deze manier ontstaat een framework van waaruit in ieder geval verklarend onderzoek kan worden gedaan naar de manier waarop vertrouwen in de ouderenzorg wordt ervaren.

De internationale literatuur over vertrouwen in de ouderenzorg is zoals eerder gezegd opkomend, maar richt zich vooralsnog voornamelijk op het interpersoonlijke niveau van vertrouwen. Dat wil zeggen: er wordt voornamelijk onderzoek gedaan naar de vertrouwensband tussen zorgverlener en oudere. Hoewel de uitkomsten van dergelijk onderzoek bruikbaar zijn voor zorgprofessionals bieden ze weinig houvast voor bredere bestuurskundige vragen. Een uitsluitend interpersoonlijke focus zorgt ervoor dat vertrouwen in de overheid en uitvoerende zorgorganisaties onbesproken blijft, terwijl later in deze scriptie duidelijk zal worden dat deze niveaus van vertrouwen elkaar kunnen beïnvloeden. Als eerdere data erop wijst dat de positie van mensen in de verzorgingsstaat impact heeft op vertrouwen, dan moet deze positie meegenomen worden in de gehanteerde definitie van vertrouwen als onderzoeksobject. Zo kan men erachter komen hoe oudere burgers de welvaartstaat daadwerkelijk ervaren. Onderzoek naar vertrouwen in drie niveaus waarbij twee sociaaleconomische groepen worden vergeleken is nog niet eerder gedaan. Deze scriptie legt deze link wel, en probeert de vertrouwensliteratuur zo uit te breiden. Hiermee wordt meegewerkt aan het onderzoeksproject ‘Vertrouwde Zorg’ van het Kenniscentrum Ongelijkheid, waarbinnen meerdere demografische groepen ouderen en verschillende alternatieve zorgopties worden onderzocht.

De maatschappelijke relevantie van onderzoek naar vertrouwen in de zorg aan huis bij ouderen ligt voor de hand. Dienstverlening vanuit de zorgsector wordt door steeds meer ouderen gebruikt, is de snelst groeiende kostenpost van de Nederlandse overheid, en is regelmatig aan hervormingen onderhevig (CBS, 2022). Duidelijk is geworden dat het vertrouwen in de ouderenzorg niet altijd even hoog is. Om dit vertrouwen te bevorderen moeten beleidsmakers bewust worden van de mechanismen die vertrouwensrelaties tussen overheid, zorgsector en burger beïnvloeden. Zo zal ook duidelijk worden dat het zinloos is om te spreken over laag vertrouwen van ouderen in het algemeen: binnen de twee groepen respondenten van dit onderzoek bestaan aanzienlijke verschillen.

Voortdurende ongelijkheid in vertrouwen in de ouderenzorg kan ervoor zorgen dat groepen ouderen van het zorgstelsel vervreemd raken. Niet elke demografische groep ouderen is even zichtbaar, toch worden ze allemaal op een manier geraakt door hervormingen in de ouderenzorg. Stel het doet zich voor dat een bepaalde groep haar vertrouwen in het zorgstelsel verliest, dan kan dit in de toekomst een afbraak betekenen van de solidariteit waarop het stelsel rust. Paradoxaal genoeg zijn het juist de ouderen wiens toegang tot zorg in recente jaren wellicht is gekrompen die afhankelijk zijn van de maatschappelijke solidariteit van het premiestelsel. Een dergelijke ongelijkheid in vertrouwen is problematisch voor het Nederlandse zorgstelsel omdat het de idealen waarop de universele verzorgingsstaat is gebouwd ondermijnt. Gelijkheid en gelijkwaardigheid vormen de uitgangspunten van de zorg (Frederickson, 2015) waar alle Nederlanders recht op hebben. Als het systeem dat van kracht is er niet in slaagt iedereen een vergelijkbaar niveau van toegang tot zorg te garanderen en dit vertrouwen te waarborgen, faalt de Nederlandse overheid in het garanderen van universele ouderenzorg (Frederickson, 2015). Dit zou een zorgwekkende constatering zijn voor de rechtvaardigheid van het bestuur van de zorgsector.

1.4 Leeswijzer

Deze masterscriptie maakt gebruik van een indeling in hoofdstukken. In hoofdstuk 2, het theoretisch kader, wordt een overzicht gegeven van de wetenschappelijke literatuur rondom het concept vertrouwen in relatie tot zorg. De definitie van vertrouwen van Gilbert (2021), vertrouwen als een antwoord op kwetsbaarheid, blijkt het best bruikbaar, en gaat gepaard met een onderscheid tussen institutioneel, organisationeel en interpersoonlijk vertrouwen. Deze drie niveaus van vertrouwen zullen door de rest van de scriptie steeds terugkomen om duidelijk te maken op welk niveau een verklaring of stellingname effect heeft. Vervolgens wordt er aandacht besteed aan de rol van positionaliteit binnen vertrouwen en de context van toenemende marktwerking. Uit een brede literatuurverkenning zal blijken dat het zeer vermoedelijk is dat toenemende ongelijkheid in toegang tot zorg en meer keuzevrijheid impact hebben op vertrouwen in de ouderenzorg. Tot slot zullen de meest relevante publicaties wat betreft theorievorming en empirie uit de vertrouwensliteratuur worden besproken.

In hoofdstuk 3, de methodologie, wordt de methode van dit onderzoek uiteengezet en verantwoord. Het kernconcept vertrouwen wordt aan de hand van besproken theorie geoperationaliseerd, en er wordt een overzicht gegeven van de wijze van caseselectie, dataverzameling en analyse. Er wordt onder andere besproken hoe respondenten voor de focusgroepen zijn geselecteerd, en hoe de Topic-List tot stand is gekomen aan de hand van de definitie van vertrouwen en de methodologische uitdagingen van de gekozen methode. In hoofdstuk 4 komen de bevindingen zelf aan bod, behandeld in de volgorde van de geformuleerde deelvragen. Eerst is er oog voor data over de ervaringen van de ouderen met thuiszorg en huishoudelijke hulp, om te kijken of de groepen verschillend omgaan met keuzevrijheid, particuliere opties, en hun algehele positie in de verzorgingsstaat. Vervolgens wordt bekeken hoe de groepen hun mate van vertrouwen op de drie niveaus waarderen. Hierna wordt belicht welke vormen van vertrouwen in de focusgroepen naar voren kwamen en hoe de ouderen met een lage SES-WOA score van de ouderen met een hoge SES-WOA score verschillen. In hoofdstuk 5, de conclusie, wordt de hoofdvraag definitief beantwoord, en volgt een terugblik op de literatuur, en de limiteringen van gekozen methode. Ook worden er aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek. In de bijlage van dit document zijn de Topic-List en de gebruikte enquête voor de gegevensverzameling van respondenten te vinden.

2. Theoretisch Kader

In dit hoofdstuk wordt de bestaande relevante wetenschappelijke theorie en empirie rondom vertrouwen in de ouderenzorg uitvoerig besproken. Zoals eerder benoemd wordt de tot op heden gefragmenteerde vertrouwensliteratuur zo goed mogelijk gecombineerd tot een theoretisch framework, om de vorm en mate van vertrouwen van Nijmeegse ouderen in de zorg aan huis te kunnen bestuderen. Om te beginnen wordt de gehanteerde definitie van vertrouwen verder toegelicht en verantwoord. De onderverdeling in drie niveaus wordt gevolgd door een voorzichtige hypothese uit eerdere empirie over hoe deze niveaus elkaar beïnvloeden. Omdat vertrouwen per definitie afhankelijk blijkt van kwetsbaarheid, worden hierna de implicaties van marktwerking in de zorg voor de kwetsbaarheid van zorgbehoevenden belicht. De ongelijkheid tussen groepen zorgbehoevenden die marktwerking mede mogelijk maakt wordt vervolgens gelinkt aan de ongelijke vormen van vertrouwen die hieruit kunnen volgen. In dit fragment worden een aantal theorieën gepresenteerd die houvast bieden voor de kwalitatieve duiding van de verzamelde data van dit onderzoek. Tot slot wordt de toevoeging van deze scriptie aan de onderzoeksliteratuur besproken.

2.1 Vertrouwen als antwoord op kwetsbaarheid

Vertrouwen is een begrip dat vooral in de sociologie en de psychologie al lange tijd wordt bestudeerd, in de context van de gezondheidszorg veelal in een interpersoonlijke context, ofwel: vertrouwen als een vertrouwensrelatie tussen personen (Gilbert, 2021). In deze vorm is vertrouwen op vele manieren te definiëren. De meest gebruikte wetenschappelijke definities die in de vertrouwensliteratuur opduiken hebben iets te maken met kernwoorden als acceptatie, kwetsbaarheid, en omgaan met al dan niet positieve verwachtingen van andermans intenties (Hall et al., 2003; Rousseau et al., 1998). Het gebruik van een uitsluitend interpersoonlijke definitie is echter onvoldoende als men vertrouwen wil bestuderen in de context van het zorgstelsel, al helemaal wanneer men een beleidskoers zoals de verdere introductie van marktwerking wil meenemen, hetgeen effect heeft op het organisationeel en institutioneel niveau van hoe we in Nederland de zorg regelen. De onderzoeksvraag van deze scriptie vraagt om een breder toepasbare invulling van vertrouwen, omdat de ouderenzorg aan huis niet alleen gaat over het persoonlijk contact met hulpverlenend personeel. Om vertrouwen in de ouderenzorg aan huis degelijk te kunnen onderzoeken moet gebruik worden gemaakt van een veralgemeniseerbare definitie. Hierin gaat dit onderzoek mee met de definitie van politicoloog en socioloog Andrew Gilbert (2021): vertrouwen is een antwoord op kwetsbaarheid, en een manier om met deze kwetsbaarheid om te gaan. Deze definitie beperkt zich niet alleen tot vertrouwensrelaties tussen personen, en geeft door het concept kwetsbaarheid de mogelijkheid om verschillen tussen groepen aan verschillen in kwetsbaarheid te verbinden.

Binnen de uitvoering van lange termijn-zorg waar thuiswonende ouderen gebruik van kunnen maken spelen actoren op meerdere niveaus een rol. Het blijft niet alleen bij de zorgverlener als professional, ook de organisatie die de zorg aanbiedt en kaderstellende instanties binnen de verzorgingsstaat beïnvloeden het uitvoeringsproces (Gilbert, 2021). Dit maakt het interessant om vertrouwen op meer dan alleen het interpersoonlijke niveau te bekijken. Gilbert (2021) conceptualiseert vertrouwen in een zorgcontext op een manier die dit mogelijk maakt. Hiervoor maakt hij onderscheid tussen drie niveaus van vertrouwen. Het eerste

niveau is in veel onderzoek de basis: interpersoonlijk vertrouwen, dat vaak een impliciete drijfveer vormt in empirisch onderzoek naar de kwaliteit van zorg (Bradshaw et al., 2012). Dit niveau betreft de vertrouwensrelaties tussen individuen, en de gedeelde verwachtingen die er bestaan over elkaars gedrag (Gilbert, 2021). De andere twee niveaus zijn organisatorisch en institutioneel vertrouwen. Organisatorisch vertrouwen behelst het vertrouwen dat iemand heeft in een verantwoordelijke uitvoerende organisatie en de uitingen van de organisatie waar het individu mee in aanraking komt. Institutioneel vertrouwen bevindt zich op een macroniveau, en slaat op het algehele vertrouwen dat een individu heeft in een sociaal instituut of stelsel (Gilbert, 2020). In figuur 1 wordt een beeld gegeven van wat deze niveaus inhouden in de context van ouderenzorg aan huis. Samen kunnen deze niveaus een genuanceerder antwoord bieden op de vraag hoeveel vertrouwen een persoon heeft in deze zorg.

De vervolgvraag die deze onderverdeling oproept is of de verschillende niveaus van vertrouwen elkaar beïnvloeden, en hoever deze beïnvloeding in bepaalde gevallen gaat. De onderverdeling van Gilbert (2021) maakt het mogelijk om nauwkeurig te bestuderen of de interacties tussen actoren uit de verschillende niveaus (interpersoonlijk, organisatorisch en institutioneel) het proces tot vertrouwensvorming op een manier beïnvloeden. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een stelselmatig gebrek aan middelen dat op het bord van zorgprofessionals komt te liggen. Op deze manier wordt de zorgprofessional op interpersoonlijk niveau negatief beïnvloed door de besluiten op institutioneel niveau. Uit onderzoek is gebleken dat dit het algeheel vertrouwen bij de zorgbehoevende kan schaden (Schout, De Jong et al., 2010). Omdat de drie niveaus van vertrouwen niet in isolement bestaan maar elkaar beïnvloeden, spreken sommige auteurs van ‘ketenen van vertrouwen (of wantrouwen)’. Vertrouwen kan volgens hen het best gezien worden als een schakeling van cirkels van vertrouwen/wantrouwen door de verschillende niveaus heen (Doblyté, 2022; Luhmann, 1988).

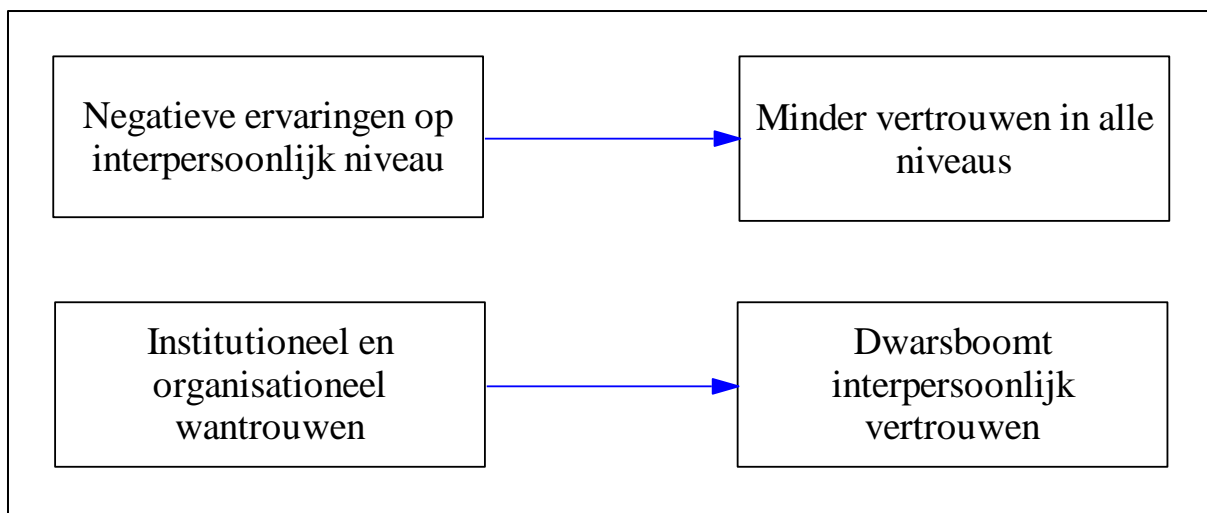
Niveau	Betekenis	Voorbeelden
Macroniveau: <i>Institutioneel</i>	Het vertrouwen dat een oudere heeft in de zorg op stelselmatig niveau.	Zorgverzekeraars, takken van de nationale en lokale overheid, bijvoorbeeld het CIZ.
Mesoniveau: <i>Organisationeel</i>	Het vertrouwen dat een oudere heeft in de organisaties die thuiszorg/hulp aanbieden en uitvoeren.	Organisaties zoals Buurtzorg, Cordaan, Zilverzorg, etc.
Microniveau: <i>Interpersoonlijk</i>	De vertrouwensrelaties die een oudere op interpersoonlijke schaal aangaat met zorgverleners/hulpverleners.	Thuiszorgverleners, huishoudelijke hulp, andere betrokkenen zoals ouderenbegeleiders.

Figuur 1: de invulling van de drie niveaus van vertrouwen (Gilbert, 2021) in de context van ouderenzorg aan huis.

Vertrouwen in zorg wordt echter niet uitsluitend gevormd tijdens daadwerkelijke interactie met zorgverleners, organisaties of instituties. Uit ander onderzoek is gebleken dat

interactie met de verschillende zorgniveaus niet het enige is dat vertrouwen of wantrouwen als gevolg kan hebben (Feldmann et al., 2007; Naess, 2018). De rol van de sociale omgeving van de zorgbehoevende is hierin zeer groot, net als de media. Verhalen en publieke discours beïnvloeden beiden het vertrouwen dat een zorgbehoevende heeft, niet alleen in zorgprofessionals op interpersoonlijke schaal, maar ook in de zorg op stelselmatig niveau (Feldmann et al., 2007; Naess, 2018). Vertrouwen wordt dus niet alleen beïnvloed door actoren die zich binnen de drie niveaus van Gilbert (2021) bewegen, maar ook door externe actoren uit de sociale omgeving van zorgbehoevenden. Vertrouwen wordt kortom in een gemeenschap gevormd. De verhoudingen tussen de drie niveaus van vertrouwen zijn dan ook niet symmetrisch. De ervaringen die worden opgedaan zijn op interpersoonlijk niveau veel directer dan de sociale beeldvorming op meso- en macroniveau (Feldmann et al., 2007). Hieruit volgen implicaties voor de manier waarop deze niveaus elkaar beïnvloeden.

De bevindingen uit eerdere empirie over hoe de niveaus van vertrouwen elkaar beïnvloeden zijn wisselvallig. Wat nagenoeg zeker lijkt voor elke situatie is dat een negatieve ervaring op het interpersoonlijk niveau, dus in de interactie tussen zorgbehoevende en zorgprofessional, het vertrouwen op alle niveaus negatief beïnvloed, zie figuur 2. Hier worden binnen de bestaande literatuur geen tegenstrijdige effecten waargenomen (Calnan & Brown, 2016; Doblyté, 2022). Andersom is de link niet zo eenduidig. Wantrouwen op het meso- en macroniveau van vertrouwen kan wantrouwen in de professional veroorzaken, maar kan paradoxaal genoeg ook vertrouwen op interpersoonlijk niveau bevorderen, omdat de zorgbehoevende afhankelijker wordt van interpersoonlijk vertrouwen. Een kwetsbare positie van de zorgbehoevende zou in bepaalde gevallen tot een hogere noodzaak van interpersoonlijk vertrouwen kunnen leiden (Doblyté, 2022). Vanuit het organisationeel niveau bekeken is dit verband net zo wisselvallig. In een analyse van drie casestudies laten Calnan & Brown (2016) zien dat in sommige situaties restricties vanuit het macroniveau leiden tot een dysfunctionele situatie voor het opbouwen van vertrouwen. Maar ook in deze gevallen bleken zorgorganisaties soms in staat om deze restricties te ontwijken, afhankelijk van hoe flexibel ze te werk gingen (Calnan & Brown, 2016). Dit deel van de empirie uit deze artikelen wordt gepresenteerd als een uitzondering op de regel: institutioneel en organisationeel wantrouwen worden over het algemeen nog steeds geacht interpersoonlijk vertrouwen te dwarsbomen, zie figuur 2. (Calnan & Brown, 2016; Doblyté, 2022; Luhmann, 1988).



Figuur 2: Conceptueel model – geëxtraheerde bestaande assumpties (Calnan & Brown, 2016; Doblyté, 2022; Luhmann, 1988) over de onderlinge beïnvloeding van de niveaus van vertrouwen (Gilbert, 2021)

2.2 De implicaties van marktwerking: ongelijkheid en positionaliteit

Nu herhaaldelijk is voorbijgekomen dat zorginstanties op macroniveau een limiterende houding innemen door een gebrek aan middelen (Schout, De Jong et al., 2010), is het zaak om deze ontwikkeling in de context van marktwerking en tekorten in kaart te brengen. Er gebeuren in het Nederlands zorglandschap twee dingen tegelijkertijd: het zorgstelsel wordt voor een groeiend aandeel door een markt gestuurd (Maarse et al., 2015), en het zorgstelsel wordt steeds verder lokaal vormgegeven en bestuurd (Glimmerveen, 2015). De verdere ‘vermarkting’ van het zorgstelsel heeft gecompliceerde gevolgen. De ontwikkeling, die in Nederland sinds de jaren ’90 voeten aan de grond heeft gekregen, werd en wordt voornamelijk gedreven door de alsmaar stijgende zorgkosten (Kremer, 2006; CBS, 2022).

Het grote gevolg van meer marktwerking in de gezondheidszorg voor de burger is de introductie van meer keuzemogelijkheden, zo ook in de ouderenzorg. In Nederland betekende dit de opkomst van tal van aanvullende zorgpakketten waar burgers bij hun verzekeraar uit kunnen kiezen, en meer recentelijk de opkomst van een enorm aantal nieuwe zorgaanbieders om zorg bij af te nemen (Kremer, 2006; CBS, 2021). Nederland is niet het enige land waar deze ontwikkeling zich voltrok: in bijna alle Westerse landen werd het zorgstelsel in zekere mate verder geprivatiseerd (Lillrank, 2018; Maarse et al., 2015). Met de ontwikkeling van burger naar consument ontstaat een nieuw ongelijkheidsvraagstuk. In theorie zou meer keuze bij de consument moeten zorgen voor meer passende zorg. Meer passende zorg zou moeten zorgen voor een effectiever en beter betaalbaar stelsel, zo klonk de verantwoording vanuit beleidsmakers (Maarse et al., 2015; Kremer, 2006). Effectiviteit en efficiëntie iets is dat burgers belangrijk zouden vinden: uit onderzoek blijkt dat vertrouwen in de verzorgingsstaat voornamelijk voortkomt uit efficiëntie van dienstverlening, niet uit een gewaarborgd solidariteitsbeginsel (Edlund, 2006; Habibov et al., 2018).

Wordt er van de nieuwe verkregen keuzevrijheid wel gebruik gemaakt? Wie gebruikt deze nieuwe golf van ‘consumer choice’, en wie niet? De antwoorden hierop uit eerder onderzoek zijn niet eenduidig. Onderzoek dat zich berust op grote datasets stelt dat de nieuwe

keuzevrijheid binnen de zorg door ouderen praktisch niet wordt gebruikt, of in een verwaarloosbaar klein aantal van de gevallen (Brennan et al., 2012; Szebehely, 2012). Deze studies maakten gebruik van grootschalige enquêtering bij ouderen die gebruik maken van ziekenhuiszorg. Ook laat dit onderzoek zien dat ouderen zich vaker als klant behandeld voelen, maar niet het gevoel hebben dat ze de vruchten plukken van een systeem met ‘consumer-choice’ (Brennan et al., 2012).

Tegenover de conclusie dat ouderen over het algemeen teleurstellend weinig gebruik maken van de keuzevrijheid binnen het zorgstelsel (Brennan et al., 2012, Szebehely, 2012) staan een aantal ‘Direct Choice’ Experimenten (DCE) die iets anders concluderen (Amilon et al., 2022; Nieboer et al., 2010; Robinson et al., 2015; Kaambwa et al., 2015; Lehnert et al., 2018). Deze Scandinavische experimenten namen een representatieve selectie respondenten en legden deze respondenten een enquête voor die hen ondervraagt over de keuzes die ze zouden maken op het gebied van ouderenzorg. Het ene onderzoek deed dit met een groep van 54- tot 64-jarigen en ondervroeg ze over de keuzes die ze zichzelf toekomstig zouden zien maken (Amilon et al., 2022), het andere onderzoek ondervroeg respondenten over een hypothetisch scenario waarin een ander persoon, bijvoorbeeld een buurman (Nieboer et al., 2010) of een persoon met dementie (Walsh et al., 2020), zorgbehoevend is. De resultaten van deze DCE’s zijn opvallend: de respondenten hadden een overtuigende voorkeur voor ‘community-based’ zorg door de waarde die zij hechten aan vast personeel en kortere wachttijden (Nieboer et al., 2010; Robinson et al., 2015; Kaambwa et al., 2015; Lehnert et al., 2018). Nog interessanter is de conclusie dat respondenten die bereid zouden zijn om bij te betalen voor private zorgopties gemiddeld hoger opgeleid en welvarender waren (Amilon et al., 2022). Ook blijkt uit meerdere experimenten dat 50-plussers actief nadenken over de zorg die ze later graag zouden ontvangen, en claimen een keuze te zullen maken op basis van kwaliteit van het zorg verlenend personeel (Nieboer et al., 2010; Kaambwa et al., 2015; Lehnert et al., 2018).

Uit de voorgenoemde empirische tegenstrijdigheden kunnen geen overkoepelende conclusies worden getrokken wat betreft het gebruik van keuzemogelijkheden in zorg aan huis door ouderen. Wél is er aanleiding om te vermoeden dat meer keuzevrijheid in het zelf invullen van zorg aan huis tot ongelijkheid kan leiden (Amilon et al., 2022). Vermarkting van de ouderenzorg leidt tot een wisseling van logica achter ons zorgsysteem: van ‘state-provider logic’ naar ‘market logic’ (Brennan et al., 2012; Lillrank, 2018). De rol van de bevolking verandert: vroeger was men een staatsburger met een recht op zorg, nu een consument met van alles te kiezen (Brennan et al., 2012). Het gevolg is dat de keuzes die ouderen wel kunnen maken bij het regelen van zorg een sleutelrol gaan spelen.

Eerder onderzoek maakt het aannemelijk dat ook onder ouderen ongelijkheid op basis van welvaart en opleidingsniveau een rol speelt in de toegang tot het ‘decision-making proces’ van de geprivatiseerde zorg. Op hoge leeftijd neemt door moeilijkheden met digitalisering en aftakeling van geest de mogelijkheid tot rationele ‘decision-making’ vaak onvermijdelijk af, wat het voor ouderen überhaupt lastiger maakt nieuwe systemen te navigeren (Kjaer, 2019; Kristensen et al., 2012). Waar het effect van ‘consumer-choice’ op toegang tot ziekenhuiszorg al herhaaldelijk onderzocht is, blijft soortgelijk onderzoek naar lange termijn-zorg grotendeels uit, met een enkele uitzondering (Ilinca et al., 2017). Met vergelijkende survey-data op Europees niveau als onderbouwing worden verbanden gelegd tussen welvaart en gezinssamenstelling, en het gebruik van thuiszorgopties, terwijl een verband met

opleidingsniveau grotendeels uitblijft (Ilinca, et al., 2017). Ander onderzoek onderschrijft ook een verband tussen welvaart en het gebruik van aanvullende zorgopties: waar welvarende burgers die langdurige zorg behoeven zich wel oriënteren op de keuzevrijheid in het geprivatiseerde systeem, moeten armere burgers zich redden met intensieve informele zorg (García-Gómez et al., 2014). De link tussen opleidingsniveau en toegang tot zorg wordt in wetenschappelijk onderzoek niet alleen indirect, maar ook direct beschreven. Een deel van de socio-economische beperkingen wat betreft toegang tot gezondheidszorg wordt versterkt door de minder geschikte keuzes die burgers van een lager opleidingsniveau maken. Hierdoor zou er sprake zijn van een dubbel versterkt effect op bevolkingsgroepen die op beide gebieden slechter scoren (Moscelli et al., 2017).

Een ‘vermarkt’ zorgstelsel blijkt niet voor iedereen even toegankelijk. Dit betekent voor dit onderzoek dat er in de zoektocht naar vertrouwen in de ouderenzorg oog moet zijn voor de positie van ouderen ten opzichte van de verzorgingsstaat. Deze positie wordt het best gevat in het concept ‘positionaliteit’, een koepelterm die de sociale positie van een persoon omvat in verhouding tot de sociale identiteit van de persoon, bestaande uit assen van verschil als gender, klasse, etniciteit, opleidingsniveau, en geografische locatie. Deze positionaliteit vormt hoe we de wereld begrijpen en ermee omgaan (Alcoff, 1988). Voor de ouderenzorg betekent dit dat als een van deze onderdelen van de sociale identiteit van een oudere afwijkt, zoals in dit onderzoek opleidingsniveau en vermogen, dit ervoor kan zorgen dat deze oudere een andere houding aanneemt ten aanzien van de verzorgingsstaat. Dit mogelijke verschil in belevenis van de bedoelingen van de verzorgingsstaat beïnvloedt vervolgens de kwetsbaarheid van de oudere. ‘Positionaliteit’ dient in deze scriptie als overkoepelend concept voor de achtergrondfactoren van de sociale identiteit van ouderen die kwetsbaarheid beïnvloeden, zoals uit hun eigen ervaringen en meningen naar voren komt.

2.3 Ongelijke routes naar verschillende vormen van vertrouwen

Aangezien het zojuist besproken verband tussen positionaliteit en kwetsbaarheid het waarschijnlijk maakt dat groepen ouderen met een sterk uiteenlopende sociaaleconomische achtergrond een ander niveau van kwetsbaarheid ervaren, is het volgens Gilbert’s definitie (2020) ook aannemelijk dat ze een ander niveau van vertrouwen koesteren. In de eerste plaats zal de analyse van deze scriptie zich erop richten hoe de ervaringen van Nijmeegse ouderen met zorg aan huis hun positie ten aanzien van de verzorgingsstaat vormen, waarna het niveau van vertrouwen van deze ouderen in de drie niveaus van Gilbert (2021) in kaart wordt gebracht. Als echter getracht wordt eventuele verschillen tussen de groepen respondenten te verklaren, moet bekeken worden of eerdere theorie en empirie hiervoor aanknopingspunten kan bieden. Welke mogelijke theorieën verklaren een andere aard van vertrouwensrelaties bij groepen ouderen met een andere mate van kwetsbaarheid door ongelijkheid in sociaaleconomische status? Om hierachter te komen zullen een aantal vormen van vertrouwen uit de wetenschappelijke empirie worden uitgelicht. Hiervoor is in de vertrouwensliteratuur op zoek gegaan naar theorieën die verschillen in kwetsbaarheid aan verschillen in vertrouwen linken.

Volgens klassieke definities van vertrouwen, die dit onderzoek niet gehanteerd, is de manier om een vertrouwensband op te bouwen in de context van ouderenzorg een prettige werkverhouding tussen zorgpersoneel en zorgbehoevende. Deze opbouw vindt plaats als aan een aantal condities wordt voldaan: goede intenties, een responsieve houding en de

competenties om goed werk te leveren (Kremer, 2022). Deze condities geven een idee van wat een hulpverlener kan doen om aan interpersoonlijk vertrouwen te bouwen, maar kunnen niet verklaren waarom groepen met verschillende kenmerken verschillende niveaus van vertrouwen ervaren. Een ander concept dat toepasbaar is op zorg aan huis slaagt hier wel in: ‘social distance’. Onder ‘social distance’ wordt de afstand verstaan die bestaat tussen hulpverlener en hulpbehoevende door verschillen in achtergrond, zij het afkomst, gender, seksualiteit, opleidingsniveau, inkomen, etc. (Kremer, 2023). Hiermee linkt Kremer positionaliteit direct aan vertrouwen. In het onderzoek van Kremer is er vooral oog voor culturele verschillen die wel of niet overbrugd worden in de context van superdiversiteit, maar klasse maakt volgens haar net zo goed deel uit van ‘social distance’ als concept. Door verschillen in de sociale afstand die ouderen ervaren ten aanzien van zorgprofessionals te belichten kunnen verschillen in kwetsbaarheid op interpersoonlijk niveau mogelijk worden verklaard.

Een concept dat mogelijk een verklaring kan bieden voor verschillen in vertrouwen op meso- en macroniveau is ‘gratefulness’ als reactie op een ‘underlying notion of a lack of resources’ (Vamstad 2016, Bradby, Humphris et al. 2020). Deze verklaring is erop berust dat een zorgbehoevende oudere zich zeer bewust kan worden van het feit dat er een tekort aan gemeenschapsgeld is om de ouderenzorg voor altijd en iedereen te financieren. Het gevolg hiervan kan een zekere dankbaarheid zijn tegenover het systeem (macroniveau), gepaard met een gevoel van solidariteit. Wanneer een oudere met eigen middelen benodigde zorg financiert komt dit gevoel wellicht nooit op, en ontbreekt daarmee ook de dankbaarheid voor het stelsel (Vamstad 2016, Bradby, Humphris et al. 2020). Dit kan een verklarende factor zijn voor eventuele verschillen in vertrouwen tussen meer en minder vermogende ouderen.

Omdat zorgbehoevende ouderen onderling verschillen op het gebied van kwetsbaarheid, bestaan er ook verschillende vormen van vertrouwen. Dit strookt met de stelling van Gilbert (2021) dat vertrouwen en antwoord is op kwetsbaarheid. Calnan & Brown (2016) onderscheiden binnen vertrouwensrelaties een verschil tussen *thick and thin* trust. Onder *thick* trust wordt een vergevorderde vertrouwensband verstaan, waar daadwerkelijk een interpersoonlijke vertrouwensrelatie van aan de basis ligt. *Thin* trust is dunner en kan van kracht zijn wanneer er slechts een oppervlakkig gevoel van vertrouwen is in het systeem of de organisatie die de zorg mogelijk maakt. Het verschil tussen beiden is de kwetsbaarheid waarmee de twee typen vertrouwen een burger-zorgverlener relatie aangaan. Kwetsbare ouderen zouden een dergelijke relatie alleen aan durven te gaan wanneer er sprake is van *thick* trust, terwijl minder kwetsbare ouderen genoeg hebben aan *thin* trust (Calnan & Brown, 2016).

Als we *thick & thin* trust verbinden aan de ongelijke gelegenheid voor ouderen om keuzes te maken op het gebied van zorg, zien we dat de opties van kwetsbare ouderen verder beperkt worden. Ward (2017) beschrijft dit onder de noemer ‘active trust vs. resigned trust’. Vermogende ouderen zijn in de gelegenheid rationele keuzes te maken in het selecteren van zorg en worden dus in staat gesteld een andere vertrouwensrelatie aan te gaan. Hiermee plaatsen ze zich enigszins buiten vertrouwen in het systeem als geheel, en hoeven ze alleen nog maar te vertrouwen in hun eigen keuzes. Dit is anders bij ouderen van lage sociaaleconomische status, zij blijven genoodzaakt een beroep te doen op de delen van het zorgsysteem die zij persoonlijk vertrouwen (Ward, 2017).

Ward benadrukt in tegenstelling tot de basisveronderstelling van *thick* en *thin* trust dat er een verschil bestaat tussen actief en overgeleverd een vertrouwensrelatie aangaan. Wards

onderzoek is er een naar ziekenhuiszorg; hij concludeert dat patiënten van publieke ziekenhuizen ‘resigned trust’ vertonen, en patiënten van private ziekenhuizen ‘active trust’ (Ward, 2017). Andere publicaties beschrijven dat een dergelijk fenomeen voor de toekomst van de universele gezondheidszorg als dreigend beschouwd moet worden. Als ‘vermarkting’ in de toekomst verder zorgt voor keuzemogelijkheden die vermogende burgers doen wegbewegen van publieke zorgvoorzieningen, komt het solidaire stelsel in gevaar (Edlund, 2006; Habibov et al., 2018), juist voor de kwetsbare ouderen die in hun keuzevrijheid gelimiteerd zijn (Vamstad, 2016). De verschillen tussen ‘actief en overgeleverd vertrouwen’ (Ward, 2017) zijn wellicht niet, of op een andere manier, aanwezig in context van ouderenzorg aan huis.

2.4 Lacune ten aanzien van eerder onderzoek

Uit de in dit hoofdstuk gepresenteerde literatuurstudie zijn een aantal conclusies te trekken. Ten eerste is er nog zeer weinig bekend over hoe de drie niveaus van vertrouwen elkaar beïnvloeden, wat vooral te wijten is aan het feit dat de onderverdeling in niveaus uit een recente publicatie komt (Gilbert, 2021). De publicaties waaruit de bestaande assumpties over onderlinge beïnvloeding komen (Calnan & Brown, 2016; Doblyté, 2022; Luhmann, 1988; zie figuur 2) zijn ouder dan deze nieuwe definitie van vertrouwen in de ouderenzorg. Ten tweede is er duidelijk geworden dat de positionaliteit van een oudere het niveau van kwetsbaarheid sterk kan beïnvloeden, hetgeen versterkt wordt in de context van de verdere introductie van marktwerking in het Nederlandse zorgstelsel. Tot slot werd duidelijk dat het aanneembaar is dat deze verschillen in kwetsbaarheid tot verschillende vormen van vertrouwen zullen leiden.

De conclusies van dit theoretisch kader vragen om een nieuwe invalshoek voor vertrouwensonderzoek. Een invalshoek waarbij rekening gehouden wordt met het bestaan van vertrouwen in verschillende niveaus en verschillende vormen, en de rol die positionaliteit speelt in het verklaren van de verschillen in vertrouwen tussen sociaaleconomisch afwijkende groepen. Onderzoek vanuit een dergelijke invalshoek is niet eerder gedaan. Dit onderzoek maakt hierin een eerste slag, en poogt door nuanceringen van de bestaande vertrouwensliteratuur en de duiding van nieuwe vondsten de waarde van deze invalshoek te benadrukken.

3. Methodologie

In dit methodologisch hoofdstuk wordt de gekozen methodologie voor het beantwoorden van de hoofdvraag van dit onderzoek uiteengezet. Binnen dit onderzoek zijn respondenten van 65 jaar of ouder geselecteerd op de SES-WOA score van de wijk waarin ze woonachtig zijn. Vervolgens is er data met betrekking tot het vertrouwen van deze ouderen in de thuiszorg verzameld aan de hand van focusgroepgesprekken. De data is abductief geanalyseerd door middel van een aantal codeerrondes aan de hand van een reeks ‘sensitizing concepts’. Deze methodologie wordt in deze paragraaf toegelicht en verantwoord aan de hand de belangrijkste stappen in het methodologisch proces, te weten: caseselectie, dataverzameling, operationalisatie en data-analyse. Ook wordt aandacht geschonken aan de validiteit en betrouwbaarheid van de gekozen methode.

3.1 Methode van dataverzameling

Een selectie van vier groepen Nijmeegse ouderen vormen de focusgroepen waar de dataverzameling van dit onderzoek uit voortkomt. Een focusgroep wordt veelal gedefinieerd als een groep van vier tot twaalf participanten (Morgan, 1997) overzien door een onderzoeker die de rol van interviewer, dan wel moderator inneemt, afhankelijk van de huidige dialoog. Er is geen helder onderscheid tussen interview en debat binnen de loop van een focusgroepgesprek, maar altijd een spanning tussen beide (Alasuutari et al., 2008). De onderzoeker komt beslagen ten ijs met een Topic-List die bestaat uit vragen die aanleiding zouden moeten bieden tot een natuurlijk debat. Wanneer het debat lijkt vast te lopen kan de onderzoeker modereren of doorvragen op een specifiek punt.

In deze debatvorm ligt de kracht van de focusgroep als methode van dataverzameling. In tegenstelling tot een diepte-interview, bieden focusgroepen de gelegenheid om groepsdynamiek inzichtelijk te maken. Zo kan een grote hoeveelheid interactie in een gemeenschap binnen korte tijd voor de onderzoeker zichtbaar worden (Alasuutari et al., 2008). Bij een interview krijgt iedere respondent afzonderlijk meer tijd om zijn verhaal te doen, maar kunnen in dezelfde tijd minder respondenten aan het woord komen (Morgan, 1997). In verhouding tot ‘Participant Observation’ verliest een focusgroep aan natuurlijkheid van de setting; een gemodereerd debat is immers niet iets dat zonder inmenging van de onderzoeker zou ontstaan. Ook zijn focusgroepen gelimiteerd tot verbale observatie. Echter, als een onderzoeksvraag alleen beantwoord kan worden door meningen in kaart te brengen die (deels) in groepsverband worden gevormd, dan moeten focusgroepgesprekken de voorkeur krijgen boven Participant Observation (Morgan, 1997). Aangezien de onderzoeksvraag van deze scriptie zich richt op vertrouwen bij groepen ouderen met hoge en lage SES-WOA scores, en in de beschouwing van de vertrouwensliteratuur duidelijk naar voren komt dat vertrouwen in groepsverband ontstaat (Gilbert, 2021), zijn voor dit onderzoek focusgroepen gekozen als methode van dataverzameling.

Er bestaan weldegelijk valkuilen bij het hanteren van focusgroepen als methode van dataverzameling. Ten eerste is een capabele moderator nodig om ervoor te zorgen dat elke respondent rustig aan het woord kan komen (Morgan, 1997), iets dat alleen maar belangrijker wordt als men werkt met oudere respondenten. Ook kan de groepsdynamiek aan de haal gaan met de thema’s waar het debat over zou moeten gaan (Morgan, 1997). Hierom is het belangrijk

een gestructureerde Topic-List aan te houden. Met dit in het achterhoofd is voor dit onderzoek een heldere Topic-List (zie bijlage 1) vastgesteld aan de hand de operationalisatie van vertrouwen die in de volgende paragraaf uiteen wordt gezet. Het verzamelen van data via een focusgroep is het, ondanks deze valkuilen, altijd waard wanneer sprake is van een complex concept dat aan beleving grenst, zoals vertrouwen. Waar vertrouwen theoretisch uit een groot aantal variabelen kan voortkomen stelt een focusgroep de onderzoeker in staat om tijd en middelen te richten op variabelen die het belangrijkste geacht worden (Powell & Single, 1996).

De uitdagingen die deze vorm van dataverzameling met zich meebrengt vereisen een degelijke voorbereiding. Ten eerste wierp het groeps karakter van de gesprekken een grotere barrière op dan een individueel interview had gedaan. In het begin is men voorzichtiger met het delen van meningen omdat dit in groepsverband moet gebeuren. Dit vertrouwen wordt langzaam gewonnen. De topic-lijst die gebruikt werd tijdens de groepsgesprekken, zo wordt in paragraaf 3.4 duidelijk, is hierop afgesteld. De respondenten werden eerst uitgenodigd om te vertellen over hun ervaringen met verschillende vormen van thuiszorg en huishoudelijke hulp, zonder direct over te gaan op het delen van meningen of het voeren van discussie. Ten tweede zorgde negatieve emotionele verhalen van respondenten er soms voor dat andere respondenten zich beschaamd voelde om over goede ervaringen te praten. Hierom moest soms de volgorde van het gesprek enigszins worden aangepast, zodat deze ervaringen later konden worden gedeeld als het gesprek een positievere wending heeft genomen. Tot slot was het als moderator soms een uitdaging om iedereen evenveel aan het woord te laten. Door het gebrekkige gehoor van sommige respondenten moesten dingen vaak herhaald worden, en was het soms lastig om bij de les te blijven. Terugkijkend is het in ieder geval gelukt om van elke respondent een mening te krijgen over de centrale vragen van de topic-lijst, hoewel de ene argumentatie vollediger was dan de ander.

3.2 Wervingsstrategie

Hoewel dit onderzoek tracht te verklaren welke verschillen er bestaan op het gebied van vertrouwen in de thuiszorg tussen groepen ouderen van verschillende sociaaleconomische achtergronden, is het zeer lastig om respondenten direct op dit criterium te werven. Een individu zal het niet op prijs stellen om tijdens een eerste ontmoeting met een vreemde onderzoeker informatie over zijn of haar persoonlijke welvaart los te laten. Hierom is het zaak om op zoek te gaan naar meetbare criteria waarmee op het schaalniveau van gemeenschappen respondenten kunnen worden geworven. De werving van deelnemers voor focusgroepen heeft hierom plaatsgevonden aan de hand van een meetbare indicator die raakt aan opleidingsniveau en de sociaaleconomische positie van de gemeenschap. Voorheen werd ‘Sociaal Economische Status’, afgekort SES, voornamelijk vastgesteld aan de hand van inkomen en vermogen. Tegenwoordig gebruikt het Centraal Bureau voor de Statistiek een uitgebreidere basis van de score, waarbij gegevens over welvaart, opleidingsniveau en arbeidsmarktdeelname worden meegewogen (CBS, 2022). Het resultaat is de Sociaal Economische Status – Welvaart, Opleidingsniveau en Arbeidsmarktdeelname score, ofwel SES-WOA score. Het CBS heeft deze cijfers inzichtelijk gemaakt op wijkniveau en gemeenteniveau. Hierbij hanteerde zij cijfers uit 2014 tot en met 2019, voor de gemeentelidening van 2021.

Nu is vertrouwen in zorg een concept dat niet in isolatie bij een individu wordt gevormd, maar sterk beïnvloed wordt door de gemeenschap waarin een individu zich beweegt. Niet alleen

directe omgeving, maar ook de meningen van familie, vrienden, media en lotgenoten vormen het vertrouwen dat iemand op meerdere niveaus heeft in de zorg (Gilbert, 2021). Om deze reden zijn respondenten voor dit onderzoek niet geworven door individuen als enkeling te selecteren, maar is geselecteerd aan de hand van bestaande gemeenschappen. Het gaat hier specifiek om Nederlandse burgers van 65 jaar of ouder, die thuiswonend zijn en in zekere mate deel uitmaken van een gemeenschap van ouderen. Dit laatste is een bijkomende vereiste bij de manier van respondentenwerving, aangezien de respondenten zijn geworven bij bijeenkomsten die op ouderen gericht zijn, binnen een stadswijk van Nijmegen. Binnen dit onderzoek komen vier groepen ouderen aan het woord: twee groepen uit een Nijmeegse wijk met een lage SES-WOA score (onder de -0.1), de wijken Waterkwartier en Hatert, en twee groepen uit een Nijmeegse wijk met een hoge SES-WOA score (boven de 0.1), de wijken Nijmegen-Oost en Hengstdal. (CBS, 2022).

De bijeenkomsten waar de respondenten zijn geworven waren steeds ontmoetgroepen of een variant op een dergelijke bijeenkomst. Er is specifiek voor gekozen om geen dagbesteding te hanteren als wervingsmoment, omdat daarmee een te grote groep ouderen wordt uitgesloten van het onderzoek. Het vinden van de juiste respondenten om een goede vergelijkende analyse uit te kunnen voeren bleek echter lastig. Hoewel de wijkcores van de gekozen wijken sterk van elkaar afwijken, hoeft dit niet te betekenen dat elke geïnteresseerde oudere ook het gemiddelde van de wijk vertegenwoordigt. Sterker nog: het is waarschijnlijk dat de bezochte ontmoetgroepen geen perfecte afspiegeling zijn van de sociaaleconomische situatie in de Nijmeegse stadsdelen. Het zou bijvoorbeeld nadelig zijn voor de analyse van dit onderzoek als de groep ouderen uit een rijkere wijk zoals Nijmegen-Oost per toeval allemaal in sociale huurwoningen wonen: dat bemoeilijkt een vergelijking met minder vermogende wijken. Een dergelijke misvertegenwoordiging is met de kleine groepsgrootte niet ondenkbaar. Om duidelijk te krijgen wie er precies aan tafel zat werden de focusgroepen vergezeld door een korte enquête over persoonsgegevens. In deze enquête werd onder andere bevraagd wat het hoogst behaalde opleidingsniveau van de ouderen is, wat het bruto-inkomen van hun huishouden bedraagt, en wat hun woonsituatie is (hypotheek, eigendom, sociale huur, etc.). De volledige enquête is bijgevoegd in bijlage 3.

De enquête werkt echter te afschrikkend om vooraf af te nemen, dat wil zeggen, tijdens het werven van de respondenten. De meeste mensen zullen er niet van gediend zijn hun bruto-maandinkomen te delen voordat er sprake is van daadwerkelijke deelname aan het onderzoek. Dit betekent dat het niet mogelijk was om van tevoren zeker te weten wat de achtergrond is van de ouderen die meedoen aan de gesprekken. Om uitschieters of vertekende groepen te voorkomen, is op een subtielere manier geprobeerd om achter het verhaal van mensen te komen. Door een praatje te maken tijdens het aansluiten bij de ontmoetgroepen kon vaak achterhaald worden wat iemands woonsituatie en globale welvaart was, zonder dit expliciet te bevragen. Door middel van deze tactiek is het gelukt om twee uiteenlopende groepen aan tafel te krijgen. In de tabel op de volgende pagina zijn de enquêtegegevens van de vier groepen geanonimiseerd weergegeven.

De namen van de respondenten zijn vervangen door een ID gebaseerd op de wijk waar ze woonachtig zijn: de eerste respondent met de klok mee uit het Waterkwartier heeft als ID WA1, enzovoort. Uit de enquêtegegevens blijkt dat de groepen respondenten uit Hatert en het Waterkwartier op de juiste meetwaarden verschillen van de groepen uit Nijmegen-Oost en

Hengstdal om een goede vergelijking op basis van SES-WOA score te trekken. Voor individuele SES-WOA classificering zijn de meetwaarden ‘opleidingsniveau’, ‘bruto huishoudinkomen’ en ‘huisvesting’ het belangrijkste, en uit het veelvuldig gebruik van private hulp bij de ouderen uit Nijmegen-Oost en Hengstdal blijkt ook een structureel verschil in gebruik van zorgopties. De andere enquêtegegevens, zoals leeftijd en afhankelijkheid van thuiszorg, zijn tussen de groepen redelijk gelijk. Dit biedt goede gelegenheid voor een vergelijkende analyse met SES-WOA score als indicator.

ID	Geslacht	Leeftijd	Herkomst	Relatie	Opleidingsniveau
WA1	Vrouw	83	Nederland	Weduwe	Middelbareschooldiploma
WA2	Vrouw	74	Nederland	Getrouwd	Lager dan middelbareschooldiploma
WA3	Vrouw	78	Nederland	Getrouwd	Lager dan middelbareschooldiploma
WA4	Vrouw	80	Nederland	Weduwe	Middelbareschooldiploma
HA1	Man	82	Nederland	Getrouwd	Lager dan middelbareschooldiploma
HA2	Vrouw	81	Nederland	Getrouwd	Middelbareschooldiploma
HA3	Vrouw	82	Nederland	Weduwe	Lager dan middelbareschooldiploma
HA4	Man	73	Nederland	Weduwnaar	Middelbareschooldiploma
NO1	Vrouw	80	Nederland	Getrouwd	Bachelordiploma
NO2	Man	80	Duitsland	Weduwnaar	Kandidaats/PhD
NO3	Vrouw	75	Nederland	Getrouwd	Middelbareschooldiploma
NO4	Vrouw	79	Nederland	Weduwe	Masterdiploma
HE1	Vrouw	80	Nederland	Weduwe	Bachelordiploma
HE2	Vrouw	72	Nederland	Getrouwd	Bachelordiploma
HE3	Man	77	Nederland	Getrouwd	Masterdiploma
HE4	Man	76	Nederland	Weduwnaar	Middelbareschooldiploma
ID	Bruto huishoudinkomen	Huisvesting	Thuiszorg	Huishoudelijke hulp	Ontvangt mantelzorg
WA1	1000-2000	Koopwoning (hypotheek)	Ja	Ja (WMO)	Nee
WA2	2000-3000	Sociale Huur	Nee	Ja (WMO)	Nee
WA3	1000-2000	Sociale Huur	Ja	Ja (WMO)	Ja
WA4	1000-2000	Sociale Huur	Nee	Nee	Nee
HA1	2000-3000	Sociale Huur	Ja	Ja (WMO)	Ja
HA2	2000-3000	Sociale Huur	Nee	Ja (WMO)	Nee
HA3	1000-2000	Sociale Huur	Ja	Ja (WMO)	Nee
HA4	1000-2000	Sociale Huur	Ja	Ja (WMO)	Ja
NO1	4000-5000	Koopwoning (hypotheek)	Nee	Ja (WMO&Particulier)	Nee
NO2	5000-7500	Koopwoning (eigendom)	Ja	Ja (Particulier)	Nee
NO3	3000-4000	Koopwoning (hypotheek)	Nee	Nee	Nee
NO4	4000-5000	Koopwoning (eigendom)	Ja	Ja (WMO&Particulier)	Ja
HE1	2000-3000	Koopwoning (eigendom)	Nee	Ja (Particulier)	Ja
HE2	7500-10.000	Koopwoning (eigendom)	Nee	Ja (Particulier)	Nee
HE3	5000-7500	Koopwoning (eigendom)	Nee	Ja (WMO&Particulier)	Nee
HE4	3000-4000	Particuliere Huur	Ja	Ja (WMO&Particulier)	Nee

Figuur 3: enquêtegegevens van focusgroeprespondenten uit vier Nijmeegse stadsdelen

3.3 Validiteit en betrouwbaarheid

De kwalitatieve aard van deze methode beperkt vanzelfsprekend het aantal respondenten dat gehoord kan worden: er wordt bewust geen survey-onderzoek gedaan. De externe validiteit van dit onderzoek, dat wil zeggen de generaliseerbaarheid van uitkomsten, kan hierdoor in het geding komen. Er kunnen allerlei zaken aan de hand zijn in Nijmegen en omgeving die het vertrouwen in de thuiszorg van ouderen daar anders maken dan in de rest van het land. Als we echter puur kijken naar de verschillen op basis van SES-WOA score, of aspecten hiervan, in relatie tot vertrouwen, dan hoeft dit geen probleem te zijn. Uit de cijfers van het CBS (2022) blijkt namelijk dat Nijmegen op gemeentelijk niveau een vergelijkbare SES-WOA score kent met de gemiddelde Nederlandse stad, en tussen wijken ook gekarakteriseerd wordt door een

gemiddelde spreiding van SES-WOA. Er is dus geen uitgesproken reden om te vermoeden dat de bevindingen van dit onderzoek niet generaliseerbaar zijn naar andere Nederlandse steden, hoewel factoren van onzekerheid met de gekozen methode niet volledig weggenomen kunnen worden. Dit gegeven vraagt idealiter om soortgelijk vervolgonderzoek in andere gebieden van het land.

De interne validiteit van dit onderzoek is voor het grootste deel reeds besproken. Het afnemen van focusgroepgesprekken is de beste methode om vertrouwen dat in gemeenschap wordt gevormd te onderzoeken, en is een door de jaren heen veel gebruikte methode om rijke kwalitatieve data te bemachtigen. De valkuilen van deze methode van dataverzameling zijn uitgelicht, en er is binnen het Intern Project: Vertrouwde Zorg geoeft met het modereren van een focusgroep. De definities van de verschillende concepten die de basis van het onderzoek vormen zijn strak afgebakend. De enquêtegegevens van de focusgroepprespondenten zijn voor de lezer inzichtelijk en de twee groepen die met elkaar vergeleken worden zijn op basis van selectiecriteria overduidelijk verschillend. Het opstellen van de Topic-List is het enige onderdeel van de methodiek van dit onderzoek waarbij creërende inbreng vanuit de onderzoeker een grotere rol speelt. De vragen van de Topic-List zijn hierom vormgegeven aan de hand van duidelijke trends en relevante verwachtingen uit het Theoretisch kader; op vondsten die buiten de behandelde theorie vallen is nooit met vragen gestuurd. De ervaringen en meningen van de respondenten stonden centraal, en werden uit zichzelf verwacht interessante vondsten op te leveren door de aard van de onderzoekspopulatie.

De betrouwbaarheid van een onderzoek naar focusgroepdata is per definitie enigszins problematisch. Hoewel de setting van de focusgroep zo stabiel mogelijk wordt gehouden, zijn de gesprekken op verschillende locaties uitgevoerd. Ook is het onvermijdelijk dat dezelfde Topic-List bij verschillende focusgroepen tot andere koersen van gesprek leidt, zoals eerder werd vermeld. Bij een focusgroepgesprek moet op natuurlijke wijze naar een volgend onderwerp worden gegaan. Stuur de moderator te sterk, dan worden ook de resultaten te sterk gestuurd en komt niet iedereen onafhankelijk aan woord. Deze balans is zo goed mogelijk gehandhaafd, door de Topic-List zo uitgebreid mogelijk te maken en te voorzien van uitgeschreven doorvraagopties. Ook is de informatie voorafgaand aan het gesprek gestandaardiseerd (zie bijlage 1), zodat alle respondenten helder worden geïnformeerd over het gespreksonderwerp en de gespreksregels van een focusgroep. Dit is de manier om de betrouwbaarheid van een focusgroepgesprek zo goed mogelijk te bewaken (Alasuutari et al., 2008).

3.4 Operationalisatie

De afhankelijke variabele die in dit onderzoek wordt verklaard is vertrouwen in de ouderenzorg aan huis. Vertrouwen is geen simpele variabele: zoals in het theoretisch kader benoemd wordt het binnen de sociale wetenschappen op vele manieren gedefinieerd. De conceptualisering van Andrew Gilbert (2021) die binnen dit onderzoek gehanteerd wordt maakt de onderverdeling tussen drie verticale niveaus van vertrouwen, maar dit is niet waarmee het focusgroepgesprek direct begint. Eerst worden de respondenten, in dezelfde volgorde als de deelvragen van dit onderzoek, om hun ervaringen met zorg aan huis gevraagd. Daarna komen de In de onderstaande figuur 4 wordt duidelijk hoe deze verdeling eruitziet in de context van dit onderzoek. Dit betekent dat in de focusgroepen data verzameld wordt over drie verschillende

uitingen van vertrouwen die respondenten tonen in de zorg aan huis, en hoe deze niveaus elkaar beïnvloeden of in elkaar overlopen. Bij alle concepten die verder zijn langsgekomen in het theoretisch kader zal steeds gekeken worden op welk niveau deze concepten verklarende kracht hebben, en op welke niveaus ze geen effect hebben, of een verrassend tegengesteld effect. De onderverdeling tussen het micro- meso- en macroniveau van vertrouwen vormt hiermee de ruggengraat van de analyse.

Deelvraag	Sensitizing concepts (deelvraag 1 en 3)/ Niveau van vertrouwen (deelvraag 2)	Bijbehorende vraag uit de Topic-List
Deelvraag 1: Ervaringen met ouderenzorg aan huis	‘Social distance’, <i>Saamhorigheid</i>	Wat zijn uw ervaringen met organisaties die zorg en ondersteuning bieden aan ouderen die thuis wonen? <i>Doorvragen op ervaringen met zorgprofessionals</i>
	‘Positionality’, ‘Gratefulness’	Zijn er organisaties die u met gerust hart wel om hulp vraagt?
	(Moeite met) navigeren zorgstelsel	Heeft u het gevoel dat u zelf uw zorg kunt kiezen? Hoe maakt u deze keuzes, Zelfstandig of met hulp?
	Markt-logica	Wat weegt u bij deze keuze af?
Deelvraag 2: Niveaus van vertrouwen	Macroniveau: Institutioneel vertrouwen	Stellingen: de zorg heeft goede bedoelingen met mensen zoals ik, en: de zorg kan mensen zoals ik goed helpen.
	Mesoniveau: Organisationeel vertrouwen	Denkt u dat u zorgorganisaties over het algemeen kan vertrouwen?
	Microniveau: Interpersoonlijk vertrouwen	Denkt u dat u medewerkers van de thuiszorg of huishoudelijke hulp over het algemeen kan vertrouwen?
	Verbanden tussen niveaus (expliciet door respondent benoemd)	Doorvragen op redenen voor mate van vertrouwen, vragen als: wat kan er gebeuren zodat u het vertrouwen verliest?
Deelvraag 3: Vormen van vertrouwen	‘Thick & Thin’ vertrouwen	Doorvragen op kwetsbaarheid in interpersoonlijk vertrouwen
	‘Active & Resigned’ vertrouwen	Doorvragen op link tussen keuzevrijheid en vertrouwen
	<i>Vertrouwen in intenties & Vertrouwen in competenties</i>	<i>Kwam naar voren uit redenen hoog/laag vertrouwen</i>

Figuur 4: operationalisatie-tabel met bijbehorende vragen uit de topic-list van de focusgroepen.

Om de analyse van dit onderzoek theoretisch richting te geven wordt gewerkt met ‘sensitizing concepts’, in het Nederlands doorgaans vertaald als attenderend begrip (Smaling, 2021). Uit het theoretisch kader is gebleken dat de vertrouwensliteratuur op het gebied van zorg aan huis niet toereikend genoeg is om te spreken van dominante theorieën. Wat wel bruikbaar is zijn de incidentele verklarende factoren (Smaling, 2021) die bijvoorbeeld een gebrek aan vertrouwen

kunnen verklaren. Denk bij deze begrippen aan: *gratefulness*, *resigned* tegenover *active trust*, *social distance*, en andere verklarende begrippen uit de eerdere literatuurbeschouwing. Bij elk van deze begrippen zal in het volgende hoofdstuk gekeken worden in hoeverre ze in de praktijk een rol blijken te spelen in de vertrouwensvorming van de respondenten. Vervolgens wordt gespecificeerd om welk niveau van vertrouwen het hier gaat, en of het waargenomen effect strookt met de literatuurbeschouwing waaruit het begrip afkomstig is. Daarnaast wordt de vraag gesteld of de ‘concepts’ volstaan om verschillen in vertrouwen tussen de twee groepen te verklaren, of dat er toch verrassende vondsten zijn gedaan die vragen om verdere duiding. In de bovenstaande operationalisatie-tabel zijn de sensitizing concepts uit de literatuur weergegeven, gegroepeerd bij deelvraag 1 en 3. De schuingedrukte concepten staan voor veel terugkomende nieuwe vondsten die niet sterk uit het theoretisch kader naar voren zijn gekomen.

3.5 Methode van analyse

De context van dit onderzoek, de staat van de literatuur en het gebruik van sensitizing concepts vraagt om een abductieve methode van analyse. Een abductieve methode ligt tussen een deductieve (toetsende) en inductieve (gegronde) methode in. Het gebruikt wel bestaande theorie om een invalshoek voor analyse te vinden in plaats van alleen uit te gaan van observaties, maar gaat niet toetsend te werk (Tavory & Timmermans, 2020). Volledig toetsend te werk gaan is in de context van dit onderzoek niet mogelijk: er is geen dominante verklarende theorie wat betreft vertrouwen in de ouderenzorg die getoetst kan worden. Daarbij bieden focusgroepen rijke data met verklarende kracht, maar kunnen ze geen populatie omvatten die het mogelijk maakt stellige uitspraken te doen over alle Nederlandse, of zelfs Nijmeegse, ouderen. Het is echter ook niet nodig om alleen de vondsten uit de focusgroepen mee te laten wegen: er bestaat weldegelijk een vertrouwensliteratuur, alleen is deze niet eerder op dit onderwerp op deze manier toegepast. De sensitizing concepts die de analyse richting geven maken de methode abductief van aard (Tavory & Timmermans, 2012; Bowen, 2006). Hiermee is er niet alleen ruimte om de bestaande theorieën onder de onderzochte omstandigheden te nuanceren, maar is er ook ruimte voor nieuwe vondsten, in het bijzonder in relatie tot ongelijkheid als punt van vergelijking. Aangezien er beperkte kennis is over hoe de verschillende niveaus van vertrouwen elkaar beïnvloeden voor zorgbehoevende ouderen moet er binnen de methode van analyse ruimte zijn voor deze nieuwe vondsten.

Het type coderen dat hier mee gepaard gaat is axiaal coderen (Williams & Moser, 2019). Er wordt hierbij vanaf het begin gewerkt met een codeerlijn die bestaat uit de genoemde sensitizing concepts uit de literatuurbeschouwing. Vondsten die aansluiten bij deze begrippen worden als zodanig gecodeerd, met als toevoeging op welk niveau van vertrouwen ze ingaan. Het codeboek is echter open voor nieuwe concepten die naar voren komen uit de transcripten van de focusgroepgesprekken (Williams & Moser, 2019). Dit wil zeggen dat als een bepaalde verklaring vanuit respondenten vaker terugkomt, maar deze verklaring niet overeenkomt met een van de bestaande ‘concepts’, het een nieuwe plaats krijgt in het codeboek.

Aangezien er in deze scriptie voor een groot deel verkennend onderzoek wordt gedaan, omdat de bestaande vertrouwensliteratuur zich nog te gebrekkig heeft gericht op ouderenzorg aan huis, is er echter voor gekozen om niet direct vanuit sensitizing concepts met axiaal coderen te beginnen. Axiaal coderen is pas na een aantal codeerrondes de methode van analyse geworden. In de eerste ronde is in plaats daarvan ‘grounded’ te werk gegaan. ‘Grounded coding’

biedt de gelegenheid om descriptief vanuit de verzamelde data te werk te gaan zonder eerste bevindingen te structureren aan de hand van een bestaand model (Thornberg & Charmaz, 2014). In de eerste codeerronde is alle data die enigszins relevant voor de drie deelvragen van dit onderzoek, dus alle delen van de transcripten die iets van doen hebben met ervaringen met ouderenzorg, niveaus van vertrouwen, en vormen van vertrouwen, voorzien van een descriptieve code. Dit leidde, zoals verwacht (Thornberg & Charmaz, 2014), tot een enorme hoeveelheid codes.

Een dergelijke code is bijna een letterlijke overname van de opmerking van een respondent. Stel het betreft een mevrouw uit Hengstdal die aangeeft geen prettige ervaring te hebben met haar huishoudelijke hulp van de WMO omdat ze weinig met haar gemeen heeft en dus veel afstand voelt, dan ziet de code er als volgt uit: “Geen prettige ervaring huishoudelijke hulp, weinig gemeen”. In de tweede codeerronde zijn deze codes gegroepeerd en samengevoegd wanneer ze overeenkomende argumenten of ervaringen behelsden. Dit resulteerde in een algemenere code die nog steeds descriptief van aard was, zoals: “Ervaringen_Geen prettige ervaring huishoudelijke hulp, weinig gemeen”. Na dit punt konden eerste bevindingen worden geformuleerd in memo’s. Deze eerste bevindingen maakte duidelijk dat binnen beide groepen, de twee focusgroepen met lage SES-WOA scores en de twee met hoge SES-WOA scores, veelal overeenkomende ervaringen en meningen werden gedeeld. Deze constatering bevestigde vroeg in het proces de waarde van dit onderscheid.

In de derde codeerronde begon het axiaal coderen. Elke eerdere code die specifiek betrekking had op een van de niveaus van vertrouwen, zij het een ervaring, mening of verdere toelichting vanuit de respondent, werd gegroepeerd aan de hand van dit niveau. De zojuist genoemde code zou er als volgt uit gaan zien: “Ervaringen_Interpersoonlijk_Geen prettige ervaring huishoudelijk hulp, weinig gemeen”. Met dit onderscheid gemaakt konden in de vierde codeerronde de vondsten gecombineerd worden aan de hand van sensitizing concepts. Sommige uitspraken van respondenten hadden weinig of geen toelichting en konden niet aan een concept gelinkt worden, maar de meeste konden óf aan een bestaand concept worden gekoppeld, óf lieten een duidelijk andere reden blijken. De uiteindelijke codes kwamen er als volgt uit te zien: “Ervaringen_Interpersoonlijk_Social Distance_Negatief”. Deze codes bleken voldoende om stapsgewijs conclusies te trekken aan de hand van de deelvragen van dit onderzoek. Voor het coderen van de focusgroeptexten is de codeersoftware Atlas.ti versie 23 gebruikt. De resultaten van de kwalitatieve duiding van deze codes aan de hand van de drie gehanteerde deelvragen worden in het volgende hoofdstuk gepresenteerd.

4. Analyse

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt: *Zijn er verschillen in de vorm en mate van vertrouwen die Nijmeegse ouderen met hoge en lage SES-WOA scores hebben in de ouderenzorg aan huis, en welke mechanismen in de context van marktwerking kunnen eventuele verschillen verklaren?* In dit hoofdstuk worden de bevindingen uit de focusgroepen uiteengezet en toegelicht met tal van quotes uit de gesprekken en tabellen waaruit duidelijk wordt wat de gedeelde overtuigingen binnen de groepen precies zijn. Deze vondsten worden vervolgens geduid aan de hand van de structuur die de wetenschappelijke literatuur uit het theoretisch kader biedt. Dit gebeurt aan de hand van de drie deelvragen. In de eerste plaats worden de ervaringen van de respondenten met verschillende aspecten van de zorg aan huis belicht. Hier ligt de focus op de verschillen tussen ouderen met een lage en een hoge SES-WOA score, en hun positionaliteit in een zorgstelsel met veel keuzemogelijkheden. Als tweede wordt duidelijk gemaakt hoe het is gesteld met het vertrouwen van de respondenten in de zorg aan huis op de drie niveaus van Gilbert (2021). Ook wordt uitvoerig besproken op welke manier de niveaus elkaar bij de respondenten beïnvloedden. Tot slot vindt er een analyse plaats aan de hand van vormen van vertrouwen die de vondsten wat betreft verschillen in ervaringen en niveaus van vertrouwen deels verklaren.

4.1 Positionaliteit maakt ongelijk vertrouwen

De eerste deelvraag van dit onderzoek luidt: *Welke ervaringen hebben ouderen met hoge en lage SES-WOA scores met ouderenzorg aan huis, en welke eventuele verschillen bestaan er tussen de groepen?* Deze ervaringen zijn tussen de groepen sterk verschillend. Deze ervaringen worden in deze paragraaf aan de hand van de gebruikte sensitizing concepts uiteengezet.

Moeite met navigeren zorgstelsel

Voor de groepen met een lage SES-WOA score geldt dat herhaaldelijk naar voren komt dat het zelf regelen van zorg zeer problematisch wordt ondervonden. De groepen uit Hatert en het Waterkwartier hebben grote moeite met het navigeren van het huidige systeem, en de keuzevrijheid die erbij komt kijken. Ook hun kinderen komen er niet altijd uit. Hoewel het denkbaar zou zijn dat deze problemen ook zorgen voor institutioneel wantrouwen, komt uit de focusgroepen vooral naar voren dat het vertrouwen in zorgorganisaties dwarsboomt:

“Als je het over vertrouwen in alle organisaties bekijkt dan weet ik het nog zo net niet. Ik denk dat je een beetje geluk moet hebben waar je terecht komt. Wat raar is, want je kan kiezen, maar ik ervaar dat eigenlijk niet zo. Ik weet er namelijk niks van, en ik kom er niet uit.” (focusgroep 1: Waterkwartier)

Een andere mevrouw vult hierop aan: *“Ik heb het liever via een bekende. Ik wil dat zij weten wat het best voor mij is. Ik kan het zelf niet, ik kan ook niet met de computer, ik heb er helemaal niets aan.”* In de focusgroep in Hatert was men ook negatief over hoe goed het systeem te navigeren is: *“Je moet naar de gemeente dat je ergens recht op hebt, maar dan moet je het daarna nog zelf kiezen ook. Nou goed, ik wil advies, dus een trajectbegeleider zegt mij, dan moet je naar TVN. Maar daar heb ik slechte ervaringen mee gehad. Dus wat heb ik er dan aan dat ik mag kiezen?”* Wanneer gevraagd of dit vertrouwen bemoeilijkt, antwoordde de man: *“Ja*

zeker. Zo 'n organisatie hoort te weten dat niet iedereen eruit komt, ook digitaal. Als ze je laten spartelen vind ik dat asociaal.” (Focusgroep 2: Hatert)

Markt-Logica: het particuliere alternatief

Voor de ouderen uit Nijmegen-Oost en Hengstdal heeft de marktwerking een tegengesteld gevolg, dat uiteindelijk toch een negatief effect heeft op vertrouwen, in dit geval op interpersoonlijk niveau. Aangezien de ouderen met een hoge SES-WOA score aanzienlijk meer vermogend zijn, ligt een particulier alternatief voor publieke zorg en hulpverlening binnen handbereik. Door een hoger opleidingsniveau en hoger geschoolde kinderen is ook het regelen van de zorg stukken gemakkelijker. Een van de respondenten uit Hengstdal beaamt dit: *“Ik heb er niet zo 'n problemen mee nee. Als je weet waar je terecht moet is het goed te regelen en zijn ze er snel. Je hebt hier in de buurt ook heel veel goede particuliere opties. Ik heb sinds kort nu een nieuwe hulp en dat gaat hartstikke goed.”* Veel van de vermogende ouderen ervaren geen moeite met het navigeren van het nieuwe zorgsysteem. Toch heeft het particuliere alternatief niet alleen positieve kanten.

Mede doordat de ouderen uit Nijmegen-Oost en Hengstdal het zorgpersoneel vooral op competenties beoordelen werkt de vergelijking tussen publiek en particulier het interpersoonlijk vertrouwen met publieke zorgmedewerkers en hulpverleners tegen. De meneer uit Nijmegen-Oost zegt het als volgt:

“Het is gewoon een wereld van verschil. Ik weet dat niet, het kan ook zijn dat de dames die het particulier doen ook echt beter zijn opgeleid. Maar voor mij is het zo dat ik alleen met de hulp van de gemeente niet verder kon, en ben verdergegaan met een andere. Particulier ja. Want het was voor mijn standaard gewoon niet goed genoeg.”

Ook de rest van deze groep sluit zich hierbij aan: *“Als bij mij de WMO komt dan moet ik goed opletten of ze de boel niet vies achterlaten. En dat is me nou zo vaak overkomen en je hebt ook zo vaak een ander dat ik nu elke twee weken ook particulier een meisje laat poetsen. Zij is Aziatisch, nou dat is echt: zo! (Mevrouw steekt beide duimen op)”* (Focusgroep 3, Nijmegen-Oost) In Hengstdal gaan soortgelijke verhalen rond: *“Je kan toch beter bouwen op particuliere hulp hoor. Ze nemen beter de tijd. Zij bepalen niet hoeveel tijd jij krijgt zoals bij de WMO, je betaalt ze zelf per uur dus kun je ze ook voldoende tijd geven om alles af te krijgen”*. Hoewel het particuliere alternatief voor de vermogende ouderen een uitkomst lijkt, zorgt het er indirect wel voor dat de huishoudelijke hulpverlening vanuit de WMO vaak in een slecht daglicht komt te staan. Hiermee wordt wederom een deel van het interpersoonlijk wantrouwen van deze groep verklaard.

Positionality en mogelijk dankbaarheid

Zoals in het theoretisch kader benoemd werd, wordt dankbaarheid binnen de vertrouwensliteratuur gezien als een reactie op *‘a notion of a lack of resources’*, ofwel de veronderstelling dat er een huidig of toekomstig gebrek is aan middelen om een bepaalde dienst te blijven garanderen (Vamstad, 2016; Bradby, Humphris et al., 2020). Uit de focusgroepen blijkt dat de minder vermogende ouderen, omdat ze toegewezen zijn aan publieke zorg, zich zeer bewust zijn van het feit dat de middelen om deze zorg mogelijk te maken eindig zijn.

Hierbij wordt duidelijk dat de veranderende verzorgingsstaat voor deze ouderen zorgt voor een toenemende kwetsbaarheid en een veranderende positie ten aanzien van de professionele zorg. Bij beide gesprekken is een gevoel van achteruitgang aanwezig, en een zekere angst voor een toekomst waarin de zorgkosten onhoudbaar worden, alleen verschillen de risico's voor de respondenten zelf drastisch. Het verleden kende betere zorg, en vooral minder vermogende ouderen maken zich zorgen over hun eigen toekomst en die van hun kinderen:

“Toen mijn man toen ziek werd 30 jaar geleden, ik zat erbij en keek ernaar, want ik was echtgenote zeiden ze. Er kwam iemand koken, er kwam iemand het bed verschonen, alles werd gedaan want mijn man was ziek. Dat was echt geweldig geregeld. Nou: dat heb je niet meer hoor.” (Focusgroep 1: Waterkwartier)

Dit beeld staat niet op zichzelf. Deze mevrouw uit het Waterkwartier werd door de andere dames aan tafel in deze mening gesteund. *“Daarom zijn we er denk ik ook bang voor. Want we horen ook wel hoe duur het allemaal wordt. Dus als je dan goed geholpen wordt, heel fijn. Maar of dat later kan, ja dat is angstig”* reageerde de mevrouw naast haar. Een ander viel in: *“Ja en als je nu slecht zit weet je niet waar je terecht komt. En ik heb het geld niet om zomaar te zeggen: zet mij hier maar neer.” (Focusgroep 1: Waterkwartier)*. Wanneer gevraagd of ze hierom ook dankbaar zijn voor de zorg die ze nog wel kunnen krijgen geven de respondenten eigenlijk letterlijk aan dat dankbaarheid door diezelfde angst gevoed wordt: *“Je vertrouwt ook gewoon omdat je het nodig hebt. Wat heb je eraan om achterdochtig te gaan doen? Dan sta je straks met lege handen. Dat is ook dankbaarheid. Niet alleen omdat je staat te springen maar ook gewoon omdat je je moet realiseren wat je krijgt.” (Focusgroep 1: Waterkwartier)* *“Precies.”* Beamt een ander.

In de groep uit Hatert is ditzelfde sentiment te herkennen. Ook hier hangt de duurder wordende zorg de respondenten boven het hoofd: *“Je hoort erg vaak dat de zorg onbetaalbaar wordt, op het nieuws, in de politiek, noem maar op. En dan denk ik wel: wie zijn daar als eerst de sjaak?”* Een tafelenoot beantwoordt de retorische vraag van de man: *“Ik denk dat mijn dochters dan in de problemen komen. Want ze doen het hartstikke goed, maar ze zijn wel kindloos. En als straks als het geld op is niemand voor je kan zorgen, tja.” (Focusgroep 2: Hatert)* Ook hier vertalen deze zorgen zich wel in dankbaarheid voor de hulp die wordt genoten. De respondenten geven allemaal aan dankbaar te zijn voor de hulp en/of zorg die ze aan huis krijgen, en laten weten dat dit de verdienste is van de hardwerkende zorgverleners.

Dat dankbaarheid voor de ouderen met een lagere SES-WOA score leidt tot meer waardering voor het hulpverlenend personeel, maar niet voor het zorgstelsel, verklaart voor een deel de resultaten uit de volgende paragraaf. De reden dat de dankbaarheid van deze groepen niet wordt omgevormd tot institutioneel vertrouwen is deels het eerdergenoemde gevoel van achteruitgang in de zorg. De huidige overheid zou deze neergang mogelijk hebben gemaakt. Ook speelt hier een andere factor een rol die niet uit de literatuur naar voren kwam: bij een aantal van de respondenten leeft het idee dat er door de vermarkting van de zorg door sommige partijen verdiend wordt, ondanks de gebrekkige middelen voor publieke zorg. Dit is een tweede verklaring voor het gebrek aan institutioneel en organisationeel vertrouwen bij deze ouderen, ondanks duidelijk aanwezige dankbaarheid voor het ontvangen van hulp. Een van de dames uit het waterkwartier vat de mening van die groep kordaat samen: *“Vroeger moesten mensen het*

zelf doen. Ik heb het ook altijd zelf gedaan. Dus het is toch een geschenk dat dit kan? Kun je alleen maar vertrouwen in hebben. Althans, die mensen dan. Niet het volk dat eraan verdient.”

Tijdens de focusgroepen met ouderen met een hoge SES-WOA score was dankbaarheid een minder prevalent onderwerp. De reden hiervoor is simpel: de schaarste aan publieke middelen leeft bij deze groep minder. Een enkeling gaf aan het als een probleem te zien voor de samenleving, maar geen enkele respondent maakte zich er persoonlijk grote zorgen over. Uit de enquête is dan ook gebleken, zoals te zien in figuur 1, dat de meeste respondenten uit Nijmegen-Oost en Hengstdal naast eventuele publieke voorzieningen gebruik maken van private zorgopties. Als er geen ‘*notion of a lack of resources*’ bestaat, ontstaat er ook geen dankbaarheid. Een meneer uit Hengstdal zette dit als volgt uiteen tijdens het groepsgesprek:

“Ik ben daar ook makkelijk in, en van wat ik hoor geldt dat voor ons allemaal, wij hoeven ons geen zorgen te maken over het wegvallen van zorg, want we kunnen het uit eigen zak betalen. En of het dan nog met dankbaarheid te maken heeft... kijk ik ben dankbaar dat ik in Nederland oud kan worden. Maar ik zoek mijn eigen zorg uit, en betaal het zelf. Dat voelt ook best als een klus soms.” (Focusgroep 4: Hengstdal)

Social Distance of juist saamhorigheid?

De term sociale afstand kan de verschillen in hoe interpersoonlijke relaties uitpakken volgens de literatuur vaak verklaren (Kremer, 2023). De afstand die men voelt ten aanzien van de persoon die aan de deur verschijnt kwam in de focusgroepen herhaaldelijk aan bod.

In de focusgroepen met ouderen met een hoge SES-WOA score werd op verschillende manieren door meerdere respondenten aangegeven dat ze een grote afstand voelde tussen zichzelf net het personeel dat zorg aan huis verleent. De een vindt het personeel te weinig spraakzaam, de ander noemt ze onbeleefd. Ook wordt er gehekeld dat het jonge personeel regelmatig tijdens werktijd van de mobiele telefoon gebruik maakt. Een mevrouw uit Hengstdal geeft aan dezelfde afstand ook bij de huishoudelijke hulp via de WMO te bespeuren:

“Ik zie dan ook aan die juffrouw dat ze denkt: dit zijn niet mijn soort mensen. En misschien is dat waar, maar het is dan van mijn kant ook wel klaar. Ik merk ook: ik kan er niet echt een gesprek mee voeren. Ze snapt niet wat mij bezighoudt, en dat klopt andersom net zo goed. Maar dat is niet alleen leeftijdsverschil geloof ik. Want zo ervaar ik dat niet met mijn kleindochters.”

De afstand die deze mevrouw beschrijft bestaat natuurlijk weldegelijk. Het personeel van organisaties die huishoudelijke hulp via de WMO aanbieden is bij lange na niet zo hoog opgeleid als de respondenten uit Nijmegen-Oost en Hengstdal. Op het gebied van opleidingsniveau en sociale klasse bestaat ertussen oudere en zorgverlener dus al een serieuze sociale afstand. Daar komt nog bij dat er ook sprake kan zijn van culturele afstand: arbeiders met een migrantenachtergrond zijn onder zorgpersoneel goed vertegenwoordigd, terwijl de ouderen die respondent zijn geweest voor dit onderzoek allemaal geen migratieachtergrond hebben. Een andere dame uit Nijmegen-Oost had een soortgelijke ervaring met haar hulp: *“Ik merk gewoon dat het sociaal niet helemaal klikt. We hebben weinig gemeen. Je voelt je dan niet*

verbonden, maar goed ze heeft misschien ook door dat ik haar een beetje op de vingers kijk, haha.”

In tegenstelling tot de sociale afstand die de ouderen met een hoge SES-WOA score ervaren, ervaart een deel van de respondenten uit het Waterkwartier en Hatert juist sociale verbintenis met het zorgpersoneel. Een mevrouw uit het Waterkwartier had vroeger zelf in de thuiszorg gewerkt, en heeft dus met haar hulp altijd iets om over te praten. Een mevrouw uit Hatert had een soortgelijke ervaring: *“Ik heb vroeger altijd schoongemaakt, heb ook gewerkt toen ik al getrouwd was. Dus ik weet wel wat werken is en dat weten die meiden, want het zijn vaak jonge meiden, die weten dat ook. Dus daar heb ik schik van en daar kan ik altijd goed mee opschieten.”* Een getrouwde meneer uit Hatert die thuiszorg ontvangt is ook extra positief over het personeel door wat ze gemeen hebben:

“Ik heb er nu drie thuis gehad, en twee ervan waren meiden ook van deze kant van Nijmegen. En dan heb je toch gelijk iets gedeeld hè, toch hetzelfde gevoel. Dat vind ik er wel hartstikke mooi aan. En mijn nichtje doet hetzelfde werk, dus ik voel daar ook wat voor.”

Duidelijk wordt dat sociale afstand of juist verbintenis een derde verklaring vormt voor de waargenomen verschillen in interpersoonlijk vertrouwen tussen de twee groepen. Het sentiment tijdens de focusgroepen met minder vermogende ouderen is er zelfs een van *saamhorigheid* met het zorgpersoneel. Deze steunbetuigingen gaan verder dan het ontbreken van social distance. Saamhorigheid komt voort uit de dankbaarheid en sociale verbintenis die deze groep ouderen voelt voor het zorgpersoneel. In de focusgroepen in Hatert en het Waterkwartier ontstond zoals eerder naar voren kwam een dominant gevoel dat de zorg achteruitgaat, en de overheid er niks aan doet om deze trend te keren. Ook kijkt men niet gunstig naar de organisaties die de zorg regelen, zo zal uit het volgende kopje nog verder blijken. Wat er vervolgens gebeurt in de vertrouwensrelatie met de hulpverleners gaat verder dan dankbaarheid: de ouderen gaven aan in deze worsteling kant te kiezen van het zorgpersoneel. Dit blijkt voor een deel al uit de quotes in paragraaf 4.2, maar kwam nog verder in de gesprekken naar voren.

Een mevrouw uit het Waterkwartier zei hierover het volgende: *“Je weet dat ze helemaal vol zitten gepland, en zich het snot voor de ogen werken. En ik maak zelf mee dat het niet goed geregeld is. Dus ik wil die juffrouw ook steunen. Want zij staan wel aan jou kant.”* De rest van de groep geeft aan het hiermee eens te zijn. *“Ja dat vind ik ook. Want ze zijn er net zo goed de dupe van als er iets mis is als wij dat zijn.”* In de andere groep lijkt dit gevoel nog sterker te leven onder de respondenten:

“Ik wil wel klagen over dat er niet altijd tijd is voor koffie, maar hoe druk hebben zij het wel niet? Het personeel dan he? En je werkt je kapot maar zij verdienen de goudprijs niet! Maar hun staan wel aan de goede kant van het verhaal. Hun worden net zo goed besodemieterd als wij.” (Focusgroep 2: Hatert)

De meneer die deze mening uitsprak windt zich er tijdens het gesprek duidelijk over op. De andere respondenten vallen hem bij: *“Zo is dat zeker. Wij zijn van hun afhankelijk, dus zij moeten goed behandeld worden. Dus ik zeg ook altijd: meid, zorg ervoor dat je goed betaald*

krijgt. Ook als je extra uren maakt.” In deze gesprekken is een vorm van saamhorigheid te zien die voortkomt uit het wantrouwen van het systeem en de persoonlijke gelijkenis met het zorgpersoneel. Dit versterkt bij deze groepen het vertrouwen op microniveau. Dit vertrouwen lijkt hierdoor dan ook veel minder afhankelijk van de prestaties van het personeel. Bij de groepen met een lage SES-WOA score geven zes van de acht ouderen aan dat het werk niet altijd goed gedaan wordt, even vaak als bij de groepen met een hoge SES-WOA score. Toch leek het alsof er over het personeel in het Waterkwartier en Hatert geen slecht woord gesproken mocht worden.

4.2 Concrete verschillen in de niveaus van vertrouwen

De tweede deelvraag van dit onderzoek luidt: *In hoeverre vertrouwen beide groepen de ouderenzorg aan huis op institutioneel, organisationeel en interpersoonlijk niveau, en welke eventuele verschillen bestaan er tussen de groepen?* Om de vraag hoe het is gesteld met het vertrouwen in de zorg aan huis van ouderen met uiteenlopende SES-WOA scores te beantwoorden moet rekening gehouden worden met de drie niveaus die in de operationalisatie zijn besproken. De topic-list is, zoals eerder benoemd, echter niet alleen vormgegeven om deze onderverdeling te bevragen. In de gesprekken werd eerst vooral aandacht gegeven aan persoonlijke ervaringen en meningen, om zo langzaam tot een natuurlijk onderscheid tussen de drie niveaus te komen. De ouderen die meededen aan de gesprekken maken uit zichzelf niet eenzelfde onderscheid tussen verticale niveaus: de een denkt bij zorg alleen aan de persoon die aan de voordeur verschijnt, de ander denkt aan de telefoongesprekken met de gemeente, weer een ander verstaat het als een politiek thema. De topic-list (bijlage 1) vormt het handvat om tijdens de gesprekken duidelijk te maken dat ervaringen over alle facetten van de zorg welkom zijn. Hierdoor werd het later in het gesprek mogelijk om per niveau te vragen hoe het gesteld was met het vertrouwen van de respondenten. Het resultaat is te zien in de onderstaande tabel.

Niveau van Vertrouwen	Lage SES-WOA	Hoge SES-WOA
Institutioneel	Wantrouwen	Neutraal
Organisationeel	Laag vertrouwen	Laag vertrouwen
Interpersoonlijk	Hoog vertrouwen	Laag vertrouwen

Figuur 5: waargenomen niveaus van vertrouwen in de thuiszorg en huishoudelijke hulp bij ouderen met lage en hoge SES-WOA scores.

Bij het bevragen van de drie niveaus van vertrouwen werd de volgende vraag gesteld (zie ook de tabel in figuur 4): “denkt u dat u zorgorganisaties/dan wel zorgmedewerkers of hulpverleners/dan wel het zorgstelsel over het algemeen kunt vertrouwen?” Hiermee verplaatste het narratief zich van persoonlijke ervaringen of ervaringen van vrienden, kennissen en familie naar het ervaren gevoel van vertrouwen dat veel breder kan zijn dan alleen de ervaringen zelf. Aangezien het hoofddoel van focusgroepgesprekken het verkrijgen van rijke data is, en niet van zo kwantificeerbaar mogelijke data, is er niet gevraagd om een cijfer. De gegevens uit de bovenstaande tabel zijn dan ook afleidingen van de antwoorden die de respondenten gaven, en de frequentie waarmee deze antwoorden terugkwamen. De score “neutraal” werd toegediend als de groepen zonder voorkeur verdeeld waren tussen vertrouwen en geen vertrouwen, “hoog vertrouwen” wanneer beide groepen overtuigd aangaven veel

vertrouwen te hebben, “laag vertrouwen:” wanneer beide groepen duidelijk aangaven weinig vertrouwen te hebben, en “wantrouwen” wanneer beide groepen aangaven totaal geen vertrouwen te hebben en dit ook stellig duidelijk maakten. In de onderstaande frequentietabel staan de antwoorden van respondenten op de drie vragen per groep op een rijtje.

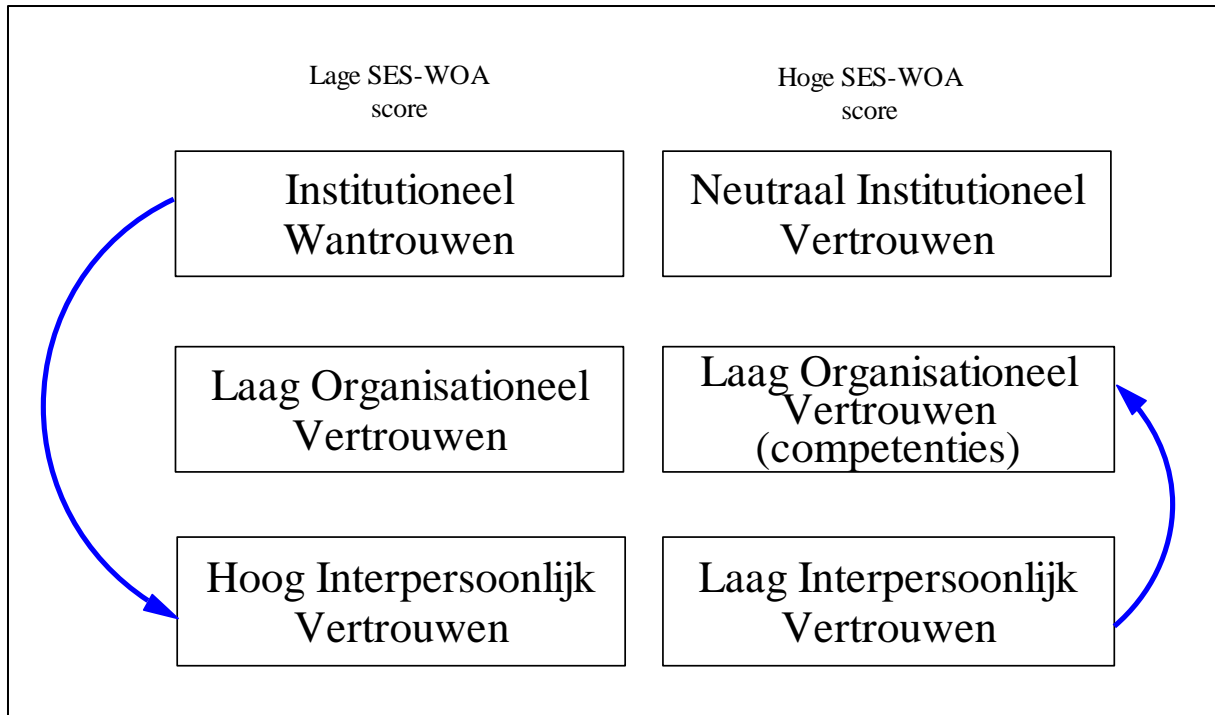
Vraag naar vertrouwen op de drie niveaus:	Frequentie van antwoord in Waterkwartier en Hatert (lage SES-WOA score):	Frequentie van antwoord in Nijmegen-Oost en Hengstdal (hoge SES-WOA score):
Denkt u dat u het zorgstelsel over het algemeen kunt vertrouwen?	#Ja: 0 #Nee: 8 #Neutraal: 0	#Ja: 2 #Nee: 1 #Neutraal: 5
Denkt u dat u zorgorganisaties over het algemeen kunt vertrouwen?	#Ja: 1 #Nee: 5 #Neutraal: 2	#Ja: 1 #Nee: 6 #Neutraal: 1
Denkt u dat u medewerkers van thuiszorg/huishoudelijke hulp over het algemeen kunt vertrouwen?	#Ja: 8 #Nee: 0 #Neutraal: 0	#Ja: 1 #Nee: 4 #Neutraal: 3

Figuur 6: frequentietabel met antwoorden van respondenten op de vraag of ze de drie niveaus van de zorg aan huis over het algemeen vertrouwen.

Wat opvalt aan deze resultaten is dat het institutioneel (macro) vertrouwen bij de ouderen met een lage SES-WOA score zeer laag is, terwijl het interpersoonlijk (micro) vertrouwen juist aanzienlijk hoger is dan bij de ouderen met een hoge SES-WOA score. Dit is een opvallend resultaat omdat, zoals in de paragraaf 2.1 is besproken, wantrouwen op macroniveau verwacht werd interpersoonlijk vertrouwen te bemoeilijken (Calnan & Brown, 2016; Doblyté, 2022). Ook het lage vertrouwen van ouderen met een hoge SES-WOA score op microniveau dat zich niet vertaalt in laag vertrouwen op macroniveau is een bijzondere vondst tegenover de besproken literatuur (Calnan & Brown, 2016; Doblyté, 2022). Beide groepen geven aan weinig vertrouwen te hebben in de organisaties (meso) die zorg en hulpverlening aanbieden en uitvoeren.

De enige conclusie die uit deze resultaten getrokken kan worden is dat er geen sprake is van het soort beïnvloeding tussen de niveaus van vertrouwen dat de behandelde wetenschappelijke literatuur deed vermoeden. De assumpties over onderlinge beïnvloeding tussen niveaus van vertrouwen uit het TK, zie figuur 2, zijn in deze data niet aanwezig. Deze hypothesen uit het theoretisch kader: institutioneel wantrouwen kan interpersoonlijk vertrouwen bemoeilijken, en interpersoonlijk wantrouwen beïnvloedt de andere niveaus negatief, gaan hier dus niet op. De vraag is of er uit de data wel naar voren komt dat er sprake is van andere beïnvloeding tussen de niveaus van vertrouwen. Een dergelijke beïnvloeding tussen niveaus van vertrouwen kan alleen hard worden gemaakt wanneer deze beïnvloeding expliciet blijkt uit de data: de respondenten moeten nadrukkelijk aangeven dat het ene vertrouwen het andere beïnvloedt. Dit gebeurt in de vier focusgroepen bij twee verbanden. In de twee focusgroepen met ouderen met een lage SES-WOA score komt naar voren dat het wantrouwen in het zorgstelsel zorgt voor een grotere sympathie voor en vertrouwensband met hulpverlenend

personeel. Tijdens de twee focusgroepen met ouderen met hogere SES-WOA scores wordt duidelijk dat hun negatieve ervaringen met het personeel direct overslaan op hun mening over de organisaties, terwijl hun mening over het zorgstelsel buiten schot blijft. Deze twee verschillende vormen van beïnvloeding tussen de niveaus van vertrouwen zijn in de onderstaande figuur gevisualiseerd.



Figuur 7: de verschillende manieren waarop de niveaus van vertrouwen elkaar beïnvloeden. Links: Waterkwartier en Hatert, rechts: Nijmegen-Oost en Hengstdal.

Er zijn een aantal quotes uit de focusgroepen die deze verbanden niet alleen impliciet, maar expliciet bespreken. Een mevrouw uit de wijk Hatert geeft aan dat ze niet anders kan dan positief zijn over de mensen die in de huidige situatie in de zorg werken:

“Als je ziet hoe de overheid omgaat met de mensen die het nog doen hè, of je nou thuiszorg doet of andere hulp, dan vind ik het knap als je ermee doorgaat. Neem nou tijdens corona: daar kregen de mensen applaus, maar extra betaald ho maar. Een overheid die je vooral dwars zit en dan nog je inzetten voor anderen, ik vind het dappere mensen.” (Focusgroep 2: Hatert)

Uit deze quote blijkt duidelijk dat juist het wantrouwen richting de overheid de mening over de werknemers in de thuiszorg positief kan beïnvloeden. De andere respondenten van deze groep vielen de mevrouw bij: *“Dat zeg je goed. Ik weet dan ook dat ik zo iemand kan vertrouwen. Want als je een makkie wil, dan was je het niet in de zorg gaan zoeken.” (Focusgroep 2: Hatert)*. De rest reageert instemmend. In de groep uit het Waterkwartier wordt een soortgelijk punt gemaakt: *“Ik ga er ook vanuit dat zo’n persoon betrouwbaar is. Anders ga je wel iets anders doen. Ja dat ze het überhaupt gaan doen, daar kun je al blij mee zijn. Vooral als je ziet wat ze betaald krijgen, hoe ze behandeld worden” (Focusgroep 1: Waterkwartier)*. Ook hier wordt

door de rest van de groep instemmend gereageerd. *“Het is wat je net zei, het is een nobel beroep hè, andere mensen helpen,”* reageert de mevrouw naast haar, *“en ze krijgen niet de waardering die ze verdienen. Maar van mij wel.”* (Focusgroep 1: Waterkwartier) In beide groepen leeft het idee dat het thuiszorgpersoneel meer lof verdient omdat het zorgstelsel ze niet genoeg waardeert. Vaak wordt het institutioneel niveau door deze groepen gelijkgesteld aan ‘de overheid’ als koepelterm.

In de groepen met meer vermogende ouderen is op te merken dat de respondenten vaak ontevreden zijn met de zorg en hulp die ze aan huis krijgen, en dat dit zich vertaalt in een negatief oordeel over de organisatie die zijn zaakjes beter op orde zou moeten hebben. Een meneer deelt zijn frustraties en benoemt deze negatieve overslag:

“Kijk, als ik wat in mijn ogen een studente is aan huis krijg, die ik alles nog moet voorzeggen want anders gaat er niets goed, daar word ik niet vrolijk van. Dat zijn dingen zo simpel als bloed opnemen voor de diabetes, wat ik op een gegeven moment zelf niet kon doen. Dan denk ik: zo iemand moet er nog niet alleen op uit. Dus dan heeft de organisatie de boel niet op orde. Dan ben ik al verder aan het kijken.” (Focusgroep 3: Nijmegen-Oost)

Deze alleenstaande man die afhankelijk is van thuiszorg om in zijn huis te kunnen wonen deelt zijn onvrede over het zorgverlenend personeel dat hij aan huis krijgt, en geeft aan dat hij het de organisatie net zo goed kwalijk neemt. Een mevrouw, ook uit Nijmegen-Oost, had een soortgelijke ervaring: *“Ja ik ken dat goed. Ik heb zelf niet meer de energie om er achteraan te gaan, maar ik zie dat er door de hulp bij mij van alles fout wordt gedaan. En dan moet ik toch nog mijn dochter inschakelen. Ik vind niet alleen dat de hulp haar werk niet goed doet, maar ook de organisatie.”* (Focusgroep 3: Nijmegen-Oost). Ook in de andere groep is veel onvrede over hulp via de WMO: *“Als ik dan voor de derde keer een nieuwe hulp aan de deur krijg, en het weer niet binnen de twee uur lukt die ervoor staan om de boel schoon te krijgen, ja dan doe je als Zilverzorg zijnde iets fout. Want de roosters kloppen dan gewoon niet. Ik zou daar niet achteraan moeten hoeven.”* (Focusgroep 4: Hengstdal) De slechte ervaringen met de kwaliteit van zorg aan huis zorgen voor een slechte beoordeling van de organisaties die de zorg aanbieden.

Maar Waarom blijft het stelselmatig wantrouwen bij de ouderen met een hoge SES-WOA score dan uit? Het eerste dat opvalt is dat het functioneren van het zorgstelsel dat we in Nederland hebben door de ouderen met een hoge SES-WOA score veel minder wordt geassocieerd met de besluiten van de overheid. Uit de gesprekken wordt duidelijk dat deze groepen de mankementen en moeilijkheden van ons zorgsysteem als een onvermijdelijk feit zien: *“We hebben nu eenmaal een vergrijzende bevolking. Daar kun je niet omheen. Steeds meer vraag, dus is er een personeelstekort.”* (Focusgroep 4: Hengstdal) De overheid wordt niet als één actor benoemd, en men deelt dus ook niet de mening dat de overheid verantwoordelijk is voor de mankementen die ze ervaren. Sterker nog: ondanks de onvermijdelijke moeilijkheden spreekt het merendeel van wijdverspreid mismanagement: *“Ik ben van mening dat er veel verkeerd gaat op het gebied van management ja. Ik heb zelf in mijn werkzaam leven meerdere organisaties gemanaged, me altijd met personeel beziggehouden, en dat lijkt bij de meeste zorgorganisaties helemaal nergens op. En dan kun je zpp'ers niet als excuus gebruiken, want die zijn juist enorm flexibel. Dan moet je er maar meer van regelen.”* (Focusgroep 3: Nijmegen-

Oost) In totaal geven zes van de acht ouderen uit focusgroep 3 en 4 expliciet aan dat er volgens hen sprake is van mismanagement bij zorgorganisaties. Het resultaat van het plaatsen van deze verantwoordelijkheid bij uitvoerende organisaties is dat ze veelal neutraal tegenover het zorgstelsel en haar instituties staan.

4.3 Andere vormen van vertrouwen als verklaring

De derde en laatste deelvraag van dit onderzoek richt zich op de verschillende vormen van vertrouwen die de ouderen uit hun antwoorden op de topic-list blijken te hebben: *In welke vormen uit vertrouwen zich bij beide groepen, en welke mechanismen in de context van marktwerking kunnen eventuele verschillen verklaren?* Na doorvragen werd duidelijk dat de redenen voor het vertrouwen dat de respondenten ervaren uiteenlopen, en verband houden met hun eerder besproken positionaliteit en de kwetsbaarheid die eruit voortkomt.

Kwetsbaarheid en soorten vertrouwen

Kwetsbaarheid als concept vormt de kern voor de definitie van vertrouwen van Gilbert die gehanteerd wordt in deze scriptie. Vertrouwen als antwoord op kwetsbaarheid in verschillende vormen en op verschillende niveaus geef in zichzelf aan dat er verschillende vormen van vertrouwen bestaan (Gilbert, 2021). De vormen die in het theoretisch kader zijn benoemd, *thick & thin trust* en *active & resigned trust* (Calnan & Brown, 2016; Ward, 2017), liggen in het verlengde van elkaar en overlapt zodanig vaak als code dat ze hier onder een kopje besproken zullen worden.

Ten eerste is het helder geworden dat de hypothese die voortkwam uit het theoretisch kader gerust bevestigd kan worden: ouderen met een lage SES-WOA score ervaren een veel sterker gevoel van kwetsbaarheid in het zorgproces dan ouderen met een hoge SES-WOA score. Alle acht ouderen uit het Waterkwartier en Hatert gaven aan kwetsbaarheid te ervaren, en na doorvragen gaf het merendeel aan een gevoel van overgeleverdheid, een letterlijke vertaling van *resigned*, te ervaren: *“Ja dat is het goeie woord. Je voelt je toch overgeleverd. Aan de beste bedoelingen.” (Focusgroep 1: Waterkwartier)*

Kwetsbaarheid zorgt duidelijk voor een grotere behoefte aan vertrouwen met het zorgverlenend personeel. Deze insteek stamt dan wel uit noodzaak, maar kan uiteindelijk hele positieve interpersoonlijke vertrouwensrelaties opleveren. Dit strookt met te besproken theorie over *thick trust*. Een meneer uit Hatert die recent weduwnaar is geworden vertelde hier open over:

“Als je het zelf allemaal niet voor elkaar krijgt en je hebt hulp nodig, kijk ik wist zelf niet hoe ik dat moest regelen. Dus dan voel je je zeker kwetsbaar. En als die meid uiteindelijk voor het eerst aan de deur komt, ben ik gedwongen me kwetsbaar op te stellen. Maar daar krijg je ook wel iets voor terug. Want ze komt niet alleen een klus doen, we praten overal over, ik heb er echt een vriend bij gekregen. Ik weet niet of ik daar anders open voor had gestaan.”

De ervaring wordt door de rest van de groep, en door de groep uit het Waterkwartier, unaniem gedeeld. Er wordt veel waarde gehecht aan het vriendschappelijke aspect van zorg aan huis: het gaat voor de ouderen veel verder dan bijvoorbeeld zorg in het ziekenhuis: *“Het is niet voor een paar nachtjes als je beroerd op de afdeling ligt. Dit is iemand die leer je steeds beter kennen,*

en als er tijd is voor koffie neem je die altijd.” (Focusgroep 2, Hatert) De kwetsbaarheid van de ouderen met een lagere SES-WOA score, of dit nu komt door beperkte economische keuzevrijheid of een gevoel van incompetentie om zelf zorg te regelen, pakt positief uit voor de interpersoonlijke vertrouwensrelaties.

De ouderen met een hoge SES-WOA score, in tegenstelling tot de minder vermogende en lager opgeleide groep, geven bijna allemaal aan (zeven van de acht respondenten) actief keuzes te maken over de organisaties waarvan ze zorg en hulp afnemen. Bij de andere groep waren dit slechts twee van de acht respondenten. De respondenten met een hoge SES-WOA score geven dan ook aan zich niet kwetsbaar te voelen, en snappen zelfs niet helemaal waar de vraag vandaan komt: *Ik zou niet weten waarom ik me kwetsbaar zou voelen, ik lig niet in het ziekenhuis toch? Het is geen schande als het zelf niet meer allemaal lukt hoor. Althans, zo sta ik erin. (Focusgroep 3, Nijmegen-Oost)* De vermogende ouderen kunnen zich een *thin* variant van vertrouwen veroorloven: ze voelen zich niet kwetsbaar en zijn veelal op zoek naar een dienstverband, geen nieuwe vriendschap. De groep uit Nijmegen-Oost stemt zelfs in met de uitspraak van een deftige mevrouw die sinds kort weduwe is:

“Het heeft als je het mij vraagt niets met vertrouwen te maken. Ik verwacht dat ze zich als professional gedragen, en dat het werk degelijk wordt verzet. Kijk als het goed is hang je een professionele code aan, en hoef ik je niet op de vingers te kijken. En als je werk dan tegenvalt dan ben ik teleurgesteld maar dat is het dan ook.”

De groepen uit Nijmegen-Oost en Hengstdal geven niet alleen de voorkeur aan een dunne vertrouwensband, ze geven ook aan dat de actieve keuzes die ze maken hun in steek beïnvloedt: *“Toen ik recht kreeg op WMO ben ik gaan kijken naar van die reviews van zorgorganisaties in de regio met mijn dochter. Nou daar werd ik niet gelijk vrolijk van. Maar ik heb wat toen de beste leek gekozen. En dan hoop je op het beste. Alleen in vergelijking met particuliere hulp valt de WMO dan toch wel erg tegen” (Focusgroep 4, Hengstdal).* Wat duidelijk wordt is dat actief vertrouwen wel een gevolg is van de keuzevrijheid die deze respondenten ervaren, maar niet leidt tot een positievere persoonlijke vertrouwensrelatie. Dit is in strijd met de vondsten van Ward (2017), die stelt dat actief vertrouwen, in de context van ziekenhuiszorg, sterker is. In de context van zorg aan huis blijkt juist dat de groepen die zich overgeleverd voelen ook een sterkere behoefte voelen voor een interpersoonlijke vertrouwensband, en zich hiervoor openstellen. De groepen die hun al dan niet als zodanig erkende vertrouwensrelaties actief aangaan, de ouderen uit Nijmegen-Oost en Hengstdal, zien de relatie in de eerste plaats als dienstverband en zijn daarom meer bezig met het evalueren van het geleverde werk door het zorgpersoneel.

Wantrouwen van intenties of competenties?

In het verlengde hiervan ligt een bredere conclusie die op beide groepen van toepassing is, namelijk dat uit de focusgroepen naar voren komt dat de twee groepen ouderen verschillende prioriteiten hebben als het aankomt op vertrouwen. Voor ouderen met een lage SES-WOA score blijkt intentie het belangrijkste. Er blijkt uit eerdere quotes al dat dit geldt voor het interpersoonlijk niveau van vertrouwen: thuiszorgpersoneel heeft *“de beste bedoelingen”*, en ze oefenen een *“nobel beroep”* uit. Maar de focus op intenties slaat bij deze ouderen ook sterk

op het organisationeel niveau. De prikkels die de toename van marktwerking in de zorg met zich meebrengt worden door de ouderen uit Hatert en het Waterkwartier met een zekere achterdocht beschouwd. De volgende quote geeft een beeld van hoe er hier gedacht wordt over de intenties van zorgaanbieders, en laat zien dat de toenemende afstand tussen macro en mesoniveau wantrouwen kan veroorzaken:

“Volgens mij, toen ik in de thuiszorg werkte, werk je voor de gemeente. Maar nu is het allemaal particuliere dingetjes, aanbieders, en volgens mij is geld verdienen bij hun het hoogste vaandel. En ik heb ook het gevoel dat ze het niet eerlijk doen. Ook in die coronatijd. Mensen die niet langskomen omdat mijn man kwetsbaar was, ik bel ze op dat ik dat niet wil, oké hoeft u zich niet druk over te maken, we krijgen toch doorbetaald. Nou ja, maak je eigen dan maar druk.”
(Focusgroep 1, Waterkwartier)

In beide gesprekken met ouderen met een lage SES-WOA score ontstaat verontwaardiging over de hoeveelheid zorgaanbieders die er tegenwoordig zijn, en de intenties die hier achter zouden zitten. Een andere mevrouw uit het Waterkwartier zegt hierover het volgende: *“Er zijn te weinig hulpen en thuiszorgers. Die doen al het werk. En vervolgens krijgen ze te weinig betaald, een loon waar je tegenwoordig niet van kunt leven. En toch komen er allemaal nieuwe organisaties bij. Dan denk ik: er is toch iets aan te verdienen. Maar waarom komt dat dan niet terecht bij de mensen die het werk doen?”* Er wordt aan tafel mee ingestemd: *“Nou, ik weet inderdaad niet of ik die organisaties kan vertrouwen hoor. Eigenlijk niet. Wat dat betreft ben ik een beetje, ja, ik vind het allemaal van die rare systemen. Ik weet niet wat er allemaal aan de hand is met die organisaties. Er wordt van alles gebouwd, grote panden, hetzelfde als met de fysiotherapie, en ik denk waar komt het allemaal vandaan?”*

Ook in Hatert leeft dit wantrouwen tegenover de organisaties, dat stamt uit twijfels over de intenties: *“Het kan niet ineens zo zijn dat al die organisaties het uit de goedheid van hun hart doen. Er zijn wel meer ouderen nu, maar niet tien keer zo veel, snap je. Dus dat je dat ziet, al die bedrijven die er nu aan beginnen, dan wordt er door hun gewoon goed geld verdiend.”* De twijfels worden door de rest gedeeld: *“Ja want Jan en alleman kan er een beginnen hè. Dus uiteindelijk weet je niet met wie je in zee gaat. Dat weet de gemeente niet eens. Die hebben tekorten, dus die zeggen ook overal ja tegen. Het is eigenlijk heel erg.”* Het gebrek aan controle dat de lokale overheid volgens deze respondenten op de uitvoerende zorgorganisaties heeft ondermijnt hun vertrouwen op institutioneel niveau. Wat uit dit wantrouwen blijkt is dat de marktwerking in de zorg voor de groepen uit Hatert en het Waterkwartier een drijfveer is om de intenties van zorgaanbieders in twijfel te trekken. Op deze manier voedt de marktwerking niet alleen ongelijke toegang tot de zorg zoals besproken in de literatuurbespreking, maar ook de redenen die ouderen hebben om de thuiszorg op organisationeel en institutioneel niveau te wantrouwen. De enige reden het organisationeel vertrouwen uiteindelijk niet zo laag uit de focusgroepen komt als het institutioneel niveau zijn de positieve ervaringen van een paar ouderen. Drie van de acht ouderen ervaren voor al lange tijd een zeer prettige zorgsituatie met een organisatie die ze vertrouwen, en houden er daarom een uiteindelijk een positief of neutraal oordeel op na. Wel betuigen ze steun aan de zojuist benoemde zorgen van de andere ouderen aan tafel.

De ouderen met een hoge SES-WOA score geven, zoals ook al uit eerdere quotes is gebleken, de hoogste prioriteit aan competentie in plaats van intenties. Omdat ze in staat gesteld zijn zich minder als burger en meer als klant binnen de marktlogica van de geprivatiseerde zorg te gedragen, zien ze de zorg die ze inkopen ook meer als een product dan een principekwestie. De eerste reactie die komt op de vraag of ze zorgpersoneel vertrouwen is dat het weinig tot niets met vertrouwen te maken heeft, en alles met of ze hun werk goed doen. Hetzelfde geldt voor de organisaties: het eerdergenoemde mismanagement is het probleem, er wordt geen aandacht besteed aan de slechte intenties die zorgaanbieders zouden hebben. Dit geeft extra informatie bij de ketenen van vertrouwen die in paragraaf 4.2 zijn gevisualiseerd. Op organisationeel niveau geven beide groepen aan weinig vertrouwen te hebben, maar nu blijkt dat de ene groep vooral let op intenties, en de ander op competenties wordt duidelijk dat er andere wegen naar vertrouwen zijn bewandeld.

5. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt de hoofdvraag van deze scriptie zo helder mogelijk beantwoord met behulp van een antwoord op elk van de deelvragen zoals behandeld in de analyse. Hierna wordt gereflecteerd op tegenstrijdigheden en overeenkomsten met gebruikte theorie, en op de maatschappelijke en wetenschappelijke implicaties van de resultaten van dit onderzoek. Tot slot worden aanbevelingen voor vervolgonderzoek gedaan.

5.1 Een antwoord op de centrale vragen

Dit onderzoek bestudeerde voor het eerst vertrouwen in ouderenzorg op meerdere verticale niveaus bij groepen met een uiteenlopende sociaaleconomische achtergrond. Deze invalshoek heeft tot nieuwe inzichten geleid: het vertrouwen van ouderen in de zorg aan huis, en hun positie binnen de verzorgingsstaat, is minder homogeen gebleken dan eerder kwantitatief onderzoek doet vermoeden. Marktwerking in het huidige stelsel van ouderenzorg leidt tot groeiende kwetsbaarheid en ongelijkheid in kwetsbaarheid, en daarmee ongelijkheid in vertrouwen. De hoofdvraag van dit onderzoek luidde: *Zijn er verschillen in de vorm en mate van vertrouwen die Nijmeegse ouderen met hoge en lage SES-WOA scores hebben in de ouderenzorg aan huis, en welke mechanismen in de context van marktwerking kunnen eventuele verschillen verklaren?* Uit het vorige hoofdstuk is gebleken dat er sterke tegenstellingen bestaan wat betreft de vorm en mate van vertrouwen die de twee groepen ouderen ervaren. Om deze bevindingen helder te formuleren en op de verklarende mechanismen in te gaan is het nodig terug te keren naar de deelvragen.

De eerste deelvraag, *Welke ervaringen hebben ouderen met hoge en lage SES-WOA scores met ouderenzorg aan huis, en welke eventuele verschillen bestaan er tussen de groepen*, leidde tot inzichten in de positie van de respondenten binnen de verzorgingsstaat. Waar de ouderen met een lage SES-WOA score zich vaak overgeleverd voelen en aangeven zich geen raad te weten met de keuzevrijheid die ze voorgeschoteld krijgen, maken de ouderen met een hoge SES-WOA score veel gebruik van particuliere opties en kiezen ze zelf hun zorg. De minder vermogende ouderen positioneren zich uit noodzaak nog als burger die afhankelijk is van een publieke dienst, terwijl de rijkere ouderen het zich kunnen veroorloven om zich als consument te gedragen in het hervormde systeem dat ruimte biedt voor deze consumer-logic. De overheid is bij respondenten met een hoge SES-WOA score hierom als actor niet op de voorgrond.

Deze verschillen in positionaliteit hebben vergaande effecten op het vertrouwen dat de twee groepen ouderen aangeven te hebben in de drie niveaus van de zorg aan huis. Het antwoord op deelvraag twee, *In hoeverre vertrouwen beide groepen de ouderenzorg aan huis op institutioneel, organisationeel en interpersoonlijk niveau, en welke eventuele verschillen bestaan er tussen de groepen*, laat zien dat de groep met een lage SES-WOA score institutioneel wantrouwen koestert maar sterke vertrouwensbanden aangaat met zorgpersoneel, terwijl de groep met een hoge SES-WOA score laag interpersoonlijk vertrouwen heeft, maar neutraal tegenover de rol van de overheid staat. Het wantrouwen op institutioneel niveau van respondenten met een lage SES-WOA score niet slaat niet over op het interpersoonlijke vertrouwen, maar zorgt juist voor een gevoel van saamhorigheid met het zorgpersoneel, wiens kant wordt gekozen. Respondenten met een hoge SES-WOA score, ondanks hun grotere

competentie om hun eigen zorg te organiseren en betalen, geven aan weinig vertrouwen te hebben in zorg/hulporganisaties en hun personeel. Institutioneel vertrouwen blijft bij deze groep, ondanks dit lage vertrouwen op andere niveaus, verrassend buiten schot. Het lijkt erop dat hun zelfredzaamheid in de context van marktwerking ervoor zorgt dat ze de verantwoordelijkheid voor goede zorg en hulpverlening niet langer bij de overheid zien liggen. De groep is vanuit de eerdergenoemde consumer-logic in staat om zichzelf buiten het publieke aspect van de publieke zorgverlening te plaatsen.

Het is dan ook niet vreemd dat de vorm van vertrouwen, net als de mate, tussen de groepen sterk verschillend is gebleken. De laatste deelvraag luidde *In welke vormen uit vertrouwen zich bij beide groepen, en welke mechanismen in de context van marktwerking kunnen eventuele verschillen verklaren?* Uit de groeps gesprekken blijkt dat er zeker een gevoel bestaat van overgeleverd vertrouwen bij ouderen met een lage SES-WOA score, terwijl de ouderen met een hoge SES-WOA score beamen actief bepaalde banden aan te gaan. Het overgeleverd vertrouwen is persoonlijker, en de drang naar een persoonlijke band is groter bij ouderen die zich aangaven kwetsbaarder te voelen door een gebrek aan andere mogelijkheden, zij het door gebrek aan middelen of door moeite met het navigeren van zorgopties. Het actief vertrouwen is zakelijker, en de vermogende ouderen focussen zich meer op de competenties van het personeel en de organisaties waarmee ze in zee gaan. Dit strookt met de eerdergenoemde consumer-logic die zij zich wel kunnen veroorloven.

5.2 Reflectie: theorie, relevantie en methode

De wetenschappelijke implicaties van deze conclusies zijn net als de vondsten uiteenlopend, en zijn nuancerend van aard. Het merendeel van de in het theoretisch kader besproken theorieën is relevant gebleken, maar niet allemaal op de manier waarop ze oorspronkelijk verwacht werden relevant te zijn. De onderlinge beïnvloeding van niveaus van vertrouwen (Calnan & Brown, 2016; Doblyté, 2022) gedroegen zich bij de twee groepen anders dan eerdere empirie deed verwachten. In figuur 2 is gevisualiseerd dat negatieve ervaringen op persoonlijk niveau verwacht werden de andere niveaus van vertrouwen negatief te beïnvloeden, en dat institutioneel en organisationeel wantrouwen interpersoonlijk vertrouwen zou bemoeilijken. De vondsten uit focusgroep gesprekken laten een andere trend zien, zoals gevisualiseerd in figuur 7. Dergelijke assumpties (Calnan & Brown, 2016; Luhmann, 1988) dienen in de toekomst rekening te houden met de heterogeniteit van de oudere bevolking.

Ook verrassend was de tegenstelling van de vondsten van dit onderzoek met de theorie van Ward (2016) over *active & resigned trust*. Zijn aanname dat verschillen in actief gebruik van keuzemogelijkheden bij het regelen van zorg zorgen voor verschillen in kwetsbaarheid is plausibel gebleken (Ward, 2016). Echter, waar Ward stelde dat actief vertrouwen sterker was, bleek uit de focusgroepen met Nijmeegse ouderen een tegenovergesteld verband, waarbij overgeleverd vertrouwen een positief effect had op interpersoonlijke vertrouwensrelaties. Hier blijkt een duidelijk verschil tussen ouderenzorg aan huis en ziekenhuiszorg, waarop het onderzoek van Ward gericht was. Ook *social distance* (Kremer, 2023), dat vooralsnog voornamelijk in de context van superdiversiteit wordt gebruikt als verzamelnaam voor culture barrières, was in deze context van klasse-ongelijkheid een belangrijke verklarende factor. Wat bleek is dat sociale overeenstemming kan leiden tot saamhorigheid, hetgeen de positionaliteit van minder vermogende ouderen ten aanzien van de professionele zorg op interpersoonlijk

niveau ten goede kwam.

De maatschappelijke implicaties van deze conclusies zijn verrijkend. Alhoewel een kwalitatief onderzoek als dit niet het doel heeft om generaliseerbaar te zijn naar alle ouderen van Nederland met een bepaalde sociaaleconomische status, geven de resultaten wel aan dat er een groeiende ongelijkheid in kwetsbaarheid bestaat onder ouderen. Deze ongelijkheid in kwetsbaarheid zorgt voor sterke verschillen in vertrouwen op verschillende niveaus, in vorm en mate. Het feit dat de groep ouderen die het meest afhankelijk is van de zorg aan huis als publieke voorziening geen vertrouwen heeft in het stelsel is zeer zorgwekkend, al helemaal in een tijd waarin de overheid thuis wonen onder ouderen wil stimuleren. De minder vermogende ouderen zijn niet in staat om mee te gaan in de beweging van burger-mentaliteit naar klant-mentaliteit en verliezen daarom raakvlak met de partijen die de zorg regelen. De ouderen met meer geld en een hoger opleidingsniveau kunnen zich wel als consument navigeren, maar plaatsen zichzelf hiermee los van het stelsel. Er ontstaat een mate van vertrouwensapathie tegenover het Nederlandse zorgstelsel omdat ze er niet langer van afhankelijk zijn. Voor de andere niveaus van vertrouwen in de publieke zorg heeft het particuliere alternatief echter ook geen positieve gevolgen: het vertrouwen op micro- en mesoniveau van de ouderen met een hoge SES-WOA score is alsnog laag. Hierdoor kunnen ze verwacht worden zich in de toekomst alleen verder te distantiëren van de publieke zorg, totdat de vermogende populatie voor zichzelf de waarde van universele thuiszorg niet meer inziet. Dit zou de solidariteit waarop ons zorgstelsel rust ondermijnen.

Deze terugblik op de wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie van dit onderzoek geeft aan dat er binnen de vertrouwensliteratuur nog onvoldoende aandacht is voor de gevolgen van sociaaleconomische ongelijkheid in relatie tot de verschillende niveaus van vertrouwen. Deze indruk wordt verder versterkt wanneer de data van de focusgroepgesprekken laat zien dat de toenemende marktwerking in de zorg een groot effect heeft op de verschillen in vertrouwen tussen de onderzoekspopulaties. De positie van oudere burgers binnen de verzorgingsstaat is in de context van een systeem met vergaande marktwerking onlosmakelijk verbonden met de SES-WOA score van deze ouderen. Ook maatschappelijke vraagstukken over vertrouwen in de overheid kunnen niet beantwoord worden zonder deze ongelijkheden een plaats te geven. Het heeft weinig zin om Nederlandse ouderen in toekomstig onderzoek naar vertrouwen als homogene groep te behandelen, aangezien de belevenis van de publieke dienst binnen deze groep volledig kan verschillen. Dit is de voornaamste bijdrage van dit onderzoek aan het bestuurskundige vakgebied en de agenda van de vertrouwensliteratuur.

De geraadpleegde theorie uit het Theoretisch Kader is behulpzaam geweest om tot deze conclusies te komen. Hoewel het eerst nodig was om de vertrouwensliteratuur om te vormen naar een bruikbare 'state of the art' rondom Gilberts (2021) definitie, bleken de theorieën zeer bruikbaar als basis voor een topic-list. Ook hielpen de sensitizing concepts die uit de literatuur zijn afgeleid om gestructureerd te werk te gaan in het coderen van de data waar in eerste instantie ervaringen, meningen en impliciete resultaten door elkaar heen staan. De keuze om met focusgroepen te werk te gaan heeft zeer positief uitgekapt: de data is er veel rijker door geworden dan het was geweest als er gebruik was gemaakt van interviews. Interviews hadden wel meer informatie kunnen geven over de gevolgen van persoonlijke financiële situaties of het al dan niet gebruiken van keuzevrijheid voor de ervaringen met ouderenzorg. Focusgroepen blinken echter uit in het zichtbaar maken van groepsdynamiek: iets wat een sleutelrol speelt in

de manier waarop de ouderen zich positioneren binnen de verzorgingsstaat. Veel van de opvallende data ontstond door reacties van ouderen op elkaar. Hier komt nog bij dat focusgroepen überhaupt een verrijkende functie hebben als het gaat om ervaringen: de ouderen trokken zichzelf op aan de ervaringen van anderen om hun eigen verhaal te doen, en worden aan aspecten van hun belevenis herinnerd die ze in een één op één gesprek waarschijnlijk zouden zijn vergeten.

5.3 Afsluiting en aanbevelingen voor vervolgonderzoek

De vernieuwende aanpak van dit onderzoek komt voort uit een invalshoek waarbij rekening gehouden wordt met het bestaan van vertrouwen in verschillende niveaus en verschillende vormen, en de rol die positionaliteit speelt in het verklaren van de verschillen in vertrouwen tussen sociaaleconomisch afwijkende groepen. Omdat deze invalshoek zeer bruikbaar is gebleken voor een vergelijkende analyse, is er voldoende aanleiding voor vervolgonderzoek.

De meest voor de hand liggende vervolgstap is om dit onderzoek ook uit te voeren in andere gemeenten van Nederland, wederom met groepen met uiteenlopende SES-WOA scores. De oudere populatie van Nederland is namelijk nog stukken heterogener dan de groepen die in dit onderzoek aan bod kwamen. Hier komt bij dat een andere gemeente ook anders kan functioneren. Aangezien de hervormingen in de langdurige zorg niet alleen marktwerking maar ook verdere lokalisering introduceerden kan men ervan uitgaan dat dit er niet overal hetzelfde aan toegaat. Het is dan ook goed mogelijk dat de resultaten van dit onderzoek gekleurd zijn door de manier waarop de gemeente Nijmegen ouderenzorg organiseert. Ook kunnen de resultaten gestuurd zijn door politieke kleur, Nijmegen is immers traditioneel een naar links leunende gemeente. De problemen met marktwerking in de zorg worden misschien minder sterk ervaren in groepen uit een rechtsere gemeente. Ook geldt voor vervolgonderzoek op grotere schaal dat er een steekproef kan worden genomen die ouderen met een modaal huishoudinkomen en meer gemiddeld opleidingsniveau meeneemt. Binnen de beperkte schaal van deze masterscriptie had het meenemen van dergelijke groepen afgedaan aan het punt dat dit onderzoek probeert te maken wat betreft de heterogeniteit van Nederlandse ouderen als bevolkingsgroep. Dit betekent niet dat ouderen met een minder afwijkende SES-WOA score in vervolgonderzoek niet aan het woord moeten komen.

Verder vervolgonderzoek zou zich ook aan de ene kant kunnen richten op ouderen die juist wel betrokken zijn bij dagbesteding, of aan de andere kant op ouderen die veel minder deel uitmaken van een gemeenschap, of zelfs geïsoleerd of eenzaam zijn. De selectie van ouderen bij ontmoetgroepen was binnen dit onderzoek de meest haalbare middenweg, maar heeft wel impliciete gevolgen voor de leefwereld van de respondenten. Niet alle ouderen zijn nog zo relatief zelfstandig als de respondenten van dit onderzoek, en degene die dit niet zijn gaan er niet allemaal hetzelfde mee om. Willen we er echt achter komen wat de mogelijke antwoorden zijn op het bestuurlijke vertrouwensvraagstuk in de ouderenzorg, dan is het in ieder geval zaak dat dit vertrouwen niet als homogeen getal wordt opgevraagd. Vergaand onderzoek naar hoe de oudere bevolking zorg aan huis ervaart is op nog veel meer manieren nodig. Eén ding is wel zeker: zolang vertrouwen geen gelijk speelveld, maar een hellend vlak is, is de vertrouwenscrisis in Nederland gecompliceerder dan gedacht.

6. Bibliografie

6.1 Literatuurlijst

- Alasuutari, P., Bickman, L., & Brannen, J. (2008). *The SAGE Handbook of Social Research Methods*. Sage.
- Alcoff, L. M. (1988). Cultural Feminism versus Post-Structuralism: The Identity Crisis in Feminist Theory. *Signs*, 13(3), 405–436. <https://doi.org/10.1086/494426>.
- Amagir, A., Kremer, M., van Kempen, H., Michon, L., & Arts, J. (2023). Overheid bedoelt het goed, maar kan het niet. *Tijdschrift voor Sociale Vraagstukken*, Mei 2023(1), 28-30. <https://www.socialevraagstukken.nl/overheid-bedoelt-het-goed-maar-kan-het-niet/>.
- Bachmann, R., Gillespie, N., & Priem, R. (2015). Repairing trust in organizations and institutions: Toward a conceptual framework. *Organization Studies*, 36, 1123–1142.
- Bowen, G. A. (2006). Grounded theory and sensitizing concepts. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(3), 12–23. <https://doi.org/10.1177/160940690600500304>.
- Bradby, H., Humphris, R., & Padilla, B. (2020). Universalism, diversity and norms: Gratitude, healthcare and welfare chauvinism. *Critical Public Health*, 30(2), 166–178. <https://doi.org/10.1080/09581596.2018.1522420>.
- Bradshaw, S. A., Playford, E. D., & Riazi, A. (2012). Living well in care homes: A systematic review of qualitative studies. *Age and Ageing*, 41, 429–440.
- Brennan, D., Cass, B., Himmelweit, S., & Szebehely, M. (2012). The marketisation of care: Rationales and consequences in Nordic and liberal care regimes. *Journal of European Social Policy*, 22(4), 377–391. <https://doi.org/10.1177/0958928712449772>.
- Bromme, R., Mede, N. G., Thomm, E., Kremer, B., & Ziegler, R. (2022). An anchor in troubled times: Trust in science before and within the COVID-19 pandemic. *PLOS ONE*, 17(2), e0262823. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262823>.
- Brown, P. R., & Calnan, M. W. (2016). Chains of (dis)trust: Exploring the underpinnings of knowledge-sharing and quality care across mental health services. *Sociology of Health & Illness*, 38(2), 286-305.
- Bryant, A., & Charmaz, K. (2019). *The SAGE Handbook of Current Developments in Grounded Theory*. SAGE Publications Ltd eBooks. <https://doi.org/10.4135/9781526436061>.
- Calnan, M., & Rowe, R. (2006). Researching trust relations in health care: Conceptual and methodological challenges—an introduction. *Journal of Health Organization and Management*.
- Davis, K. D. (1991). Inequality and Access to Health Care. *Milbank Quarterly*, 69(2), 253. <https://doi.org/10.2307/3350204>.

Doblytė, S. (2022). The vicious cycle of distrust: Access, quality, and efficiency within a post-communist mental health system. *Social Science & Medicine*, 292, 114573. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114573>.

Edlund, J. (2006). Trust in the capability of the welfare state and general welfare state support: Sweden 1997-2002. *Acta Sociol*, 49, 395–417. <https://doi.org/10.1177/0001699306071681>.

Feldmann, C. Titia, Jozien M. Bensing, Arie De Ruijter, and Hennie R. Boeije. (2007). Afghan refugees and their general practitioners in The Netherlands: To trust or not to trust? *Sociology of Health & Illness*, 29(4), 515-535.

García-Gómez, P., Hernández-Quevedo, C., Jiménez-Rubio, D., & Oliva, J. (2015). Inequity in long-term care use and unmet need: Two sides of the same coin. *Journal of Health Economics*, 39, 147–158. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2014.11.004>.

Gilbert, A. S. (2021). Conceptualizing trust in aged care. *Ageing & Society*, 41(10), 2356-2374.

Glimmerveen, L. (2015). Pursuing community ownership in local service design and delivery: Challenging the boundaries of professional long-term care? *International Journal of Integrated Care*, 15(5). <https://doi.org/10.5334/ijic.2072>

Habibov, N., Cheung, A., & Auchynnika, A. (2018). Does Institutional Trust Increase Willingness to Pay More Taxes to Support the Welfare State? *Sociological Spectrum*, 38(1), 51–68. <https://doi.org/10.1080/02732173.2017.1409146>

Hall, M. A., Dugan, E., Zheng, B., & Mishra, A. K. (2003). Trust in physicians and medical institutions: What is it, can it be measured, and does it matter? *Milbank Quarterly*, 79, 613–639.

Ilinca, S., Rodrigues, R. R., & Schmidt, A. B. (2017). Fairness and Eligibility to Long-Term Care: An Analysis of the Factors Driving Inequality and Inequity in the Use of Home Care for Older Europeans. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(10), 1224. <https://doi.org/10.3390/ijerph14101224>.

Johar, M., Soewondo, P., Pujisubekti, R., Satrio, H. K., & Adji, A. (2018). Inequality in access to health care, health insurance and the role of supply factors. *Social Science & Medicine*, 213, 134–145. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.044>.

Kaambwa, B., Chen, G., Khadka, J., Milte, R., Mpundu-Kaambwa, C., Woods, T., & Ratcliffe, J. (2021). A preference for quality: Australian general public's willingness to pay for home and residential aged care. *Social Science & Medicine*, 289, 114425. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114425>.

Kjær, A. A. (2019). Choice and vulnerability in aging societies: Understanding the impact of age on user capacity. *Public Administration*, 97(3), 639–653. <https://doi.org/10.1111/padm.12584>.

Kremer, M. (2023). Bridging social distances in home care in super-diverse settings: A study of workers, clients and care organizations in the Netherlands. *International Journal of Care and Caring*, 7(3), 391–407. <https://doi.org/10.1332/239788221x16686165114021>.

Kremer, M. (2006). The politics of ideals of care: Danish and Flemish child care policy compared. *Social Politics*, 13(2), 261-285.

Kristensen, N., Andersen, L. B., & Pedersen, L. J. (2012). Public Service Efficacy. *International Journal of Public Administration*, 35(14), 947–958. <https://doi.org/10.1080/01900692.2012.693771>.

Lehnert, T., Günther, O., Hajek, A., Riedel-Heller, S., & König, H. (2018). Preferences for home- and community-based long-term care services in Germany: A discrete choice experiment. *European Journal of Health Economics*, 19(9), 1213–1223. <https://doi.org/10.1007/s10198-018-0968-0>.

Legido-Quigley, H., McKee, M., & Green, J. (2014). Trust in health care encounters and systems: A case study of British pensioners living in Spain. *Sociology of Health & Illness*, 36(8), 1243-1258.

Lillrank, P. (2018). *The Logics of Healthcare: The Professional's Guide to Health Systems Science*. Taylor & Francis.

Luhmann, N., & Gambetta, D. (1988). Trust: Making and breaking cooperative relations. *Familiarity, confidence, trust: Problems and alternatives*. New York: Basil Blackwell, 94-107.

Maarse, H., & Jeurissen, P. (2019). Low institutional trust in health insurers in Dutch health care. *Health Policy*, 123(3), 288–292. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.12.008>.

Maarse, H., Jeurissen, P., & Ruwaard, D. (2015). Results of the market-oriented Reform in the Netherlands: A review. *Health Economics, Policy and Law*, 11(2), 161–178. <https://doi.org/10.1017/s1744133115000353>.

Mechanic, D., & Meyer, S. (2000). Concepts of trust among patients with serious illness. *Social Science & Medicine*, 51(5), 657-668.

Morgan, D. L., & Morgan, D. (1997). *Focus Groups as Qualitative Research*. Sage.

Moscelli, G., Siciliani, L., Gutacker, N., & Cookson, R. (2017). Socioeconomic inequality of access to healthcare: Does choice explain the gradient? *Journal of Health Economics*, 57, 290–314. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.06.005>.

Næss, A. (2018). Trust, Cultural Health Capital, and Immigrants' Health Care Integration in Norway. *Sociology*, 53(2), 297-313.

Nieboer, A. P., Koolman, X., & Stolk, E. A. (2010). Preferences for long-term care services: Willingness to pay estimates derived from a discrete choice experiment. *Social Science & Medicine*, 70(9), 1317–1325. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.027>.

- Powell, R. A., & Single, H. M. (1996). Methodology Matters-V: Focus Groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(5), 499–504.
- Robinson, S. A., Bhuachalla, B. N., Mhaille, B. N., Cotter, P. D., O'Connor, M. B., & O'Keeffe, S. T. (2015). Home, please: A conjoint analysis of patient preferences after a bad hip fracture. *Geriatrics & Gerontology International*, 15(10), 1165–1170. <https://doi.org/10.1111/ggi.12415>.
- Rousseau, D. M., Sitkin, S. B., Burt, R. S., & Camerer, C. (1998). Not so different after all: A cross-discipline view of trust. *Academy of Management Review*, 23, 393–404.
- Schout, G., De Jong, G., & Zeelen, J. (2010). Establishing contact and gaining trust: An exploratory study of care avoidance. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), 324–333.
- Szebehely, M., & Trydegård, G. (2012). Home care for older people in Sweden: A universal model in transition. *Health & Social Care in The Community*, 20(3), 300–309. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01046.x>.
- Thiede, M. (2005). Information and access to health care: Is there a role for trust? *Social Science & Medicine*, 61(7), 1452–1462.
- Thornberg, R., & Charmaz, K. (2014). Grounded theory and theoretical coding. In *SAGE Publications, Inc. eBooks* (pp. 153–169). <https://doi.org/10.4135/9781446282243.n11>.
- Timmermans, S., & Tavory, I. (2012). Theory construction in qualitative research. *Sociological Theory*, 30(3), 167–186. <https://doi.org/10.1177/0735275112457914>.
- Vamstad, J. (2016). Exit, voice and indifference – older people as consumers of Swedish home care services. *Ageing and Society*, 36(10), 2163–2181.
- Ward, P. R. (2019). Trust: What is it and why do we need it? In M. H. Jacobsen (Ed.), *Emotions, Everyday Life and Sociology* (pp. 13–26). London: Routledge.
- Ward, P. (2017). Improving Access to, Use of, and Outcomes from Public Health Programs: The Importance of Building and Maintaining Trust with Patients/Clients. *Frontiers in Public Health*, 5.
- Williams, M., & Moser, T. (2019). The art of coding and thematic exploration in qualitative research. *International Management Review*, 15(1), 45.

6.2 Overig Bronmateriaal

- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2022). *Statusscore per wijk en buurt o.b.v. welvaart, opleidingsniveau en arbeid*.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2023). *Vertrouwen in mensen en in organisaties; persoonskenmerken*.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2023). *Minste vertrouwen in Tweede Kamer in 10 jaar tijd.*

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2022). *Bouwen aan vertrouwen: hoogleraren benoemen pijnpunten en geven visie.*

Centraal Planbureau. (2019). *Middellangetermijn-verkenning zorg 2022-2025.*

Centrum Arbeidsverhoudingen Overheidspersoneel. (2022). *Bouwen aan vertrouwen: hoogleraren benoemen pijnpunten en geven visie.*

Erasmus Universiteit Rotterdam. (2021). *De laag-vertrouwen samenleving: de maatschappelijke impact van COVID-19 in Amsterdam, Den Haag, Rotterdam & Nederland. Vijfde meting.*

Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg. (2022). *Barometer Vertrouwen in de Gezondheidszorg.*

Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg. (2022). *Vertrouwen van burgers in zorgprofessionals is groot, net als in vorige jaren.*

Sociaal Cultureel Planbureau. (2019). *Zorgen voor thuiswonende ouderen: Kennissynthese over de zorg voor zelfstandig wonende 75-plussers, knelpunten en toekomstige ontwikkelingen.*

Sociaal Cultureel Planbureau. (2011). *Kwetsbare ouderen.*

Sociaal Cultureel Planbureau. (2022). *Kwetsbare ouderen in de praktijk.*

Universiteit Utrecht. (2022). *Gefundeerd politiek vertrouwen? Onderzoek naar de relatie tussen overheidsprestaties en het vertrouwen in politieke instituties.*

7. Bijlage

7.1 Bijlage 1: Topic-list

Algemene Topic-list van het onderzoeksproject Vertrouwde Zorg: vragen toegespitst op masterscriptie ‘Vertrouwde Zorg: gelijk speelveld of hellend vlak?’.

Uitleg onderzoek	<p>Dit is een onderzoek naar de ervaringen met en meningen over zorg en ondersteuning thuis onder ouderen uit verschillende delen van Nijmegen.</p> <p>Voorbeelden van zorg en ondersteuning zijn thuiszorg en huishoudelijke hulp. Ook kunt u denken aan mensen die u hierbij begeleiden, zoals ouderenadviseurs van de gemeente en praktijkondersteuners.</p> <p>Deze hulp kan bijvoorbeeld worden geleverd door een organisatie zoals Cordaan, Buurtzorg of Sterk. De zorg kan ook worden geleverd door een zzp'er. Het kan particulier zijn of betaald worden door de gemeente of zorgverzekeraar.</p>
Uitleg interview	<p>Er zijn geen goede of foute antwoorden, we zijn benieuwd naar jullie ervaringen. Als u een vraag lastig vindt, geef het dan gerust aan.</p>
Uitleg vrijwillige deelname	<p>U mag op elk moment stoppen en u mag ook achteraf laten weten dat u toch liever niet meedoet. Raadpleeg hiervoor de contactgegevens in de informatiebrief.</p>
Uitleg anonimiteit en beveiligde dataopslag	<p>We gaan wel citaten gebruiken, maar niet met uw naam erbij. Ook publiceren we geen informatie die naar u te herleiden is. Alleen de betrokken onderzoekers hebben toegang tot het interview en het verslag ervan. We delen het verder met niemand.</p>
Audio-opname	<p>We nemen het graag op omdat we anders hard moeten meeschrijven. We gebruiken de opname alleen om een anoniem transcript te maken van het groepsgesprek. Als het project is afgerond, verwijderen we de opname.</p>
Regels	<p>Als gespreksleiders bewaken wij de tijd en zorgen we ervoor dat iedereen aan de beurt komt. Wij vragen u om niet door elkaar te praten en met respect naar elkaar te luisteren. Verder vragen we u om de informatie strikt vertrouwelijk te behandelen. Alle ervaringen, meningen en ideeën zijn even belangrijk en jullie hoeven het bovendien niet met elkaar eens te zijn.</p>

ERVARINGEN MET ZORG EN ONDERSTEUNING	
1. Wat zijn uw ervaringen met organisaties die zorg en ondersteuning bieden aan ouderen die thuis wonen?	
<i>Denk aan thuiszorg, huishoudelijke hulp, ouderen adviseur, zorg supporter, praktijkondersteuner</i>	
Heeft u zelf ervaring met deze instanties? Hebben mensen in uw omgeving ervaringen met deze instanties?	
Welke ervaringen hebben invloed op uw mening over deze instanties?	
2. Zijn er organisaties die u liever niet om hulp vraagt als het gaat om zorg en ondersteuning thuis?	Welke niet?
Waarom, kunt u dat toelichten?	
Heeft u eerdere ervaringen gehad met deze organisaties? Of de mensen om u heen/de media?	
3. Zijn er organisaties die u met gerust hart wel om hulp vraagt?	Welke wel?
Waarom, kunt u dat toelichten?	
Hoe maakt u deze keuzes? Zelfstandig of met hulp?	
4. Heeft u het gevoel dat u zelf uw zorg kunt kiezen?	
Waarom wel/niet?	
Wat weegt u bij deze keuze af? (<i>Misschien natuurlijke brug met vertrouwen</i>)	

BELANG VAN VERTROUWEN	
5. In onze studie gaan we ervan uit dat er een bepaalde mate van vertrouwen nodig is om thuiszorg en de huishoudelijke hulp te ontvangen, bent u hiermee eens?	
Waarom vindt u het wel of niet belangrijk? Kunt u voorbeelden geven?	

VERTROUWENSRELATIES: ORGANISATIONEEL EN INTERPERSOONLIJK	
6. Denkt u dat u zorgorganisaties over het algemeen kan vertrouwen?	

<p>Waarom wel of niet?</p> <p>Wat kunt een zorgorganisatie doen om uw vertrouwen te winnen?</p> <p>Wat kan er gebeuren zodat u het vertrouwen verliest?</p> <p><i>Denk aan intake, communicatie, respons op klachten, continuïteit, afspraken nakomen.</i></p>	
<p>7. Denkt u dat u medewerkers van de thuiszorg of huishoudelijke hulp over het algemeen kan vertrouwen?</p>	
<p>Waarom wel of niet?</p> <p>Hoe kan een zorgmedewerker uw vertrouwen winnen?</p> <p>Wat kan er gebeuren zodat u het vertrouwen verliest?</p>	

<p>INSTITUTIONEEL VERTROUWEN: POSITIE IN DE VERZORGINGSSTAAT</p>	
<p>8. We willen u tot slot een aantal stellingen voorleggen: kunt u ons vertellen waarom u het met deze stellingen eens of oneens bent?</p>	
<p>Stelling 1: de zorg heeft goede bedoelingen met mensen zoals ik</p>	
<p>Stelling 2: de zorg luistert naar mensen zoals ik</p>	
<p>Stelling 3: de zorg kan mensen zoals ik goed helpen</p>	
<p>Stelling 4: ik maak zelf bewuste keuzes over de zorg die ik gebruik</p>	
<p><i>Bij elke stelling doorvragen naar ervaringen en voorbeelden – ook van mensen in omgeving.</i></p>	

7.2 Bijlage 2: enquête

Wat is uw geslacht?

Man

Vrouw

Anders

Wat is uw leeftijd?

Wat is uw land van herkomst?

Nederland

Een ander land: _____

Omcirkel de situatie die voor u van toepassing is:

Getrouwd

Samenwonend

Gescheiden

Uit elkaar

Weduwe/weduwnaar

Nooit getrouwd

Wat is uw hoogst behaalde opleidingsniveau?

Lager dan middelbareschooldiploma

Middelbareschooldiploma of vergelijkbaar

HBO of universiteit maar geen diploma

Bachelor diploma

Master diploma

Kandidaats/PhD

Wat is uw bruto huishoudinkomen per maand?

0 - 500 euro

500 - 1000 euro

1000 - 2000 euro
2000 - 3000 euro
3000 - 4000 euro
4000 - 5000 euro
5000 - 7500 euro
7500 - 10.000 euro
>10.000 euro

Wat is de situatie van uw huisvesting:

Huurwoning (sociaal)
Huurwoning (particulier)
Koopwoning (Hypothec)
Koopwoning (Eigendom)
Woonzorg complex, serviceflat of aanleunwoning

Maakt u gebruik van een vorm van thuiszorg?

Ja
Nee

Maakt u gebruik van een vorm van huishoudelijke hulp?

Ja
Nee

Gaat u naar een dagbesteding?

Ja
Nee

Verleent u mantelzorg?

Ja
Nee

Zo ja, voor wie zorgt u:

Een partner

Een kind

Een vriend/kennis

Iemand uit de buurt

Anders, namelijk: _____

Ontvangt u mantelzorg?

Ja

Nee

Zo ja, van wie ontvangt u zorg:

Een partner

Een kind

Een vriend/kennis

Iemand uit de buurt

Anders, namelijk: _____