

Zoepen en angoan

Een zorgethisch onderzoek naar de geleefde ervaring van ouders met betrekking tot het gebruik van alcohol van hun kinderen in de leeftijd van 12 tot 18 jaar

Master Zorgethiek en Beleid
Afstudeeronderzoek Zeb 70 2021-2022
Student: Ceciel Booijink
Studentnummer: 1028626

Examinator: Prof dr Carlo Leget
Tweede lezer: Dr Pieter Dronkers
Datum: 22 december 2022
Aantal woorden: 24.540



Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt mijn afstudeerscriptie voor de master Zorgethiek en Beleid aan de Universiteit voor Humanistiek. De titel “zoepen en angoan”¹ zegt de kenner van het Saksisch dialect al veel. Het uitgaansleven in Twente en de Achterhoek kenmerkt zich door de koppeling van feestvieren en veel alcohol drinken. Het gebruik van alcohol onder jongeren is een onderwerp dat dicht bij mij staat. In mijn werk als beleidsmedewerker heb ik ervaring met de aanpak van maatschappelijke problemen. Van beleidsmedewerkers wordt verwacht om met algemene aanbevelingen en interventies te komen. In de praktijk blijken interventies echter anders uit te pakken dan vooraf bedacht. Als ouder van opgroeiende kinderen ben ik geconfronteerd met beleidsinterventies en heb ik ervaren wat het betekent om te behoren bij de doelgroep die blijkbaar over onvoldoende kennis beschikt. Ik heb mijn schouders opgehaald. Er was een te grote kloof tussen de beleidswereld en de dagelijkse praktijk. In de lessen zorgethiek heb ik geleerd waar deze discrepantie vandaan komt. Dat wil niet zeggen dat het onderzoek van een leien dakje is gegaan. “Muddling through” is het gevoel dat ik bij dit onderzoek vaak heb gehad. Ik heb mij opnieuw door de theorie van zorgethiek geworsteld. De grootste worsteling was echter te komen tot een goede beschrijving van de verhalen van de respondenten. Ik hoop dat ik hun ervaringen, die niet uitsluitend met woorden tot mij kwamen, goed heb weergegeven. Het heeft mij gebracht tot nieuwe inzichten die gerelateerd zijn aan mijn eigen ervaringen. Al doormodderend ben ik iets dichterbij het antwoord gekomen wat goed is om te doen in deze situatie. Ik hoop ook dat ik de quote die aan Einstein toegeschreven wordt: *“learn from yesterday, live for today, hope for tomorrow. The important thing is not to stop questioning”*, nog lang mag toepassen.

Natuurlijk dank ik de respondenten voor het delen van hun verhaal. Het vereist moed om iemand een inkijk te geven in het gezinsleven. Een speciaal woord van dank aan Susanne van den Hooff en Vivianne Baur, mijn begeleidsters van het eerste uur. Hun feedback zorgde ervoor dat ik focus hield op het zorgethisch perspectief van het probleem. Doordat ik de oorspronkelijke planning volledig overboord heb gegooid, werd deze taak overgenomen door Carlo Leget. Carlo, je verstaat de kunst om door stellen van slechts enkele kritische vragen en opmerkingen de vinger op de zere plek te leggen, dank daarvoor. Ik dank mijn medestudenten voor bemoedigende appjes en gesprekken.

¹ “zoepen en angoan” is op het Twentse en Achterhoekse platteland een term voor veel bier drinken en luidruchtig tekeergaan

Als laatste wil ik mijn man en kinderen bedanken. Ieder op hun eigen wijze hebben ze aangegeven vertrouwen in mij te hebben.

Ceciel Booijsink

December 2022

Samenvatting

In deze masterthesis wordt de vraag beantwoord: “Wat zijn de geleefde ervaringen van ouders van adolescenten met betrekking tot het alcoholgebruik van hun kinderen en wat kunnen we hieruit leren, in combinatie met zorgethische inzichten over zorgverantwoordelijkheid van ouders, over de goede zorg van deze ouders?”.

Op basis van het hoge alcoholgebruik onder jongeren en de risico's die dit oplevert voor hun gezondheid en veiligheid voert de Nederlandse overheid een preventief alcoholbeleid. De kennis gebaseerd op de biomedische- en psychosociale wetenschap geeft voldoende redenen om het gebruik van alcohol door jongeren sterk af te raden. Om het alcoholgebruik onder jongeren te verminderen worden ouders geadviseerd over hoe ze moeten handelen in de opvoeding van hun kinderen. In de praktijk blijkt echter dat een groot deel van de ouders toestaan dat hun kinderen onder de 18 jaar alcohol gebruiken.

Preventief beleid is onderdeel van de publieke gezondheidszorg. Een van de kenmerken hiervan is dat de interventies gericht zijn op de gemeenschap. In de laatste decennia van de vorige eeuw is de nadruk komen te liggen op universele gedragsverandering en verandering van leefstijl. De algemene discussiepunten in de publieke gezondheidszorg zijn hoe de individuele vrijheid tegenover het algemeen belang verstaan moet worden en de morele toelaatbaarheid van paternalistische interventies door de overheid. Uit deze discussiepunten blijkt dat het liberalisme de dominante grondslag is voor de publieke gezondheidszorgethiek. Het beleid wordt gerechtvaardigd vanuit de gedachten dat een individu rechten, plichten en vrijheden heeft én een autonoom persoon is. Zorgethiek gaat uit van een relationeel mensbeeld; de mens is fundamenteel relationeel, kwetsbaar en wederzijds afhankelijk. Vanuit het concept van zorg en zorgverantwoordelijkheid wordt meer recht gedaan aan de complexiteit van de geleefde ervaring van ouders met kinderen die alcohol drinken.

Een theoretisch uitgangspunt is dat een structuur van vooronderstellingen de verdeling van zorgverantwoordelijkheden stuurt. In deze structuur wordt zichtbaar hoe verantwoordelijkheden worden toegewezen, geaccepteerd, onderhandeld, afgewezen, omgebogen of genegeerd.

Uit de empirische bevindingen op basis van fenomenologisch onderzoek met vier ouders komen vijf thema's naar boven. De thema's zijn dat kinderen zowel afhankelijk als zelfstandigheid zijn, dat de relatie tussen ouders en kind zich beweegt tussen loslaten en bescherming, dat ouders de toekomst zowel met onzekerheid als met vertrouwen tegemoet zien, dat de invloed van de omgeving beperkt, geaccepteerd en verworpen wordt en dat hulp gewenst is.

De conclusie is dat ouders in de zorg voor hun kinderen die alcohol gebruiken voortdurend knutselen tussen de verschillende behoeften en de ambivalenties en spanningen die zich in het dagelijks leven

voordoelen. Door preventieve campagnes op te zetten die streven naar een ideale situatie worden de grenzen tussen de verschillende perspectieven nog scherper aangezet en de mogelijkheid wordt kleiner om met respect voor pluriformiteit perspectieven uit te wisselen. De behoefte van ouders om in de zorg voor de kinderen niet alleen verantwoordelijk te zijn, wordt door het preventieve alcoholbeleid genegeerd. Ouders die met veel praktische wijsheid aan het knutselen zijn, worden als incompetent bestempeld waardoor de onzekerheid bij ouders toeneemt. Het preventieve beleid draagt dus niet bij aan een betere zorg van ouders voor hun kinderen. De onderlinge solidariteit is daarnaast gebaseerd op gelijke gewoonten en tradities en het publieke debat is verdwenen. Voor een zorgzame samenleving dienen dialogen tot stand gebracht te worden tussen alle betrokken partijen in de praktijk, maar ook tussen de wetenschap en de praktijk. In deze dialoog dient pluriformiteit het uitgangspunt te zijn en het streven is om te komen tot een formulering van universele zorgen. Zorgethiek kan hieraan bijdragen door inzichten in de afhankelijkheidsrelatie ouder en bijna-volwassen kind te verrijken en door discours- of etnografisch onderzoek te doen naar de effecten van overheids campagnes met als doel gedragsbeïnvloeding.

Inhoudsopgave

| | |
|--|-----------|
| Voorwoord | 2 |
| Samenvatting | 4 |
| 1. Problemativering en relevantie | 8 |
| 1.1. Aanleiding..... | 8 |
| 1.2 Maatschappelijk probleem | 9 |
| 1.3 Wetenschappelijk probleem | 12 |
| 1.4 Vraagstelling..... | 16 |
| 1.5 Doelstellingen | 16 |
| 2. Theoretisch kader | 17 |
| 2.1 Inleiding | 17 |
| 2.2.Zorgethiek:..... | 17 |
| 2.3 Zorgverantwoordelijkheid..... | 22 |
| 2.4 Verantwoordelijkheid van ouders | 26 |
| 2.5 Sensitizing concepts | 27 |
| 3. Benadering en methode | 28 |
| 3.1 Onderzoeksbenadering | 28 |
| 3.2 Onderzoeksmethode | 29 |
| 3.3 Positie van de onderzoeker | 29 |
| 3.4 Casusdefinitie | 31 |
| 3.5 Data-verzameling | 32 |
| 3.6 Data-analyse | 33 |
| 3.7 Ethische overwegingen | 34 |
| 4. Empirische bevindingen | 36 |
| 4.1 Jacqueline: | 36 |
| 4.2 Paula | 39 |
| 4.3 Alfons | 41 |
| 4.4 Carla..... | 44 |
| 4.5 De geleefde ervaring van ouders | 47 |
| 4.6 Schematische weergave thema's..... | 52 |
| 5. Zorgverantwoordelijkheid van ouders: Theorie en praktijk | 53 |
| 5.1 Afhankelijkheid van kinderen..... | 53 |
| 5.2 Doel van opvoeden | 55 |
| 5.3 Identiteit: gelijkheid en de ander | 56 |
| 5.4 Gewoonten in een gemeenschap: de macht van kennis | 57 |

| | |
|--|--|
| 5.5 Solidariteit..... | 59 |
| 5.6 Samenvatting en conclusie | 61 |
| 6. Conclusie en aanbevelingen | 62 |
| 6.1 Zorg van ouders | 62 |
| 6.2 Preventief alcoholbeleid helpt ouders niet..... | 63 |
| 6.3 Solidariteit is gebaseerd op culturele gelijkheid | 64 |
| 6.4 Verdwijnen van publiek debat | 64 |
| 6.5 Zorgzame samenleving | 64 |
| 7. Kwaliteit en beperkingen van het onderzoek | 67 |
| 7.1 Betrouwbaarheid en validiteit | 67 |
| 7.2 Generaliseerbaarheid..... | 68 |
| 7.3 Beperkingen van het onderzoek..... | 68 |
| Literatuurlijst | 70 |
| Bijlage 1: Gedeelte van het logboek onderzoeker | Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd. |
| Bijlage 2: Interviewprotocol | Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd. |
| Bijlage 3: Tekstuele portretten | Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd. |
| Bijlage 4: Thematische beschrijving..... | Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd. |

1. Problemativering en relevantie

1.1. Aanleiding

In Nederland worden gemeenten gestimuleerd om het gebruik van alcohol onder jongeren te verminderen. In de regio waarin ik woon, Twente, lijkt de urgentie hiervoor hoger te zijn, omdat het alcoholgebruik significant hoger is dan het gemiddelde in Nederland². In een krantenartikel motiveert een wethouder het alcoholpreventiebeleid met de stelling dat de tijd rijp is voor een cultuuromslag (Tubantia, 18 november 2021). Het Trimbos Instituut ondersteunt gemeenten met het programma 'Opgroeien in een Kansrijke Omgeving (OKO)'. Gemeenten werken in dit programma op een data-gestuurde, *community-based* en *evidence-based* wijze aan het verbeteren van het welbevinden van jongeren en aan het voorkomen van het gebruik van alcohol, drugs en tabak door jongeren³. Ouders zijn een belangrijke groep binnen het OKO⁴. Uit een onderzoek van de GGD Twente naar het middelengebruik van de jeugd en de mening van ouders blijkt echter dat niet alle ouders even zwaar tillen aan het alcoholgebruik van hun kinderen; 41 % blijkt het goed te vinden⁵.

Ik ben zelf ouder van nu volwassen kinderen en heb bij de 15^e verjaardag van onze oudste zoon toegestaan dat er (minstens) een krat bier gedronken werd. Mijn ervaring is dat het gebruik van alcoholische drank bij pubers een bron van zorg is. Rationeel weet ik dat ik mijn kind vrijheid moet geven, maar ik voel ook de angst dat ze zich in onveilige situaties gaat begeven. Samen met mijn man zocht ik naar wat het juiste was om te doen. De vraag was destijds steeds of ik het alcoholgebruik helemaal moest verbieden of mondjesmaat moest toestaan. Dit was in onze ogen een keuze tussen onze zoon met zijn vriendengroep mee laten doen of hem uit de groep halen.

Vanwege mijn eigen ervaringen sta ik ambivalent tegenover het preventief beleid tot het verminderen van alcohol door jongeren. Natuurlijk zie ik de gezondheids- en veiligheidsrisico's. De overheidsinstanties gaan er echter te gemakkelijk van uit dat ouders adviezen wel kunnen en willen opvolgen. In de praktijk is de situatie veel complexer. Mijn ambivalente gevoel ten opzichte van dit thema is de aanleiding van het onderwerp van deze scriptie.

² Factsheet Alcoholgebruik in Twente 2018, https://www.twentsegezondheidsverkenning.nl/jive/report?openinputs=true&id=factsheet_alcohol2018, opgevraagd 28 februari 2022

³ <https://www.trimbos.nl/aanbod/opgroeien-in-een-kansrijke-omgeving/>, opgevraagd 20 februari 2022

⁴ Trimbos instituut, Lian Smeets, Karin Monshouwer, Jeroen de Greeff, De IJslandse aanpak van middelengebruik onder jongeren, een verkenning van de wetenschappelijke literatuur, 2019

⁵ Gezondheidsmonitor Jeugd 2019 Gezondheid, welzijn en leefstijl van jongeren in Twente, 24 augustus 2020, versie 1.0

1.2 Maatschappelijk probleem

Deze paragraaf geeft een beschrijving van het vraagstuk omtrent het overheidsbeleid met betrekking tot preventie van alcohol onder jongeren en de betekenis die het alcoholgebruik heeft voor ouders. Allereerst wordt het probleem vanuit het perspectief van de overheid gezien; om daarna het probleem te beschouwen vanuit de zorg voor kinderen die ouders hebben. Dit resulteert in het beschrijven van een lacune in het maatschappelijk debat.

Alcoholpreventie als onderdeel van de publieke gezondheidszorg

Het preventieve alcoholbeleid van de overheid is een onderdeel van de publieke gezondheidszorg. Publieke gezondheidszorg wordt door Middelkoop, Richardus, & Verhoeff (2016, p. 220) gedefinieerd als: "het bevorderen van de volksgezondheid en van gelijke kansen op gezondheid, door collectieve interventies gericht op gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie". Publieke gezondheidszorg onderscheidt zich in de gezondheidszorg doordat het niet gericht is op ziekte van de individuele patiënt, maar op ziekte en preventie van ziekte in een gemeenschap (Schneider, 2020). Daarnaast ligt de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de publieke gezondheidszorg voor een groot deel bij overheidsinstanties. Een derde kenmerk is dat de zorg gericht is op het voorkómen van ziekte in plaats van het behandelen van de ziekte zelf (Faden, Bernstein, & Shebaya, 2022).

Het preventieve alcoholbeleid is gestoeld op onderzoek naar de risicofactoren die de gezondheid van de gemeenschap beïnvloeden (Schneider, 2020, p. 9). Preventie steunt immers op de gedachte dat er een causaal verband is tussen toekomstige schade en de risicofactoren voor die schade in het heden (Peeters, 2015, p. 37). Biomedisch onderzoek geeft het bewijs dat alcohol lichamelijke schade toebrengt; het gebruik van alcohol op jonge leeftijd kan de structuur en activiteit van hersenen aantasten. Dat het gebruik van alcohol gerelateerd is aan een grotere kans op ziekte en overlijden is onomstreden. Ongeveer 10% van de sterfgevallen in de leeftijdscategorie tussen 15 en 49 jaar kan worden toegeschreven aan het gebruik van alcohol. Meer dan 40 ziekten en aandoeningen worden door alcoholgebruik veroorzaakt en bij veel andere ziekten en aandoeningen speelt alcohol een belangrijke rol (Gezondheidsraad, 2018). Psychosociaal onderzoek heeft een verband aangetoond tussen het alcoholgebruik door jongeren en agressief gedrag en vechtpartijen, risicovol seksueel gedrag en ongevallen (Boelema et al., 2009). Er bestaat ook een verband tussen het op jonge leeftijd beginnen met het drinken van alcohol en een groter risico voor het ontwikkelen van problematisch alcoholgebruik op latere leeftijd (Gezondheidsraad, 2018; Boelema et al., 2009). De kennis gebaseerd op de biomedische en psychosociale wetenschap geeft voldoende redenen om het gebruik van alcohol door jongeren sterk af te raden (Kromhout, Spaaij, de Goede, & Weggemans, 2016).

In Nederland zijn de taken van de overheid met betrekking tot de publieke gezondheidszorg vastgelegd in de Wet Publieke Gezondheid⁶. Op basis van deze wet voeren de gemeentelijke overheden interventies uit zoals het “Opgroeien in een Kansrijke Omgeving” met als doel het terugdringen van het gebruik van alcohol door jeugdigen. Eén van de interventies is het informeren van ouders over de manier van handelen in de opvoeding van hun kinderen. Aan ouders wordt gevraagd om toezicht op hun kinderen te houden; ze dienen te weten waar hun kinderen zijn, wat ze doen en met wie. Een relatie waarin kinderen met hun problemen bij hun ouders terecht kunnen is een andere aanbeveling. Het stellen van duidelijke regels helpt, evenals het afspraken maken met andere ouders. Tenslotte blijkt goed voorbeeldgedrag van de ouders voor kinderen belangrijk⁷.

Preventie door sturen op gedragsverandering

Politiek filosoof en bestuurskundige Peeters (2015, p. 135) stelt dat bij preventie van welvaartsziekten, waaronder overmatig alcoholgebruik, ervan uit gegaan wordt dat mensen zelf een belangrijke invloed op hun gezondheid kunnen uitoefenen in plaats van dat ze gezien worden als slachtoffer van een ziekte. Dit impliceert dat iemand gezonder wordt door gedragsverandering, verandering van leefstijl. Publieke gezondheidszorg is gericht op interventies voor de gemeenschap. Van oudsher waren deze interventies gericht op het publiek domein en het lichaam. Bijvoorbeeld de zorg voor schoon drinkwater en vaccinatieprogramma's. Door de aanname dat iemand zijn gedrag dient te veranderen is de dagelijkse leefomgeving de plaats van handeling, en niet het lichaam maar het brein het aangrijpingspunt.

Preventief beleid heeft consequenties voor de vrijheid van een individu (Peeters 2015). Jaap Seidell, hoogleraar voeding en gezondheid, en Jutka Halberstadt, psycholoog, vragen zich in een krantenartikel af hoever het recht gaat om ongezond te leven (Parool, 26 mei 2018). In dit artikel bespreken de auteurs de dilemma's van een preventief gezondheidsbeleid dat het accent op gedragsverandering legt. Moet iemand zijn gedrag aanpassen om toekomstige, onzekere gevolgen tegen te gaan en welke vrijheid heeft een persoon als zijn gedrag mogelijke schade oplevert voor de samenleving? Het sturen op gedrag door de overheid combineert dus volgens hen twee ogenschijnlijk tegengestelde kenmerken, namelijk handelingsvrijheid van het individu enerzijds en controle door de overheid om schadelijke gevolgen te beperken anderzijds (Peeters, 2015, p. 178).

⁶ <https://www.loketgezondleven.nl/zorgstelsel/preventie-vijf-stelsel-wetten/preventie-wpg>

⁷ Trimbos instituut, Lian Smeets, Karin Monshouwer, Jeroen de Greeff, De IJslandse aanpak van middelengebruik onder jongeren, een verkenning van de wetenschappelijke literatuur, 2019

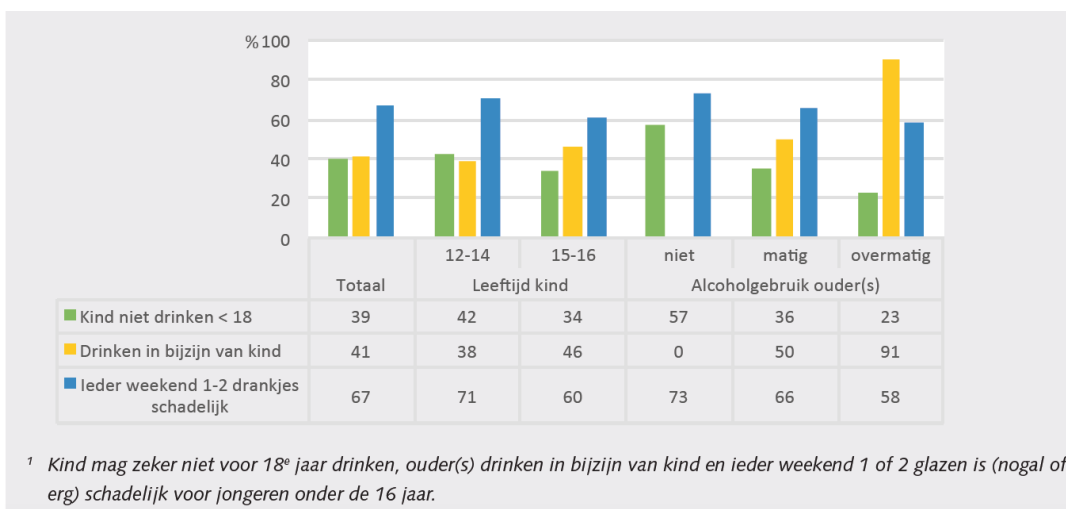
Zorg voor kinderen

Dat ouders in de opvoeding van hun kinderen handelingsvrijheid hebben, blijkt uit onderzoek van de GGD Twente⁸. In onderstaand figuur staat de mening van ouders over het alcoholgebruik van hun kinderen, volgens hun kinderen, op basis van een enquête onder jongeren van 14 en 16 jaar.



Figuur 1: mening ouders, volgens hun kinderen, over alcoholgebruik jongeren uit Gezondheidsmonitor Jeugd 2019 Twente

Het is de vraag of kinderen de mening van hun ouders juist weergeven. De GGD Twente heeft geen onderzoek gedaan bij de ouders van kinderen in Twente. Dit onderzoek is, voor het laatst in 2015, wel gedaan bij ouders van kinderen in de leeftijd van 12-16 jaar verspreid over geheel Nederland⁹. Gevraagd is naar de mening van ouders over het drinken van alcohol door kinderen onder de 18 jaar, drinken in het bijzijn van hun kind en hun mening over de schadelijkheid van alcohol.



Figuur 2 Gedrag en mening van ouders mbt alcoholgebruik naar leeftijd kind en alcoholgebruik ouders (%)

Dat de mening van ouders, 39 % vindt dat kinderen onder de 18 jaar geen alcohol mogen drinken, in Twente niet overeenkomt met de praktijk blijkt uit onderzoek onder de Twentse jongeren. Meer dan de helft van de 15-16 jarigen heeft alcohol gedronken. Zelfs 42% van alle jongeren in deze

⁸ Gezondheidsmonitor Jeugd 2019, Gezondheid, welzijn en leefstijl van jongeren in Twente 24 augustus 2020, versie 1.0

⁹ Factsheet Peilstationsonderzoek Ouders 2015, <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af1511-factsheet-peilstationsonderzoek-ouders-2015/>

leeftijdscategorie deed aan *binge* drinken (meer dan vijf drankjes bij één gelegenheid). Daarnaast was 28% van deze jongeren een keer dronken of aangeschoten¹⁰.

Waardoor komt het grote verschil tussen wat ouders in Nederland zelf vinden over alcoholgebruik en het alcoholgebruik van jongeren in de Twentse praktijk? Ligt het antwoord in het feit dat slechts 59 % van de ouders denkt dat zij effectief invloed kunnen uitoefenen op het drinkgedrag van hun kind?¹¹ Duidelijk is dat er een groot verschil is tussen wat maatschappelijk als norm gesteld wordt, namelijk dat jongeren tot 18 jaar geen alcohol drinken en de praktijk. Hoe gaan ouders in de opvoeding van hun opgroeiende kinderen hiermee om? Welke taken zien ouders in de opvoeding van hun kinderen op het gebied van het gebruik van alcohol? Hoe geven ouders invulling aan hun zorg voor hun kinderen? Om antwoord te geven op die vraag is het van belang om onderzoek te doen naar de betekenis die ouders in het dagelijks leven geven aan het alcoholgebruik van hun kinderen. In het dagelijkse leven worden immers steeds normatieve keuzes gemaakt die betrekking hebben op de relaties tussen mensen en hun zorgen om het welzijn van elkaar (Vosman, 2017). Dit onderzoek richt zich daarom op de wijze waarop ouders in hun dagelijks leven omgaan met het gebruik van alcohol door hun kinderen om zo meer inzicht te krijgen in de ervaringen van deze ouders. Dit inzicht kan leiden tot een beter begrip en ondersteuning van ouders in de opvoeding van hun kinderen met betrekking tot het gebruik van alcohol.

1.3 Wetenschappelijk probleem

In deze paragraaf wordt inzicht gegeven in de wetenschappelijke kennis die de basis vormt voor de publieke gezondheidszorg en de ethiek die hieraan ten grondslag ligt. Vanuit de weergave van het bestaande wetenschappelijke paradigma, wordt zorgethiek gepresenteerd als een benadering die een ander licht kan werpen op het maatschappelijk probleem.

Wetenschappelijke benaderingen in publieke gezondheidszorg

De bestaande kennis in de publieke gezondheidszorg is vooral gebaseerd op biomedisch en gedragswetenschappelijk onderzoek. Op dit onderzoek baseert de overheid haar taak tot het uitvoeren van het preventief beleid. De interventies die de lokale overheid inzet zijn gebaseerd op gedragswetenschappelijke theorieën, met name vanuit de psychologie en pedagogiek (Peeters, 2015, p. 155). In de pedagogische wetenschap is uit onderzoek gebleken dat er een correlatie is tussen de

¹⁰ Gezondheidsmonitor Jeugd 2019, Gezondheid, welzijn en leefstijl van jongeren in Twente 24 augustus 2020, versie 1.0, pag. 3

¹¹ Factsheet Peilstationsonderzoek Ouders 2015, <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af1511-factsheet-peilstationsonderzoek-ouders-2015/>

kwaliteit van de ouder-kindrelatie en het alcoholgebruik (Visser, de Winter, & Reijneveld, 2012; Carver et al., 2017). Het stellen van regels door ouders blijkt het alcoholgebruik van hun kinderen te matigen (Mares et al., 2012; Sharmin, et al., 2017). Andere factoren die het gebruik van alcoholische dranken bij de kinderen beïnvloeden zijn het verstrekken van alcohol door de ouders, de tolerantie van ouders over het alcoholgebruik, het alcoholgebruik van de ouders zelf en de mate waarin ouders toezicht houden, ondersteuning bieden en betrokkenheid tonen (Yap et al, 2017; Rossow et al., 2016).

Peeters (2015) beziet de activiteiten van de overheid in de publieke gezondheidszorg vanuit een bestuurskundige en politiek-filosofische bril. Hij stelt dat de moderniteitsgedachte is dat het noodlot of risico bedwongen en beheerst kan worden. Dit staat lijnrecht tegenover de houding van vóór de Verlichting, waarin noodlot gezien werd als een onvermijdelijk onderdeel van het menselijk handelen en leven, of Gods wil. Het enige dat de mens kon doen is het noodlot accepteren (Peeters, 2015, p. 48). In de sociale wetenschap is het paradigma dat we leven in een risicomaatschappij breed geaccepteerd (Tronto, 2015). De risicomaatschappij wordt gezien als een postmoderne samenleving waarin het duidelijk wordt dat de mens in zijn streven naar vooruitgang onbedoeld allerlei risico's produceert voor zichzelf en zijn leefomgeving. De risico's blijven niet beperkt tot technologische of industriële gevaren, bijvoorbeeld klimaatverandering en gevaren van nucleaire energie, maar de moderne samenleving produceert ook sociale risico's zoals welvaartziektes (Peeters, 2015, p. 50). In de laatste twintig jaar van de vorige eeuw is er een opmerkelijke verandering in de samenleving te zien ten aanzien van risico's. Werd voorheen de leefomgeving geanalyseerd waarbij de mens zelf buiten schot bleef, nu wordt de oorzaak van veel problemen bij het gedrag van de mens neergelegd. Het huidige paradigma is dat de ongewenste gevolgen die moderniteit met zich meebrengt, worden veroorzaakt door mensen zelf, hetgeen uitmondt in het idee van reflexieve moderniteit. Hiermee wordt bedoeld dat de mens zelf verantwoordelijk is voor de consequenties van zijn handelen en verantwoordelijkheid draagt om verstandig te handelen (Peeters, 2015, pp. 51-52). Vanuit het paradigma van reflexieve moderniteit zijn ouders en kinderen dus zelf verantwoordelijk om verstandig om te gaan met het drinken van alcohol en zijn de consequenties van onverstandig handelen geheel aan henzelf te wijten. De overheid helpt hierbij door het verstrekken van informatie met als doel om mensen verstandig te laten handelen. Joan Tronto (2013, 2015) levert kritiek op het paradigma van de risicomaatschappij en daarmee ook op het idee van de reflexieve moderniteit; de eigen verantwoordelijkheid voor de consequenties van handelen. Het alternatief is volgens haar een samenleving waarin niet risico maar zorg het uitgangspunt is. Niet het voorkomen en beheersen van de onzekerheden in het leven, maar de kwetsbaarheid van de mens en de relationele verbondenheid staan in een zorgzame samenleving centraal (Tronto, 2013, 2015).

Publieke gezondheidsethiek

Het probleem hoe handelingsvrijheid van het individu te combineren valt met het doel van de overheid om gezondheid te bevorderen en gezondheidsschade te voorkomen is volgens Peeters (2015) één van de ethische vragen die publieke gezondheidszorg met zich meebrengt. Volgens Faden, Bernstein, & Shebaya (2022) zijn de algemene discussiepunten in de publieke gezondheidszorg de individuele vrijheid tegenover het algemeen belang en de morele toelaatbaarheid van paternalistische interventies door de overheid.

De formulering van deze discussiepunten krijgt kritiek van ethici uit de biomedische- en publieke gezondheidsethiek. Bioeticus Jennings (2007) geeft aan dat hieruit blijkt dat het liberalisme de dominante grondslag is voor de publieke gezondheidszorgethiek. Dat wil volgens hem zeggen dat het beleid wordt gerechtvaardigd vanuit de gedachten dat een individu rechten, plichten en vrijheden heeft én een autonoom persoon is. Het inperken van individuele vrijheid wordt rationeel langs de meetlat van risico en profijt gelegd, en er wordt gezocht naar een balans tussen het individuele recht van zelfbepaling en de verplichting tot zelfbeheersing. De autonomie van volwassen personen wordt afgewogen tegen de preventie van schade voor zichzelf en anderen en de maximalisatie van profijt in een samenleving (Jennings, 2007).

Jennings (2007) is van mening dat er een paradigmashift moet plaatsvinden in de publieke gezondheidsethiek. Hij stelt dat ziekte niet gezien moet worden als een individueel probleem, maar een sociaal probleem, omdat mensen geen autonome individuen maar sociale wezens zijn. In het verlengde daarvan stelt hij dat burgerschapswaarden centraal moeten staan in de afwegingen tussen een individueel belang en een maatschappelijk, algemeen, belang. De spanning tussen deze belangen is volgens hem niet de spanning tussen een persoon en maatschappelijke instituties, maar is geïnternaliseerd in de persoon zelf. De vereiste solidariteit is volgens Jennings & Dawson (2012) een burgerschapswaarde die tot nu toe onderbelicht is gebleven in de publieke gezondheidszorgethiek. In de visie van Jennings wordt de burgerschapswaarde echter nog steeds aan het individu toegeschreven en is het handelen van mensen gebaseerd op een rationele afweging van conflicterende waarden. Ethici Francoise Baylis et al. (2008, p. 108) stellen dat de visie dat een mens relationeel is, meer is dan het erkennen van de sociale natuur van mensen. Zij stelt:

“When called upon to make important decisions we often do not arrive with a clear, well-ordered set of values that can be rationally applied, but rather feel our way to a decision in conversation with others who help us to determine who we are and what we stand for”.

Deze visie op hoe mensen komen tot morele beslissingen geeft impliciet de ontologie van het mensbeeld weer die overeen komt met één van de uitgangspunten die centraal staat in de zorgethiek.

Zorgethisch perspectief op publieke gezondheidszorg

Zorgtheoretici veronderstellen dat mensen fundamenteel relationeel en wederzijds afhankelijk zijn (Engster & Hamington, *Introduktion*, 2015, p. 3). Zorgethiek beziet vanuit een ander paradigma morele vraagstukken. Zorgethiek is door Leget, Nistelrooij, & Visse (2017, pp. 5 - 7) beschreven als een interdisciplinair onderzoeksveld gedreven door maatschappelijke vraagstukken. De hoofdvraag is: “wat is moreel goed vanuit een perspectief van zorg in deze particuliere situatie”? Zorgen is volgens Tronto (1993, 2013) een sociale praktijk waarin responsiviteit van de zorggever een belangrijk onderdeel is. Zij ziet responsiviteit als een morele waarde van de zorggever; deze dient ontvankelijk te zijn voor de wijze waarop zorgontvangers de zorgpraktijk beleven, erover denken en erover oordelen (van Heijst, 2005). Zonder responsiviteit wordt zorg paternalistisch; dit zou ertoe leiden dat de zorggever aanneemt dat deze wel op de hoogte is van de behoefte van de zorgvrager en de wijze waarop aan de behoefte tegemoet gekomen kan worden (Tronto, 1993, p. 145). Volgens Tronto (1993) kan paternalisme voorkomen worden door de behoefte aan zorg als uitgangspunt te nemen voor de zorgpraktijk. Om deze behoefte te kennen en om te kunnen oordelen of zorg goed verleend wordt, moet de focus op geleefde ervaringen van mensen liggen. Deze focus is tevens een middel om te reflecteren op de betekenis die mensen geven aan ervaringen (Leget, Nistelrooij, & Visse, 2017). In de ervaringen laten mensen zien niet uitsluitend ‘doeners’ te zijn, maar ook ‘kenners’ (Vosman, 2018). Door theoretische kennis en ervaringskennis met elkaar in dialoog te brengen kunnen inzichten naar boven komen over wat goede zorg is (Leget, Nistelrooij, & Visse, 2017). Zorgpraktijken zijn ingebed in bredere maatschappelijke structuren die van invloed zijn op de wijze waarop zorg geleverd wordt (Leget, Nistelrooij, & Visse, 2017). Tronto (1993) heeft als eerste de relevantie van zorg voor de politiek benadrukt. Vanuit de ontologie van de relationele, kwetsbare mens staat in zorgethiek de vraag centraal hoe aan zorgbehoeften tegemoet wordt gekomen. Welke behoeften worden genegeerd en gezien en hoe worden de schaarse middelen verdeeld (Tronto, 1993)? Zorgpraktijken worden morele en politieke praktijken doordat de verantwoordelijkheid voor zorg wordt toegekend, aangenomen, impliciet wordt verwacht of afgewezen door personen of groepen (van Nistelrooij & Visse, 2019). Tronto (2013) ziet een rechtvaardige verdeling van zorgverantwoordelijkheden als een voorwaarde voor een zorgzame, democratische, samenleving. Hierbij zit iedereen aan tafel om een dialoog te voeren over de verdeling van de verantwoordelijkheden op basis van de pluralistische behoeften. Om deze rechtvaardige verdeling te bereiken is volgens Tronto solidariteit een morele kernwaarde in een samenleving. Solidariteit maakt het mogelijk voor mensen om gezamenlijk verantwoordelijkheid op zich te nemen, om burgers te zien als zorgontvangers en -gevers en serieus na te denken over wat de zorgbehoeften in de maatschappij zijn (2013, p. 35).

Het morele vraagstuk in de publieke gezondheidszorg wordt door zorgethiek dus anders benaderd dan vanuit de liberale ethiek. Niet het uitbannen van risico's en handelingsvrijheid van het individu staan centraal, maar zorg en het daaraan verbonden concept van verantwoordelijkheid. Door daarnaast het ontologisch uitgangspunt te hanteren dat een mens fundamenteel relationeel, kwetsbaar en wederzijds afhankelijk is, wordt meer recht gedaan aan de complexiteit van de geleefde ervaring van ouders met kinderen die alcohol drinken. Zorgethisch onderzoek naar de geleefde ervaring van ouders van adolescenten¹² in de context van het alcoholgebruik van hun kinderen geeft meer inzicht in de betekenis die ouders geven aan hun eigen en collectieve zorgverantwoordelijkheid voor kinderen.

1.4 Vraagstelling

Hoofdvraag:

Wat zijn de geleefde ervaringen van ouders van adolescenten met betrekking tot het alcoholgebruik van hun kinderen en wat kunnen we hieruit leren, in combinatie met zorgethische inzichten over zorgverantwoordelijkheid van ouders, over de goede zorg van deze ouders?

Deelvragen

1. Welke inzichten biedt zorgethische literatuur over zorgverantwoordelijkheid van ouders?
2. Wat is de geleefde ervaring van ouders van adolescenten ten opzichte van het gebruik van alcohol door hun kinderen?
3. Welke inzichten biedt het samenbrengen van de zorgethische inzichten over zorgverantwoordelijkheid en de geleefde ervaringen van ouders van adolescenten met betrekking tot het gebruik van alcohol door hun kinderen?

1.5 Doelstellingen

De interne doelstelling is om een bijdrage te leveren aan de zorgethische theorie met betrekking tot zorgverantwoordelijkheden in de opvoeding van adolescenten in de context van alcoholgebruik. De externe doelstelling is om in deze context ouders beter te ondersteunen in de zorg voor hun kinderen.

¹² De [Wereldgezondheidsorganisatie](#) definieert adolescentie als de periode van iemands leven tussen de het 10e en 20e levensjaar. [Van Dale](#) stelt dat een adolescent een jongere is van ca. 15 tot 20 jaar. Ik hanteer de leeftijd van 12 (einde basisschool) tot 18 jaar (volgens de wet volwassenen).

2. Theoretisch kader

2.1 Inleiding

Het theoretisch kader van deze masterthesis is de Utrechtse zorgethiek. In dit hoofdstuk wordt allereerst de theorie omtrent zorgethiek verder uitgediept. De epistemologische, ontologische en politieke dimensie van zorgethiek worden beschreven, alsmede de concepten zorg en zorg voor kinderen. Deze theorie wordt daarna toegespitst, door middel van literatuuronderzoek, op de aan zorgethiek verbonden concept verantwoordelijkheid. Inzicht hierin is noodzakelijk om een goede zorgethische reflectie te kunnen maken op wat goede zorg van ouders voor adolescenten die alcohol gebruiken kan zijn. Dit theoretisch kader dient tevens als uitgangspunt voor de beantwoording van de vraag die in hoofdstuk 5 aan de orde komt; hoe verhoudt de theorie zich tot de empirische bevindingen?

2.2.Zorgethiek:

De geschiedenis van zorgethiek

In de jaren zeventig van de vorige eeuw ontstaat een voedingsbodem voor zorgethiek. Feministische denkers uiten dat bepaalde vraagstukken niet in de theorie verschijnen, omdat ze door de wetenschap te onbelangrijk gevonden worden. De oorsprong van zorgethiek is vaak gelegd bij Carol Gilligan in 1982 (van Heijst, 2008). Ontwikkelingspsycholoog Gilligan beargumenteert dat vrouwen een andere morele ontwikkeling doormaken dan mannen (Tronto, 1993, pp. 77-80). Zij merkt op dat vrouwen een ethisch probleem eerder formuleren in conflicterende verantwoordelijkheden dan in concurrerende rechten (Tronto, 1993, p. 78). Tronto (1993) ontwikkelt zorgethiek verder door te onderstrepen dat het een politieke ethiek is. Zij pleit als eerste voor een centrale plaats van het concept zorg in de politiek. In Nederland is politiek filosofe Selma Sevenhuijzen (1996) een van de eersten die pleit voor een herwaardering van zorg vanuit een fenimistisch perspectief.

Veertig jaar later wordt zorgethiek beschouwd als een paradigmashift die ontologie, epistemologie en ethiek op een nieuwe wijze verbindt (Baur, van Nistelrooij, & Vanlaere, 2017). Hieruit blijkt dat zorgethiek meer is dan een ethische stroming die één principieel uitgangspunt als leidend voor ethisch handelen ziet (Hamington, 2015, p. 273). Hamington (2015, p. 274) laat dan ook het woord ethiek weg en spreekt van een zorgtheorie die de potentie heeft om te *reframen* hoe over moraliteit gedacht wordt.

Een theorie van zorg verandert het perspectief op de werkelijkheid, de visie op wat als kennis wordt beschouwd, hoe moreel begrip tot stand komt, en heeft implicaties voor politiek. In de volgende

paragrafen wordt dieper ingegaan op het concept zorg, de ontologie en epistemologie die verbonden is aan zorgethiek en de manier waarop zorgethiek en politiek zich tot elkaar verhouden.

Zorg

Eén alles omvattende definitie geven van zorg is moeilijk. In de definities van zorg die gegeven worden speelt de vraag of zorg moet worden gezien als een deugd, waarde, houding van de zorggever of als een sociale praktijk (Sander-Staudt, 2022). Meerdere zorgethici pleiten ervoor dat zorg niet uitsluitend beschouwd wordt als een deugd of waarde, omdat in dat geval zorg geromantiseerd kan worden tot de verhouding zorggever-zorgvrager en een private aangelegenheid, terwijl zorg veel meer activiteiten omvat die verbonden zijn met alle aspecten van het leven (Tronto, 1993; Sevenhuijzen, 1996; van Heijst, 2008). Sevenhuijzen (1996, p. 31- 36) stelt dat zorg een sociale praktijk is en maakt gebruik van een metafoor door te stellen dat zorg handen, voeten, hart en hoofd heeft; zorg is met gevoel en verstand, situationeel handelen.

Een veel gebruikte definitie van zorg is door Tronto (1993, p. 103) gedefinieerd als: "...een typische activiteit die alles omvat wat we doen om onze wereld in stand te houden, voort te zetten en te herstellen, zodat we daarin zo goed als mogelijk kunnen leven". Tronto (1993, p. 106-107; 2013 p. 22-23) ziet zorg als een sociale praktijk die onder te verdelen valt in vijf, niet lineaire, fasen; zorgen om, zorgen voor, verzorgen, zorgen ontvangen en zorgen met. Deze fasen worden door Tronto verbonden aan morele kwaliteiten waarover individuen en samenlevingen moeten beschikken om goede zorg te verlenen: *attentiveness*, *responsibility*, *competence*, *responsiveness* and *solidarity* (Tronto, 2013, pp. 34-35). *Attentiveness* is zien en aandacht hebben voor (zorg)behoeften; *responsibility* is het nemen van verantwoordelijkheid om aan die behoeften tegemoet te komen; *competence* is op een adequate manier zorgen voor de of het zorgbehoevende; *responsiveness* is ontvankelijk zijn voor de manier waarop zorg ontvangen wordt, met aandacht voor eventuele overgebleven of nieuwe behoeften. De vijfde morele kwaliteit *solidarity* is in het bijzonder belangrijk om een zorgende democratie te realiseren (Tronto, 2013, pp. 34-35).

Tronto geeft niet aan wat goede zorg is. De fasering en morele kwaliteiten in het concept van zorg zijn volgens haar slechts behulpzaam bij de reflectie om te bepalen dat de fasen van zorg in de zorgpraktijk niet gefragmenteerd of radicaal van elkaar gescheiden zijn. Het doel van de zorgpraktijk wordt bereikt doordat op een holistische, integrale wijze tegemoet gekomen wordt aan concrete behoeften (Tronto, 1993, p. 109). Het doel van zorg is door Tronto (1993, p. 103) omschreven als: "zodat we in een wereld, door een leven-instandhoudend web, zo goed als mogelijk kunnen leven".

Ontologie en zorgethiek: relationeel en *interdependent*

De relationele ontologie in de zorgethiek geeft mede vorm aan de zorgverantwoordelijkheid van ouders voor hun kinderen en dient daarom verkend te worden. Vanuit een perspectief van zorg wordt een mens als relationeel en niet (ten volle) autonoom beschouwd (Tronto 1993, 2013, 2017; Engster en Hamington, 2015; Leget et al, 2017). Relationaliteit wil zeggen dat mensen, andere levende wezens en de omgeving in relatie tot elkaar bestaan en wederzijds afhankelijk zijn (Tronto, 2017, p. 32). Afhankelijkheid is geen conditie die bestreden moet worden, maar een conditie die bij alle mensen in meer of mindere mate gedurende verschillende fasen van hun leven aanwezig is (Tronto, 1993, p. 162). Deze wederzijdse afhankelijkheid leidt tot de volgende vooronderstelling; namelijk dat alle mensen kwetsbaar en fragiel zijn (Tronto, 2013, p. 31). Aangezien de mate van kwetsbaarheid en autonomie gedurende iemands leven kan verschillen, zijn we allemaal zorggevers en zorgontvangers. Aan deze uitgangspunten verbindt Tronto de stelling dat alle mensen gelijk zijn in het feit dat iedereen behoeftig is en zorgontvanger (Tronto, 2013, p. 29).

De antropologie van Paul Ricoeur benadrukt de dialectische verhouding tussen “zelf” en de “ander” in één persoon (van Nistelrooij, Schaafsma, & Tronto, 2014). Volgens Ricoeur is een persoon niet afgescheiden van de ander, niet een op zichzelf staande losse entiteit. De ander is verweven, geïnternaliseerd, met het zelf. Dit mensbeeld wordt verduidelijkt door het verschil tussen de werkwoorden “hebben” en “zijn” in de relatie met de ander. Het maakt een verschil of je een moeder hebt, of een dochter bent. De autonome zelf bestaat niet; een identiteit wordt gevormd door het zijn van een vader, moeder, partner, zoon, broer, buurman of vriend (van Nistelrooij, Visse, Spekkink, & de Lange, 2017). In aansluiting daarop past de beschrijving van het handelen van mensen door Sevenhuijzen (1996, p. 74):

“Individueel worden niet meer gezien als atomische eenheden met een vooraf gegeven identiteit, die elkaar in publieke sfeer ontmoeten om sociale verbanden te creëren. Identiteit, en daarmee ook het vermogen tot moreel handelen, krijgt vorm in specifieke culturele en narratieve situaties, en gaat daarmee samen met subjectiviteit. Het zelf is geen ding, maar de protagonist van een levensverhaal, dat allerlei ambiguïteiten en onverwachte wendingen kan vertonen”.

Hamington (2015, p. 280) benadrukt ook het identiteitsvormende karakter van zorgen; door te zorgen wordt onderzocht wie we zijn en wat we van de ander weten. Hamington (2015, p. 281) volgt de politiek-filosofe Judith Butler door te stellen dat een morele identiteit wordt gevormd door “gestileerde repetitie van handelingen”. Een identiteit is niet vrij gekozen én niet het product van sociale krachten. Een zorgend persoon wordt gevormd door repeterende handelingen in de context

van de relaties. Een identiteit is inherent politiek doordat iemand ook te maken krijgt met sociale druk en normen die het gedrag sturen (Idem, 2015, p. 280).

Epistemologie: normativiteit en zorgethiek

Hoe wordt beoordeeld of in de praktijk van adolescenten die alcohol gebruiken de zorg goed is geweest? Op welke wijze wordt antwoord verkregen op de vraag: “wat is moreel goed vanuit een perspectief van zorg in deze particuliere situatie” (Leget, Nistelrooij, & Visse, 2017)? Welke kennis is daarvoor belangrijk en hoe wordt deze kennis vergaard? Sevenhuijzen (1996) en Tronto (2013) volgen de filosofie van Margaret Urban Walker met betrekking tot kennis van moraliteit, de morele handelingen in de praktijk, en hoe deze zich verhoudt tot normativiteit. Urban Walker (2007) zet het meta-ethische expressief-collaboratieve model tegenover het theoretisch-juridisch model. Expressief duidt aan dat het om de expressie, doen en praten, gaat. Collaboratief benadrukt het interpersoonlijke; moraliteit wordt gezamenlijk geconstrueerd en geuit. Het expressieve-collaboratieve model heeft vier uitgangspunten (Urban Walker, 2007, pp. 15-19). Het eerste punt is dat moraliteit ontstaat in praktijken, niet in theorieën. Dit is een radicale omwenteling ten opzichte van het theoretisch-juridisch model, waarin ethiek en moraal vastligt in theorieën, waarden en normen. Als tweede uitgangspunt stelt Urban Walker (2007, p. 16) dat moraliteit het best begrepen kan worden in belichaamde praktijken van verantwoordelijkheid waarin een gedeeld begrip van “wie gaat wat voor wie doen, van wie wordt verwacht wat te doen voor wie” tot stand komt. Door onszelf en anderen bepaalde verantwoordelijkheden toe te schrijven, door deze te accepteren, of juist door deze af te wijzen, drukken we ons uit over de identiteit, relaties en waarden van zowel onszelf als anderen (Idem, p. 16). Ten derde is moraliteit niet afgescheiden van sociale praktijken, maar maakt deel uit van deze praktijken. De ethicus bevindt zich in de praktijk en staat er niet buiten. Vanuit deze drie vooronderstellingen komt Urban Walker (2007, p. 19) tot de vierde, namelijk dat: “morele theorieën en morele epistemologie bevrijd worden van de uitputtende erfenis van idealen en puurheid dat de meeste morele levens van de meeste mensen laat verdwijnen of deze onbegrijpelijk maakt”. De praktijk van het expressieve-collaboratieve model wordt door Walker ook wel een “ethiek van verantwoordelijkheid” genoemd.

De norm die gevormd wordt door middel van een ethiek van verantwoordelijkheid is dat mensen en verantwoordelijkheden op de goede plaats getracht gezet te worden met respect voor elkaar (Urban Walker, 2007, p. 84). Urban Walker heeft het uitgangspunt dat het oordeel over zorg uitsluitend door degenen geveld kan worden die bij de praktijk betrokken waren (Baur, van Nistelrooij, & Vanlaere, 2017). Echter de wijze waarop dit oordeel tot stand komt, kan wel beschreven worden. Als een oordeel tot stand komt door verschillende perspectieven, te beginnen bij de betekenis die

betrokkenen hebben ervaren, de interne standaarden in de praktijk en het oordeel in overeenstemming is met een vorm van rechtvaardigheid kunnen conclusies getrokken worden (Leget, Nistelrooij, & Visse, 2017). Anders gezegd, toegang tot wat goed handelen is kan alleen als verschillende posities, perspectieven en typen van kennis, erkend worden en met elkaar in verband worden gebracht, door met elkaar in dialoog te zijn (Idem).

Doordat de kennis over normativiteit in de praktijk is gelegen verschilt deze radicaal van de traditionele moraliteiten. Er zijn geen vooraf bepaalde, objectieve, normen of handelingen die bepalen wat goed of fout is (Hamington, 2015, p. 278). Hij geeft ook aan dat zorg niet volledig subjectief is; niet elke respons is volgens de zorgethische theorie de beste wijze om zorg te verlenen. Leget, Nistelrooij, & Visse, (2017, p. 9) stellen dat de inzichten omtrent context en praktijk leiden tot een visie op moraliteit die ambiguïteit, verschillen, spanningen en conflicten ziet en begrijpt. Dit is beter dan een eenzijdig, onrealistisch standpunt in te nemen. Om de reden van ambiguïteit wordt zorgethiek door sommigen verweten geen richting te geven in morele dilemma's (Sander-Staudt, 2022). Urban Walker (2007, p. 14) pareert deze kritiek door te stellen dat ze zich verbaast over het idee dat het zo belangrijk is om vast te stellen wie goed en wie fout is. Het is volgens haar veel belangrijker om te weten welke individuele kenmerken van ons leven volledig kunnen worden aanvaard en welke we niet kunnen rechtvaardigen.

Zorgethiek is een politieke ethiek: rechtvaardigheid en solidariteit

Volgens Tronto (1993) dient de bestaande grens tussen politiek en ethiek te verdwijnen. Het zijn volgens haar geen twee afgescheiden sociale praktijken, die los van elkaar staan. Argumenten voor morele afwegingen hebben een politieke betekenis; hoe de schaarse middelen verdeeld worden, hoe de orde wordt gehandhaafd en op welke wijze hiertoe tot besluitvorming wordt gekomen is gebaseerd op morele afwegingen. Ethiek en politiek zijn aan elkaar verbonden in een sociale praktijk en zorg is het belangrijkste concept voor de politiek. Deze uitgangspunten hanteert Tronto (1993, 2013) als essentieel voor een democratische samenleving. Het politieke aan zorg is volgens haar de manier waarop aan de behoeften van kwetsbare mensen tegemoet gekomen wordt, welke behoeften worden genegeerd en gezien. De conflicten die dit oplevert zijn niet privaat maar publiek (Tronto, 1993).

Vanaf het ontstaan van de zorgethiek is er een discussie of zorg of rechtvaardigheid het belangrijkste concept dient te zijn in de politieke filosofie (van Heijst, 2008; Engster & Hamington, 2015).

Tronto (1993) verwerpt de dichotomie tussen beiden. Rechtvaardigheid en zorg zijn volgens haar inherent aanvullend aan elkaar; zorgverhoudingen zijn ook meteen (on)rechtvaardigheidsverhoudingen (Tronto, 1993, p. 166; van Heijst, 2008). Deze stellingname wordt door Tronto (2013)

verduidelijkt door het benoemen van de morele kwaliteiten die nodig zijn in de verschillende fasen van zorg. In de vijfde fase van zorg, “*caring with*”, dienen behoeften vervuld te worden in overeenstemming met de democratische uitgangspunten rechtvaardigheid, gelijkheid en vrijheid voor iedereen (Tronto, 2013, p. 23).

Voor de fase van “*caring with*”, is volgens Tronto (2013, p. 35) solidariteit de belangrijkste burgerschapswaarde. Zij baseert zich hierbij op Sevenhuijzen (1996) die vanuit de relationele ontologie een rijpere betekenis aan het begrip solidariteit toekent. In de liberale ethiek is solidariteit gebaseerd op een rationele berekening van een wederkerigheid van geven en nemen. Sevenhuijzen (1996, p. 186) verwoordt het als volgt: “we zorgen dan niet omdat dat nodig is, maar omdat we er iets voor in de ruil kunnen terugverwachten als wij in dezelfde situatie zijn”. In zorgethiek is solidariteit een vorm van collectieve verantwoordelijkheid waarin anders-zijn een plaats heeft en mensen er op kunnen vertrouwen dat er voor ze gezorgd wordt, omdat kwetsbaarheid en afhankelijkheid deel uitmaken van ons menszijn en zorg nodig is op verwachte en onverwachte momenten (Sevenhuijzen, 1996).

In een rechtvaardige zorgende democratische maatschappij waar *caring with* en solidariteit een onderdeel van zijn dient volgens Tronto (2013, p. 7) de betekenis van democratie in de politiek heroverwogen te worden. Democratie heeft volgens haar betrekking op het toewijzen van zorgverantwoordelijkheden en de zekerheid dat het burgers mogelijk gemaakt moet worden om te participeren in deze toewijzing van verantwoordelijkheden. Burgers mogen van een overheid en maatschappelijke organisaties de garantie verwachten dat aan de behoeften van henzelf en hun geliefden tegemoet gekomen wordt. Andersom moeten burgers ook commitment vertonen om de waarden, instituties en praktijken te bewerkstelligen die maken dat een democratische maatschappij samenhangend zorgt voor zijn democratisch zorgende burgers (Tronto 2013, p. 44). In het realiseren van een dergelijke zorgzame maatschappij moet volgens haar dus de “ethiek van verantwoordelijkheid” geformuleerd door Urban Walker naar het centrum van de politieke agenda’s geplaatst worden (Tronto, 2013, p. 53). Besluitvorming in een democratische samenleving betekent volgens Tronto (2013, p. 170): “Dat iedereen, van de rijken tot de armen, van de meest zelfstandigen tot de meest afhankelijksten, aan de tafel moeten zitten om invloed te hebben op de heronderhandelingen van de zorgverantwoordelijkheden”.

2.3 Zorgverantwoordelijkheid

Zowel in de epistemologische als in de politieke dimensies van de zorgethiek komt zorgverantwoordelijkheid als een centraal thema naar voren. Verantwoordelijkheid is de taak om te

antwoorden op de behoefte van een ander, de taak tot zorg (van Nistelrooij & Visse, 2019, p. 276; Duyndam & Poorthuis, 2005, p. 21). Er zijn verschillende inzichten over de betekenis van het concept verantwoordelijkheid (van Nistelrooij, Visse, Spekkink, & de Lange, 2017). Deze inzichten worden in deze paragraaf weergegeven.

Zorgverantwoordelijkheid op basis van belofte: Voluntaristisch model:

In het voluntaristische model staat de belofte of afspraak om voor iemand te zorgen centraal (van Nistelrooij & Visse, 2019). Het zorgen voor een ander is een vrije keuze. De verplichting tot zorgen ontstaat als iemand dat heeft beloofd (Idem, 2019). Deze vrije keuze is een van de pijlers in een neo-liberalistische samenleving (Tronto, 2013). In een neo-liberalistisch politiek systeem worden alle interventies afgewezen die iemands vrijheid om te kiezen beperken (Idem, p. 37). Mensen worden geacht voor zichzelf en hun naasten te zorgen door rationeel en verantwoordelijk te handelen. De basis van zorg voor naasten is solidariteit. Deze solidariteit is gebaseerd op wederkerige belangen (Sevenhuijzen, 1996). Als er behoeften zijn die je zelf niet kunt vervullen dan dien je ze te kopen en als je dat niet kan dien je, op basis van wederkerigheid, familie, vrienden of vrijwilligers in te schakelen (Tronto, 2017, pag. 30). Als je een behoefte hebt waaraan niet tegemoet gekomen wordt, is dit een gevolg van het feit dat jezelf en anderen in je nabije omgeving hun verantwoordelijkheden niet nemen; de overheid heeft geen verantwoordelijkheid (Tronto, 2013). Het probleem van dit model is dat het geen rekening houdt met niet-vrijwillige verplichtingen gebaseerd op relaties en dat het uitgaat van het onrealistische beeld dat alle situaties waarin mensen verkeren gelijk zijn en mensen gelijke mogelijkheden hebben (van Nistelrooij & Visse, 2019; Tronto, 2013, 2017).

Zorgverantwoordelijkheid op basis van relatie: vulnerability-responsive model

Het *vulnerability-model* ontworpen door Goodin (Urban Walker, 2007) baseert zich in tegenstelling tot het *voluntaristic-model* op de speciale relaties die een verplichting kunnen geven om te zorgen voor de ander die behoeftig en kwetsbaar is. De zorgverantwoordelijkheid is in dit model een respons op de kwetsbaarheid van de ander (Urban Walker, 2007; van Nistelrooij & Visse, 2019). Eichner (2015, p. 88) hanteert dit model om te beargumenteren dat zorgverantwoordelijkheid als eerste bij de eigen familie ligt en de rol van de overheid is om hier zo min mogelijk in te interveniëren. Of iemand zorg draagt is dus afhankelijk van welke relatie er is met de ander en of iemand ook in de positie is om zorg te kunnen dragen. Als dat zo is, bestaat de verplichting om dit te doen voor de ander, want de ander is afhankelijk van de acties en keuzen van de zorgverantwoordelijke (Idem p. 88). Eichner (2015, p. 88) ziet echter ook dat zowel individuele autonomie als

autonomie van families een simplificatie van de werkelijkheid is; mensen en families zijn afhankelijk van zorg en er is geen sprake van gelijkheid in de samenleving. Volgens Eichner (2015, p. 90-92) zouden deze liberale waarden moeten worden uitgebreid met zorg en persoonlijke ontwikkeling. Op die manier kan de overheid niet neutraal blijven ten opzichte van families, maar moet deze ervoor zorgen dat mensen door middel van instituties noodzakelijke zorg krijgen en ondersteund worden in hun persoonlijke ontwikkeling (Idem, p. 94). Ze stelt wel de vraag op welke wijze de overheid dient te ondersteunen. Is de overheid pas aan zet als de familie tekortschiet, of is de verantwoordelijkheid voor de opvoeding van kinderen een gezamenlijke verantwoordelijkheid van familie en overheid? Eichner (2015, p. 97) opteert voor het laatste vanwege het feit dat opvoeden, en dus ook de behoefte aan hulp, een langdurig proces is. In haar conclusie blijft het streven naar een maatschappij waarin mensen en families wél zelf hun verantwoordelijkheid op zich kunnen nemen (Idem p. 100). Door Kittay (1999, 2015) wordt bestreden dat dit ideaal werkelijkheid wordt, omdat volgens haar mensen “onvermijdelijk afhankelijk en onlosmakelijk van elkaar afhankelijk” zijn. Haar uitgangspunt is dat een speciale, biologische relatie kan leiden tot een morele verplichting tot zorgen (Kittay, 2015, p. 56), maar ze benadrukt ook dat er een afgeleide afhankelijkheid is van degene die voor hun naaste zorgt. De zorggever is afhankelijk van sociale netwerken en instituties in de zorg voor de afhankelijke, ze noemt dit *nested relationality*, het model wordt dan ook wel *relational-vulnerability model* genoemd (van Nistelrooij et al., 2017). Kittay (2015, p. 60) onderschrijft de theorie van Tronto en Urban Walker waarin zij stellen dat verantwoordelijkheid een centraal politiek concept moet zijn. In haar visie heeft een zorggever zowel verantwoordelijkheden als rechten (en dus ook plichten), waarbij de context bepaalt of de verantwoordelijkheid óf het recht voorgaat. Ze benadrukt dat in zorgrelaties sprake is van een asymmetrische machtsverhouding en dominantie, waardoor de maatschappij verplicht is de afhankelijke, de zorggever en zorgvrager, hiertegen bescherming te bieden (Kittay, 2015, p. 61). De vereiste sociale verbinding is volgens Kittay (2015, p. 66) niet gebaseerd op wederkerigheid. In een rechtvaardige samenleving heeft iedereen die afhankelijk is, zorgvrager en zorggever; “er recht op om in een gelijke positie te verkeren als voor iedereen noodzakelijk is”.

Ondanks de nadruk op de gezamenlijke verantwoordelijkheid staat ook in het *relational-vulnerability model* de speciale relatie met degene die afhankelijk is centraal. Een kritiek op deze wijze van denken over verantwoordelijkheden binnen speciale relaties is dat het een bepaalde dwang in zich heeft en het negeert hoe iemand in de positie van zorggever is gekomen (van Nistelrooij & Visse, 2019). Urban Walker (2007, p. 95) is van mening dat zowel de menselijke behoeften als het toewijzen van verantwoordelijkheden in het *vulnerability model* een sociale constructie is. Dat wil zeggen dat wat gezien wordt als behoefte en wie moreel verantwoordelijk is om hieraan tegemoet te komen, wordt bepaald door de maatschappij. Urban Walker (2007, p. 92) geeft aan dat het uitgangspunt dat

iedereen in principe kwetsbaar is, te vaag is om concrete verantwoordelijkheden aan te verbinden. Zij wil daarom het concept van *dependency in fact* hanteren. Feitelijke afhankelijkheid kan beter de vraag beantwoorden hoe te zorgen voor anderen waarmee je geen relatie hebt, *the unknown other*.

Praktijken van verantwoordelijkheid: Expressief-collaboratief model:

Vanuit de kritiek op het *vulnerability model* stelt Urban Walker (2007, p. 103) voor te denken in praktijken van verantwoordelijkheid in plaats van één concept van morele verantwoordelijkheid. Het expressief-collaboratief model gaat uit van praktijken van verantwoordelijkheid waarbinnen morele verantwoordelijkheid zichtbaar is. Urban Walker oppert om *geographies of responsibility* in kaart te brengen; de structuur van vooronderstellingen die de verdeling van verantwoordelijkheden stuurt. In deze structuur wordt zichtbaar hoe verantwoordelijkheden worden toegewezen, geaccepteerd, onderhandeld, afgewezen, omgebogen of genegeerd. Urban Walker (2007, pp. 105,106) wil daarin zoeken naar een gedeelde herkenning van een systeem van verantwoordelijkheden, om lijden te voorkomen en welzijn te bevorderen. Op deze manier zal het gezamenlijke vertrouwen in het menselijke vermogen om verantwoordelijkheid te nemen versterken en zal een gezamenlijk begrip van verantwoordelijkheid ook gereproduceerd worden. Urban Walker ziet het in kaart brengen van verantwoordelijkheden dus als een leerproces waarin morele verwachtingen niet vaststaan en niet context vrij zijn, maar verbonden aan tijd, plaats, de plaats van de zorgpraktijk, identiteiten en de aard en de kwaliteit van de onderlinge relaties (van Nistelrooij & Visse, p. 282).

Nadelen van dit model zijn dat niet iedereen kan participeren in de reflectie, vanwege een gebrek aan middelen of vanwege de kracht van de sociale norm. Tronto (1993, 2013) benoemt dit als machtsrelaties, waarin groepen mensen zich door hun privileges kunnen onttrekken aan verantwoordelijkheden. Daarnaast is ook in dit model de toewijzing van verantwoordelijkheden gebaseerd op impliciete aannames (van Nistelrooij & Visse, 2019, p. 281).

Verantwoordelijkheid als gegeven

In de drie bovengenoemde modellen wordt er van uit gegaan dat verantwoordelijkheid verbonden is aan een persoon. Deze persoon is *the moral agent* die de verantwoordelijkheid toegewezen krijgt en de taak heeft om te handelen. Door verantwoordelijkheid te zien als verbonden aan een persoon en onderdeel van de realiteit, is het ook iets dat gekend en onderzocht kan worden, het is *ontic* (van Nistelrooij & Visse, 2019, p. 282). Verantwoordelijkheid kan echter ook een gegeven zijn, passief, niet toebehorend aan een persoon (Idem, p. 283). Deze passieve dimensie van verantwoordelijkheid heeft overeenkomsten met de filosofie van Levinas. In Levinas' filosofie is verantwoordelijkheid de

basisnotie en is het de oorsprong van het morele (Duyndam & Poorthuis, 2005, p. 21). Hij ziet verantwoordelijkheid in het appèl dat van de ander uitgaat. De aard van verantwoordelijkheid is dat het een uitnodiging is, deze uitnodiging kan men aannemen of niet en men kan antwoorden op de wijze die men zelf verkiest (Duyndam & Poorthuis, 2005, p. 22). Verantwoordelijkheid is in deze visie dus een prereflexief fenomeen, waarvan we ons niet bewust zijn. Een fenomeen dat mogelijk niet begrepen wordt, ons verrast, buiten onze verbeelding ligt en buiten ons bevattingsvermogen ligt (van Nistelrooij & Visse, 2019, p. 283). In dat geval is verantwoordelijkheid niet een concept dat aan een persoon verbonden is, maar het staat er los van. Een tweede consequentie is dat verantwoordelijkheid wordt gezien als fenomeen dat uit zichzelf aanwezig is, zonder ethische lading (Idem). Er dienen geen werkwoorden aan verbonden te worden, waardoor het een actie van een persoon wordt. Verantwoordelijkheid in de vorm van een gegeven is niet iets wat je op je neemt, afwijst of verdeelt. Door verantwoordelijkheid los te koppelen van de *moral agent* en *agency* ontstaat de dialectische relatie ertussen. *Agency* veronderstelt activiteit, terwijl verantwoordelijkheid ook passief kan zijn en iemand het appèl, de uitnodiging volgens Levinas, ook niet kan aannemen (Idem, p. 283).

2.4 Verantwoordelijkheid van ouders

In deze paragraaf wordt een antwoord gegeven op de vraag op welke wijze zorgverantwoordelijkheid van ouders volgens de zorgethische theorie begrepen kan worden. Vanuit de ontologische, epistemologische en politieke dimensies van zorgethiek is verantwoordelijkheid van ouders voor kinderen en daarbij dan ook de collectieve verantwoordelijkheid van de samenleving te duiden. Zonder twijfel is het feit dat kinderen kwetsbaar en afhankelijk van de zorg van anderen zijn en dat er een zorgverantwoordelijkheid is. Ruddick (1989), een van de grondlegsters van de zorgethiek, heeft in de jaren '80 van de vorige eeuw de zorg voor kinderen als paradigma genomen voor haar uitwerking van een nieuw perspectief op ethiek. Hierbij benadrukt Ruddick (1989) dat de zorg voor een kind niet essentialistisch aan de moeder toegeschreven kan worden. Wel heeft ze aangegeven waartoe de zorg moet leiden. "*Maternal practice*", het uitvoeren van moederen, bestaat volgens Ruddick (1989) uit het voldoen aan drie doelen: liefdevol beschermen, mogelijk maken van groei en training voor sociale acceptatie. Het derde doel komt niet vanuit het kind, maar vanuit de sociale omgeving waar de "moeder" deel van uitmaakt (Ruddick, 1989). Van "moeders" wordt verwacht dat ze hun kinderen acceptabel opvoeden. Daarbij verschilt het tussen groepen en culturen wat als acceptabel geldt (Ruddick, 1989). Als zoals Ruddick stelt de "*maternal practice*" niet vanzelfsprekend of uitsluitend de verantwoordelijkheid voor de zorg bij de moeder legt, bij wie ligt het dan volgens de zorgethische inzichten wel? Deze vraag wordt uitgediept in de verschillende modellen.

Het *voluntaristic-model* is gebaseerd op een mensbeeld in de liberale ethiek van een autonoom individu dat rationele keuzes maakt en staat om deze reden ver af van de relationele ontologie en zorgverantwoordelijkheid volgens de zorgethische theorie. Volgens de theorie van Eichner (2015) dragen ouders als eerste verantwoordelijkheid en is er een continue rol voor de overheid, om ouders bij te staan indien ze de verantwoordelijkheid niet aan kunnen. De nadruk op streven naar autonomie van ouders en het individu maakt dat deze theorie niet strookt met het zorgethische uitgangspunt van het relationele mensbeeld.

In het *relational-vulnerability model* van Kittay (1999, 2015) zijn ouders als eerst verantwoordelijk voor de zorg van kinderen. Volgens de visie vanuit de *nested-relationality* zijn ze afgeleid afhankelijk en dienen ze ondersteund te worden door de gemeenschap. Doordat Kittay (2015) verantwoordelijkheid en recht aan elkaar verbindt, kan er bij degene die verantwoordelijkheid draagt een morele plicht, dus dwang, bestaan. Tezamen met het begrip "*nested-relationality*", waarin de nadruk ligt op een relatie in een sociaal netwerk, kan verantwoordelijkheid, rechten en plichten leiden tot parochialisme (Tronto, 1993). Er wordt dan geen verantwoordelijkheid genomen voor de onbekende ander waarmee men geen relatie heeft.

In dit onderzoek wordt het expressief-collaboratieve model van verantwoordelijkheid als uitgangspunt genomen, omdat deze overeenkomt met de ontologische, epistemologische en politieke uitgangspunten van zorgethiek. De verantwoordelijkheid van ouders en anderen ligt niet vooraf vast, maar wordt vastgesteld door het gezamenlijk in kaart brengen van behoeften van zichzelf en hun relaties, de keuzes die hierin gemaakt worden, de context van tijd en plaats, de aard en kwaliteit van relaties (van Nistelrooij & Visse, p. 282).

Het expressief-collaboratief model kan verrijkt worden door verantwoordelijkheid te gaan zien als een fenomeen los van een persoon of institutie. Dan kan de betekenis, wat is verantwoordelijkheid en hoe wordt verantwoordelijkheid ervaren, zichtbaar gemaakt worden.

2.5 Sensitizing concepts

Vanuit de theorie van zorg en zorgverantwoordelijkheid zijn een aantal *sensitizing concepts* te benoemen, die als lens gehanteerd worden in de analyse van de empirische bevindingen. In dit onderzoek zijn dit identiteit, kwetsbaarheid, afhankelijkheid, positie, relatie, gezamenlijk. Vanwege de dialectische verhouding tussen empirie en theorie worden niet uitsluitend deze concepten als lens beschouwd, maar is er een open houding ten opzichte van andere inzichten.

3. Benadering en methode

Dit hoofdstuk beschrijft de methode waarmee het empirische onderzoek is uitgevoerd. De onderzoekbenadering, sociaal constructivistisch en zorgethisch, wordt geduid alsmede de gehanteerde methode, Interpretative Phenomenological Analysis. Veel aandacht wordt geschonken aan de positie van de onderzoeker, vanwege de *insider*-positie. Daarna zijn de casusdefinitie, de data-analyse en de ethische overwegingen beschreven.

3.1 Onderzoeksbenadering

In deze paragraaf wordt nader aangegeven op welke filosofische aannames dit onderzoek gestoeld is en welke methodologische consequenties dit heeft (Creswell & Poth, 2018, p. 20). De kennisbenadering in dit kwalitatief, zorgethisch onderzoek is sociaal-constructivistisch. In de sociaal-constructivistische benadering is de vooronderstelling dat mensen op zoek zijn naar een begrip van de wereld waarin ze leven en werken, en dat subjectieve betekenissen worden geconstrueerd door mensen die tot elkaar in relatie staan binnen een specifieke sociale en historische context (Creswell & Poth, 2018, p. 24). De sociaal-constructivistische benadering is interpretatief; het laat de zoektocht naar een absolute waarheid los en er is ruimte voor meerdere werkelijkheden geconstrueerd door ervaringen en interactie met anderen (Johnson & Parry, 2016, p. 16; Creswell & Poth, 2018, p. 35). De keuze voor deze benadering komt voort uit de aanname dat de praktijk van het gebruik van alcohol door jongeren sociaal geconstrueerd en contextgevoelig is, waaraan ouders hun eigen subjectieve betekenis geven.

Daarnaast is de onderzoekbenadering van de Utrechtse zorgethiek gehanteerd. Dit zorgethisch onderzoek wordt gedreven door maatschappelijke problemen en kenmerkt zich ook door de dialoog tussen theorie en empirie. Conceptuele en theoretische inzichten worden bevraagd en verrijkt door empirisch onderzoek en vice versa (Leget, Nistelrooij, & Visse, 2017, p. 6). Door theoretische inzichten 'in gesprek' te brengen met empirische bevindingen kunnen beiden elkaar verrijken en kan het moreel goede gevonden worden. Op deze wijze kan aan de doelstellingen van het onderzoek voldaan worden.

Het empirische gedeelte van het onderzoek is fenomenologisch. Fenomenologie en zorgethiek sluiten op elkaar aan. Zowel vanuit zorgethiek als volgens de fenomenologische filosofie vormen de concrete geleefde ervaringen de basis voor filosofische reflectie (van der Meide, 2015; Vosman, 2017). Het doel van empirisch fenomenologisch onderzoek is om de betekenissen van een fenomeen te onthullen door gericht te zijn op geleefde ervaringen en betekenissen. Van der Meide (2015) benoemt vier kenmerken van fenomenologisch onderzoek. Door nauwkeurig onderzoek van

individuele ervaringen onthult de onderzoeker de gemeenschappelijke kenmerken van een ervaring of een gebeurtenis. Een tweede kenmerk van fenomenologisch onderzoek is dat het de meerlagerigheid en ambivalentie van ervaringen belicht, in plaats van ze te versimpelen of te verklaren. Een derde kenmerk is de vereiste open houding en reflexiviteit van zowel de onderzoeker als degene die de ervaring inbrengt. Als laatste wordt gezocht naar de essentie of rode draad van het fenomeen. De essentie is altijd contextueel en daarom niet onveranderlijk.

3.2 Onderzoeksmethode

Fenomenologisch onderzoek kent verschillende methoden. De onderzoeksmethode waarvoor gekozen is, is Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). Het doel van IPA is om gedetailleerd te onderzoeken hoe participanten betekenis geven aan hun persoonlijke en sociale wereld, waarbij de nadruk ligt op de particuliere betekenis van participanten (Osborn & Smith, 2009).

IPA gebruikt een dubbele hermeneutiek; de onderzoeker probeert de participant te begrijpen terwijl deze participant haar geleefde ervaringen probeert te begrijpen. De onderzoeker gaat naast de participant staan om deze te begrijpen, maar is tegelijkertijd kritisch op zoek naar betekenissen die niet aan de oppervlakte liggen. In deze houding is de onderzoeker dus zowel empathisch als achterdochtig (Eatough & Smith, 2017).

IPA is gericht op de geleefde ervaringen van mensen. Ervaringen moeten volgens IPA begrepen worden in de context van de concrete en betekenisvolle wereld van mensen. IPA is gericht op de aspecten van een ervaring die belangrijk zijn voor mensen en reden geeft tot eigen acties in een wereld die er altijd en overal is en inherent betekenisvol (Eatough & Smith, 2017, p. 7).

Een onderscheidend kenmerk ten opzichte van andere fenomenologische methoden in IPA is ideografie. Idiografie wil zeggen dat elke afzonderlijke casus geanalyseerd wordt, voordat gegeneraliseerde uitspraken worden gedaan. Vanwege de focus op de afzonderlijke casus is IPA gecommitteerd aan de *case study*, waarvan het voordeel is dat deze een persoonlijke, uniek en diepgaand perspectief geven op een fenomeen. Door deze verschillende casussen met elkaar te vergelijken kunnen algemene thema's naar boven komen (Eatough & Smith, 2017).

3.3 Positie van de onderzoeker

Fenomenologische houding

Fenomenologisch onderzoek vereist een open houding en reflexiviteit van de onderzoeker (van der Meide, 2015). In kwalitatief onderzoek is de onderzoeker namelijk niet afgescheiden van het onderzochte, maar maakt deel uit van de praktijk van onderzoek (Roulston & Shelton, 2015). Finlay

(2008) geeft aan wat een fenomenologische open houding inhoudt. De onderzoeker is volledig betrokken, geïnteresseerd en open tot wat van het fenomeen verschijnt. De subjectiviteit van de onderzoeker is onderkend en de intersubjectiviteit is omarmd. De uitdaging voor de onderzoeker is om tegelijkertijd tegengestelde houdingen als wetenschappelijk, open en bewust te combineren met een interactie met participanten die midden in hun eigen ervaring zitten. Een bijkomende uitdaging voor de onderzoeker is om niet teveel op zichzelf gericht en eigen waarnemingen en gedachten te zijn en te voorkomen dat het onderzoek niet omdraait van het fenomeen en participanten naar de onderzoeker (Finlay, *A Dance Between the Reduction and Reflexivity: Explicating the "Phenomenological Psychological Attitude"*, 2008).

De open fenomenologische houding wordt ook wel beschreven met de term *bridling* (Dahlberg in Finlay, 2008). *Bridling* wil zeggen dat de onderzoeker de eigen vooronderstellingen in de vorm van overtuigingen, theoriën en andere aannames beteugeld, omdat ze anders het begrip van het fenomeen kunnen beïnvloeden en het openstaan voor de essentie van de ervaring beperkt. *Bridling* is geen methode maar een activiteit van een onderzoeker. *Bridling* heeft tot doel om de spanning te beschrijven die in het onderzoeksproces optreedt tussen het streven naar afscheiding en reflexief zelfbewustzijn, tussen het tussen haakjes zetten van vooronderstellingen én deze gebruiken als een bron van inzicht, tussen naïeve openheid en kritisch bewustzijn (Finlay, 2008, p.3). In de vereiste open houding zijn dus het tussen haakjes zetten van vooronderstellingen en reflexiviteit met elkaar verweven.

Finlay (2002) ziet het gevaar dat een onderzoeker verdrinkt in het moeras van reflexiviteit. Als een richtlijn geeft zij aan dat een onderzoeker reflexief dient te zijn op onder andere de volgende punten: (i) introspectie, (ii) intersubjectieve reflectie, (iii) wederzijdse samenwerking. Door de wederzijdse samenwerking kan volgens Finlay (2009) het onderzoek uitgroeien tot een coproductie, waarin de onderzoeker en participant allebei onderzoekers zijn geworden. De onderzoeker maakt deel uit van wat wordt onderzocht en zowel participant als onderzoeker dragen bij aan het onderzoek. Een gevolg hiervan is de onderkenning volgens Finlay, (2009 p. 16):

"If research is recognised as the joint product of the researcher, the co-researcher and their relationship, then different researchers will unfold different findings and negotiate different meanings".

Om *bridling* inzichtelijk te maken heeft onderzoeker in een reflexief logboek de eigen ervaringen met het alcoholgebruik van haar zoon, de relatie met de deelnemers en de wederzijdse interactie tijdens het onderzoek genoteerd. Voor een goede begrip van de positie is in bijlage 1 een samenvatting van dit logboek weergegeven.

Insider-positie van de onderzoeker

De eigen ervaringen met het fenomeen, de relatie met de respondenten, behorende tot dezelfde sociale groep en bekendheid met de cultuur van de respondenten maakt dat de positie van de onderzoeker in dit onderzoek zich kenmerkt als *insider* (Ross, 2017). Deze positie heeft voordelen, maar brengt ook uitdagingen met zich mee. De voordelen zijn: een gemakkelijker toegang bij het vinden van participanten, snel "*rapport*" kunnen maken met de participanten, een genuanceerde en verantwoordelijke data-verzameling, sociale normen en waarden mee kunnen nemen in de overwegingen en een verrijking in de interpretatie van de data in het licht van een diepgaande kennis van de sociale, historische en politieke context (Ross, 2017, p. 327). Er zijn echter ook uitdagingen aan de *insider*-positie. Aannames aan de kant van zowel onderzoeker als participant over een gedeeld begrip van belangrijke concepten kunnen er toe leiden dat deze niet ter discussie worden gesteld. De aard van de bestaande relatie kan er tevens toe leiden dat discussies over belangrijke onderwerpen als risicovol of niet comfortabel worden ervaren. Daarnaast spelen emoties van de onderzoeker en de deelnemer tijdens het doen van onderzoek, met name het interview, als een *insider* een specifieke rol (Ross, 2017, p. 237).

De *insider-outsider*-positie van een onderzoeker is zeker geen dichotomie (Ross, 2017). Een speciale rol is echter die van intieme *insider* (Taylor, 2011). Hiermee wordt bedoeld als de onderzoeker regulier en voortdurend contact heeft met de deelnemers en de persoonlijke relaties sterk verbonden zijn in de context waarin het onderzoek plaatsvindt. Als de onderzoeker zodanig nauw verbonden is met ongedocumenteerde historische kennis van de mensen en het fenomeen dat bestudeerd wordt, krijgt het onderzoek kenmerken van een auto-etnografie (Taylor, 2011, p. 5). Deze constatering heeft gevolgen voor de ethische overwegingen in het onderzoek en de overwegingen met betrekking tot de kwaliteit van het onderzoek.

3.4 Casusdefinitie

In dit onderzoek is in eerste instantie geprobeerd om deelnemers aan het onderzoek te werven door een tussenpersoon in te schakelen. De onderzoeker kende haar als professional (sociaal werker) in een naburig dorp en wist dat zij groepsgesprekken voerde met ouders die zich zorgen maakten over het alcohol- en drugsgebruik van hun kinderen. Deze tussenpersoon heeft enkele ouders gevraagd of ze bereid waren om zich te laten interviewen. Hierop kreeg zij echter geen positieve reacties. De onderzoeker heeft daarom besloten om binnen haar eigen netwerk te gaan zoeken naar deelnemers die voldoen aan de volgende criteria:

- ze hebben een kind tussen de 12 en 18 jaar;
- kunnen en willen vertellen over gebeurtenissen over het alcoholgebruik van hun kinderen;

In de eerste kring van sociale relaties van onderzoeker waren ongeveer 10 personen die voldeden aan deze criteria. Mogelijk vanwege de *goodwill* die er bestaat bij mensen waarmee al een relatie is opgebouwd, waren alle personen die benaderd zijn wel bereid om mee te werken. Daardoor is verder geselecteerd door te zoeken naar zoveel mogelijk differentiatie:

- Gender: er zijn drie moeders en één vader geselecteerd;
- Woonplaats: drie deelnemers wonen in hetzelfde kleine dorp als onderzoeker, één persoon woont in een ander dorp, maar wel in dezelfde gemeente.
- Wél of niet opgegroeid in deze streek; één persoon woont 15 jaar in de huidige woonplaats, maar is opgegroeid in een geheel andere regio in Nederland. De andere drie deelnemers zijn geboren en getogen in het dorp waar ze wonen.

Er is gekozen voor vier deelnemers. In IPA is het aantal respondenten klein vanwege het ideografisch uitgangspunt. De focus ligt immers op een diepgaand begrijpen van het individuele geval, voordat gegeneraliseerd wordt (Eatough & Smith, 2017, p. 29).

De relatie tussen onderzoeker en respondenten was verschillend van aard. Van alle deelnemers was onderzoeker op de hoogte van hun gezinssituatie en andersom. Met alle deelnemers was er al een basis van elkaar kennen en vertrouwen. Met één deelnemer is het aantal contacten de afgelopen jaren minimaal geweest, met twee deelnemers heeft onderzoeker ongeveer maandelijks contact, maar niet intensief. Met één deelnemer heeft onderzoeker wel regulier contact en onderneemt ze ook gezamenlijk activiteiten.

3.5 Data-verzameling

Voor de dataverzameling zijn in de maanden mei en juni 2022 vier open diepte-interviews gehouden over de gedachten, gevoelens en gebeurtenissen die de ervaring van een ouder met het gebruik van alcoholische dranken kenmerken. Ter voorbereiding op de interviews zijn geen interviewvragen geformuleerd, maar is wel een lijst als gesprekshulp gehanteerd (van Wijngaarden, 2015). Deze lijst is opgenomen in bijlage 2.

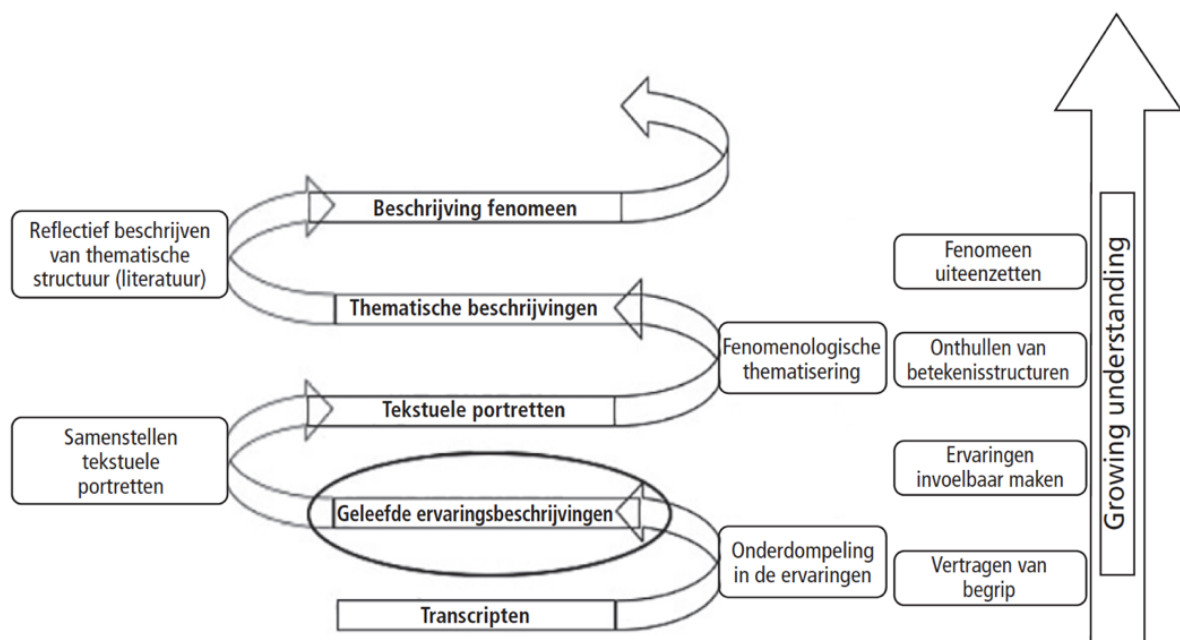
De locatie waar de interviews plaatsvonden is aan de geïnterviewde overgelaten. De voorwaarde dat er ongestoord een gesprek van ongeveer een uur gevoerd moet kunnen worden bleek doorslaggevend voor de keuze van de locatie. Twee gesprekken hebben daarom bij onderzoeker thuis plaatsgevonden, één gesprek bij een respondent thuis en één gesprek in een openbaar gebouw. Door de *insider*-positie van de onderzoeker waren de interviews interactief. Interactief interviewen wil zeggen dat zowel geïnterviewde als de interviewer actief deelnemen aan het gesprek. De verhalen komen situationeel tot stand en zijn een product van het gesprek tussen twee participanten (Holstein & Gubrium, 1995, pp. 2,3). Interpreteren begint al tijdens het interview. Onderzoeker heeft

geprobeerd zo weinig mogelijk te sturen en de respondenten hun eigen verhaal te laten vertellen (Eatough & Smith, 2017).

Van de interviews zijn audio-opnames gemaakt. Drie interviews duurden tussen de 30 -45 minuten. Van één interview is een audio-opname van meer dan anderhalf uur. Het interview was afgesloten maar het gesprek werd vervolgd over andere onderwerpen met betrekking tot het opvoeden van kinderen. Deze audio-opnames zijn geheel getranscribeerd, maar het laatste gedeelte is opgenomen in het reflexief logboek.

3.6 Data-analyse

In de data-analyse is gebruik gemaakt van het schema zoals beschreven door Van der Meide (2018). Dit analyseproces ziet er schematisch als volgt uit:



Figuur 3: structuur van fenomenologische analyse uit Van der Meide (2018)

De volgende stappen zijn uitgevoerd:

1. Onderdompelen in de ervaringen:

De transcripties zijn herlezen en in sommige gevallen de audio-opname opnieuw beluisterd. In het reflexief logboek heeft onderzoeker beschreven hoe de interviews werden ervaren. Daarna is de ruis uit de transcripties gestreept. Ruis is tekst die geen relatie heeft met alcoholgebruik of tekst die een mening bevat, of erg abstract is (Van der Meide, 2018, p. 35). De transcripties werden op deze wijze gevormd tot beschrijvingen van de geleefde-ervaringen.

2. Samenstellen van tekstuele portretten

Van der Meide (2018, p. 35) omschrijft tekstuele portretten als: “op zichzelf staande teksten waarin een ervaring van een specifieke gebeurtenis op beeldende (evocatieve) wijze is beschreven”. Bij het samenstellen van de tekstuele portretten is de beschreven ervaring in enkele woorden samengevat en een nummer gegeven. De samenvatting gaf nadrukkelijk geen betekenis weer, maar slechts de inhoud, bijvoorbeeld “beschrijving gedrag zoon”. Op deze wijze konden de ervaringen gebundeld worden en is begonnen met het schrijven van de tekstuele portretten. Daarin zijn zoveel mogelijk quotes van de respondenten gebruikt. De tekstuele portretten zijn daarna nagekeken of er geen algemeenheden of theoretische termen in stonden en de teksten wel voldoende concrete details omvatte. De Tekstuele portretten zijn opgenomen in bijlage 3.

3. Thematische beschrijvingen

Aan de hand van de tekstuele portretten is, voor elk portret afzonderlijk, bekeken welke thema's door de respondenten aangegeven zijn. Deze thema's zijn daarna bij elkaar gebracht en opnieuw is beoordeeld in hoeverre de thema's geclusterd kunnen worden. Een voorbeeld hiervan is voor één respondent opgenomen in bijlage 4.

4. Beschrijving fenomeen

De laatste stap was om vanuit de thematisering het fenomeen te beschrijven. Hierbij is nog geen gebruik gemaakt van literatuur. Dit is afwijkend ten opzichte van de methode van Van der Meide (2018) en bovenstaand schematische weergave. Gebruik maken van de literatuur in dit onderzoek is immers gevat in de theoretische vraagstelling. De vergelijking, en verrijking, van het fenomeen met theorie komt aan de orde in de synthetiserende vraag in hoofdstuk 5.

3.7 Ethische overwegingen

Het doen van onderzoek is een sociale praktijk waarbij ethiek een belangrijke aspect vormt. Allereerst zijn hiervoor de procedurele regels gevolgd. De UvH volgt de Nederlands gedragscode wetenschappelijke integriteit uit 2018¹³. Voor zover van toepassing is hierbij aangesloten. Volgens de “Hoofdpijnen van het beleid met betrekking tot management van onderzoeksdata” van de UvH¹⁴ zijn een *informed consent* formulier en een datamanagement plan (DMP) opgesteld. De richtlijnen met betrekking tot data privacy zijn opgevolgd. Als tweede zijn ethische normen tijdens het doen van

¹³ Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit: <https://doi.org/10.17026/dans-2cj-nvwu>.

¹⁴ hoofdpijnen_beleid_management_onderzoeksdata.pdf, geraadpleegd op 15 maart 2022, <https://www.uvh.nl/mijnuvh/onderzoek-en-valorisatie/datamanagement/beleid-en-richtlijnen>

onderzoek toegepast, deze zijn niet vooraf vast te leggen maar doen zich voor in de praktijk. Tijdens de interviews heeft onderzoeker ervaren dat wederzijds vertrouwen in stand gehouden dient te worden. Er is namelijk een gezamenlijke historische kennis. Vragen hoefden niet gesteld te worden omdat de voorgeschiedenis bekend was. Er zijn ook vragen niet gesteld omdat ingeschat werd dat om uitleg vragen van een situatie participant of haar/zijn familieleden zou schaden. De participanten hebben de transcripties en de tekstuele portretten gelezen en goedgekeurd.

Vanwege het auto-etnografische karakter van dit onderzoek, is aandacht geschonken aan de teksten waarin andere personen voorkomen, met name de zoon van onderzoeker. Deze heeft ingestemd met wat over hem geschreven wordt in het onderzoek. Er is daarin zeker een keuze gemaakt in wat wel is opgenomen en niet is opgenomen.

4. Empirische bevindingen

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de empirische deelvraag die luidt: “wat is de geleefde ervaring van ouders van adolescenten ten opzichte van het gebruik van alcohol door hun kinderen?” Op basis van de tekstuele portretten zijn de betekenissen geïnterpreteerd en gestructureerd thema’s (zie bijlage 3). Deze thema’s zijn per respondent weergegeven. In de laatste paragraaf zijn de thema’s van de vier respondenten samengevoegd en zijn de geleefde ervaringen, voor zover mogelijk, gegeneraliseerd.

4.1 Jacqueline:

Jacqueline is een moeder van drie kinderen, twee zoons en een dochter, in de leeftijd van 16, 18 en 19 jaar. Eén van de kinderen is een buitenhuis wonende student, de andere kinderen wonen nog thuis. Ze is getrouwd, heeft een parttime baan en zij en haar man zijn opgegroeid in de gemeente waarin ze nu wonen.

Besef dat kind sprong maakt naar zelfstandigheid

Haar ervaringen met het drinken van alcohol van haar kinderen zijn voor een gedeelte gebaseerd op ervaringen in het verleden en een periode die is afgesloten. Door het drinken van alcohol van haar kinderen beseft Jacqueline dat de opvoeding van haar kinderen in een andere fase is gekomen. Haar kind vertoont gedrag dat bij het volwassen leven hoort. De beschrijving van de geleefde ervaring van Jacqueline begint met een beschrijving van de start van deze fase die ze zich nog goed weet te herinneren. Ze beschrijft de eerste keer dat ze haar zoon met een biertje in zijn hand zag staan.

Jouw kind, net uit de luiers, staat bier te drinken op een feestje waar mijn moeder ook is.

Van ongerustheid naar opluchting

De stemming van Jacqueline ten opzichte van het alcoholgebruik van haar kinderen is in de loop van de jaren veranderd. Toen ze haar oudste voor het eerst met een biertje zag staan, realiseert ze zich dat hij de leeftijd van alcohol drinken heeft bereikt en maakte dat haar ongerust. Ze maakt zich vooral ongerust over dat de kinderen veilig thuis komen en geen onbekende drankjes gebruiken. Nu is ze een aantal jaren verder en is haar jongste 16 jaar. Terugkijkend op deze periode is ze tevreden en opgelucht.

Eigenlijk mag ik mijn handen dichtknijpen met onze kinderen, ik vertrouw ze dat het niet al te bont maken. Daarom kan ik het nu ook wel wat meer loslaten.

Ondersteuning bieden: praten, adviseren, complimenteren

Jacqueline biedt haar kinderen ondersteuning in de keuzes die de kinderen maken. Ze praat met de kinderen over hun ervaringen. Ze adviseert ze om zich niet mee te laten slepen door het gedrag van anderen. Ze complimenteert als haar kinderen zich verantwoordelijk gedragen en zegt nadrukkelijk het conflict met hen te vermijden.

maar ik benadrukte ook wel dat hij zelf een keuze heeft en nog iedere keer kan zeggen: “doe mij maar een cola-tje”.

..

Afwegingen: verbieden, verantwoordelijkheid geven

Jacqueline schat op verschillende manieren in welke verantwoordelijkheid haar kinderen aan kunnen. Allereerst is het de leeftijd van haar kinderen. Haar dochter en vriendinnen van 13-14 jaar verbiedt ze het drinken van alcohol. Als haar kinderen ouder zijn dan 16, bij haar jongste eerder, vindt ze verbieden geen optie meer en denkt ze dat verbieden averechts werkt in de zin dat kinderen dan buitenhuis stiekem gaan drinken.

Daarnaast ziet ze dat het drinken van alcohol door haar kinderen binnen de perken blijft.

Bij ons is de boel nog nooit ondergekotst. Ik kan wel goed zien dat ze gedronken hebben als je ze diep in de ogen kijkt.

Ze weet dat haar kinderen over het algemeen voor zichzelf kunnen zorgen en voorzichtig zijn en als ze vindt dat er een grens overschreden wordt, gaat ze het gesprek aan.

Af en toe heb ik nog wel eens een discussie met hem, maar gelukkig is hij een jongen die niet in zeven sloten tegelijk loopt.

Relativering van ongerustheid: gewenning, eigen ervaring

De ongerustheid die Jacqueline voelt als haar oudste alcohol gaat drinken wordt door verschillende factoren verminderd. Ze merkt op dat er een gewenning optreedt en dat ze het alcohol drinken van haar jongste al minder problematisch vindt. Dat haar partner al direct een relaxter houding ten opzichte van alcohol heeft, helpt haar ook om te relativieren. Verder heeft ze ervaren dat kinderen op elkaar letten en voor elkaar zorgen.

Haar eigen gedrag in haar jeugd en het alcoholgebruik binnen hun gezin nu, bepaalt ook dat ze het alcoholgebruik van haar kinderen tolereert en relativeert.

Ik ben zelf ook jong geweest en heb mij echt niet altijd heel keurig gedragen. Zelf houden we ook wel van een feestje op zijn tijd en geven we niet altijd het goede voorbeeld

Gewoontes zijn niet te veranderen

Volgens Jacqueline zijn er gewoontes in het dorp die ze niet kan veranderen.

Dat gaat dan wel veel te gek vind ik, en dat zeg ik thuis ook wel. Kijk alsjeblieft uit bij dat soort feesten. Verder bemoei ik mij er ook niet mee. Ik heb invloed op wat bij mij thuis gebeurt en wat er verder in het dorp gebeurt laat ik voor wat het is. Misschien is dat wel de kop in het zand steken, maar wat moet ik dan mee?

Deze gewoontes benoemt ze wel als invloed op wat zij zelf en haar kinderen doen en denken. Gezelligheid en het drinken van alcohol zijn volgens haar aan elkaar gekoppeld. Het drinken van alcohol door kinderen van 16 jaar en ouder is volledig geaccepteerd, wat ook inhoudt dat de wettelijke norm van een verbod tot 18 jaar als niet te hanteren wordt gezien. De leeftijdsgrens van 18 jaar vindt ze ook discutabel omdat kinderen ook daarna wel alcohol blijven gebruiken en dus de risico's niet ophouden.

Invloed van (ouders van) vrienden

Jacqueline ziet dat anderen zowel positieve als negatieve invloed hebben op het alcoholgebruik, en de gevolgen daarvan, van haar kinderen. Haar oudste zoon begon met alcohol drinken op aandringen van zijn vrienden. De vrienden van haar dochter brengen haar veilig thuis.

Het gedrag van andere kinderen en hun ouders heeft ook invloed op haar eigen gedrag. Ze ziet dat kinderen die van hun ouders niet mogen drinken, dat buitenshuis wel doen. Dit maakt dat ze te streng zijn naar haar kinderen geen goede houding vindt.

Mijn ervaring is dat alles wat verboden is, extra interessant wordt. Vrienden van onze kinderen hebben ouders die erg streng zijn. Deze kinderen zitten dan bij ons en drinken gewoon met de anderen mee. Blijkbaar weten ze precies hoe ze de regels kunnen omzeilen. Dan heb ik liever dat ze gewoon thuis komen en het drinken bespreekbaar is.

Daarentegen is ze wel standvastig en gaat ze niet mee in het gedrag van andere ouders als de kinderen nog 13-14 jaar zijn. Ze ziet ouders die hun kinderen behandelen als prinsesjes, die niets verboden wordt.

4.2 Paula

Paula is moeder van drie kinderen, twee zoons en een dochter, met de leeftijd van 13, 17 en 18 jaar. De kinderen wonen nog thuis. Ze woont vanaf haar huwelijk in het dorp waarin haar man geboren is, zelf is ze opgegroeid in een naburig dorp.

Besef dat kinderen zelfstandig worden

Zij herinnert zich de eerste keer dat haar zoon toegaf een biertje te hebben gedronken nog goed. Paula beseft dat het drinken van alcohol door haar kinderen betekent dat haar kinderen zelfstandig beslissingen nemen. Zij beschrijft de eerste keer dat haar zoon vertelde alcohol te hebben gedronken als volgt:

Ik dacht toen: Oke, hier moet ik even over nadenken wat ik hiervan vind, dit wil ik eigenlijk niet, maar nogmaals al zeg ik nee, dan gaat ie het toch doen. Dan is de keuze, weet dat wij er niet achter staan”.

Dat haar kinderen zelfstandige keuzes (mogen) maken benadrukt ze nog enkele keren. Ze zegt dat ze weet dat haar kinderen haar niet alles wat ze meemaken vertellen en dat kinderen een eigen wil hebben. Van haar jongste zoon zegt ze:

Hij heeft een sterke eigen wil, het is afwachten of ik de grip op hem al niet eerder kwijt raak

Onzekerheid versus tevredenheid

Paula spreekt uit dat zij hoopt op bepaalde gedragingen van haar kinderen in de toekomst. Hier blijkt uit dat zij hierover onzeker is. Ze zegt te hopen dat haar kinderen in de praktijk hun eigen grenzen kennen en dat ze niet dronken worden. Dat hierbij ook een stuk geluk bij komt kijken beseft ze zich ook terdege.

Dat heb je natuurlijk totaal niet in de hand, dat weet ik ook wel. Ze moeten ook nog hun eigen fouten kunnen maken, die vrijheid geef ik ze zeker wel.

Paula is tevreden over hoe haar kinderen zich tot nu toe gedragen.

Ik mag eigenlijk mijn handen wel dichtknijpen hoe ze er mee omgaan. Ze zijn nog nooit dronken thuisgekomen.

Afwegingen: verbieden, verantwoordelijkheid geven

Paula vindt een kind van 13-14 jaar te jong om alcohol te drinken en dat verbiedt ze dan ook. Dit verbod laat ze los bij de leeftijd van 16 jaar. Haar kinderen zijn nog nooit dronken thuisgekomen en kunnen zich blijkbaar onttrekken aan de druk die door anderen wordt uitgeoefend. Hieruit trekt Paula de conclusie dat haar kinderen de verantwoordelijkheid kunnen dragen om eigen keuzes te maken met betrekking tot het alcoholgebruik.

Het zijn kinderen die wel wat meer nadenken bij wat ze doen dan dat anderen soms doen. Ze weten zich dus aardig goed staande te houden onder de druk van anderen die al wel drinken.

Ondersteuning bieden: Praten, eerlijkheid, adviseren,

Praten met de kinderen over hun ervaringen op het gebied van alcohol vindt Paula belangrijk. Ze vindt eerlijkheid daarin belangrijk.

Ik heb echter ook wel altijd gezegd, als je het toch doet wil ik het wel graag dat je het mij vertelt.

Verder ondersteunt ze de kinderen door hen te waarschuwen over de effecten en te adviseren over hoe te handelen.

Goede voorbeeld geven

Zelf het goede voorbeeld geven kan volgens Paula er aan bij dragen dat haar kinderen op een goede wijze met alcohol om leren gaan. Ze drinkt zelf nagenoeg geen alcohol en zegt het niet nodig te hebben voor de gezelligheid. Haar man drinkt uitsluitend bij speciale gelegenheden. De kinderen mochten thuis geen alcohol drinken voordat ze 16 waren.

Sociale norm is te krachtig om tegenin te gaan

Paula heeft de ervaring dat het drinken van alcohol in de omgeving van haar kinderen al op 13-14-jarige leeftijd begint. Zij ziet dat het drinken van alcohol door kinderen van 15-16 jaar geaccepteerd

wordt. Ze biedt zelf ook geen weerstand als haar kinderen de leeftijd van 16 jaar hebben bereikt. Haar constatering is dat de wettelijke norm van 18 jaar niet vol te houden is; dat zou teveel conflicten opleveren.

Bij onze zoon van 17 en dochter van 18 heb ik het gebruik van alcohol weten te rekken totdat ze 16 waren. De norm van 18 jaar is echt niet vol te houden. Voor de lieve vrede geef ik toe, het moet thuis wel een beetje gezellig blijven.

Uit gesprekken met andere ouders blijkt volgens haar dat deze geen moeite hebben met het niet voldoen aan de leeftijdsgrens van 18 jaar.

Angst voor uitsluiting

Ze vindt dat het verschil tussen de sociale norm en de wettelijke norm wel meer ter discussie gesteld mag worden, maar wil zich eigenlijk ook niet bemoeien met de wijze van opvoeden door andere ouders. Ze vindt zichzelf totaal niet geschikt om de norm ter discussie te stellen. Ze is dan bang voor afwijzing. Blijkbaar is er moed voor nodig om de discussie over het alcoholgebruik aan te zwengelen.

Ik ga zeker niet het voortouw nemen. Daar ben ik niet de geschikte persoon voor. Ik ben dan veel te bang dat ik veel kritiek krijg. Ik zou er slapeloze nachten van krijgen. Het is dus blijkbaar ook voor mij belangrijk hoe de buitenwacht naar mij kijkt. Ik heb veel respect voor mensen die dit wel durven, maar ik kan het niet.

4.3 Alfons

Alfons is vader van een zoon van 19 en een dochter van 16 die bij hem en zijn vrouw zijn opgegroeid. Daarnaast is hij vader van drie dochters in de leeftijd van 21 tot 25 jaar die voor een groter deel niet bij hem thuis woonden maar bij hun moeder. Hij is 15 jaar geleden komen wonen in het dorp waarin hij nu woont.

Ongeschonden vertrouwen in eigen kinderen

Bij het vertellen over zijn ervaringen met het alcohol drinken van zijn kinderen geeft Alfons aan tot nu toe weinig problemen te hebben ervaren. Alfons zegt vertrouwen in zijn kinderen te hebben. Hij weet wat ze doen als ze uitgaan met vrienden en ze laten zien dit vertrouwen niet te schaden. Zijn jongere kinderen drinken niet of met mate. Zijn nu wat oudere kinderen hebben wel eens teveel gedronken maar het blijft binnen de perken. Hij denkt dat meespeelt dat zijn kinderen van jongs af aan al gewend zijn om hun eigen keuzes te maken en niet te bezwijken onder groepsdruk.

Onze kinderen maken hun eigen keuzes, onafhankelijk van wat de rest van de vriendinnen of klasgenoten doet. Dat was op de basisschool al zo en dat is zo gebleven.

Afwegingen: verbieden, thuis beginnen, eerlijkheid

Alfons vindt dat kinderen jonger dan 16 jaar nog geen alcohol mogen drinken.

Die hebben we er redelijk tot hun 16^e van af kunnen houden.

Alfons heeft de overtuiging dat kinderen tussen 16 en 18 jaar het best thuis kunnen beginnen met het drinken van alcoholische dranken.

Ik heb dan liever dat ze het eerst thuis probeert om te kijken wat het effect is, dan dat we haar ziek uit een feesttent moeten plukken.

Hij geeft zijn kinderen mee dat een misstap maken niet erg is en ze dat thuis kunnen vertellen.

Goede voorbeeld

Hij hoopt door zelf het goede voorbeeld te geven, de kinderen zijn omgang met alcohol gaan opvolgen.

Ik zeg tegen onze kinderen dat een feestje leuk is, maar het is ook belangrijk dat ze de volgende dag redelijk doorkomen.

Ik doe zeker wel mee met een feestje, maar drink 1 op 2; het tempo van mijn drinken ligt een stuk lager dan het gemiddelde.

Gewoontes hebben verplichtende werking

Alfons zegt dat hij opkijkt van het alcoholgebruik van volwassenen in zijn directe omgeving. Bij kleine en grote feesten is het alcoholgebruik groter dan dat hij gewend is in andere plaatsen waar hij gewoond heeft.

*Ik kijk er nog steeds van op hoe hier met het drinken van alcohol wordt omgegaan.
..... Hier blijft het nooit bij een avondje gezellig drinken, het moet altijd tot het gaatje.*

Hij ziet daarnaast dat andere ouders niet van de gewoontes durven af te wijken. Er is een grote druk, die als verplichting wordt ervaren, om niet af te wijken van wat in het dorp normaal gevonden wordt.

Er was een ouder die zei dat zij ook nooit meer naar de kerk gingen, maar haar kind mee lieten doen omdat een uitzondering zijn zielig is voor het kind.

Met verwondering afstand nemen van gewoontes

Alfons heeft de gewoontes wat alcoholgebruik betreft niet overgenomen.

Ik doe zeker wel mee met een feestje, maar drink 1 op 2; het tempo van mijn drinken ligt een stuk lager dan het gemiddelde.

Hij ervaart zelf ook geen angst om af te wijken van de gewoonte. Als de argumenten om af te wijken voor hemzelf en in zijn gezin plausibel zijn is het voor hem klaar en vraagt hij zich niet af wat anderen daarvan vinden. Doordat Alfons niet meedoet aan de gewoonte om veel alcohol te drinken, kijkt hij ook met verwondering naar andere ouders die bij het alcoholgebruik van hun jonge kinderen wegstijven of dit tolereren.

Ik vraag mij af, of deze kinderen thuis vertellen wat ze meemaken.

Ik hoor van mijn dochter dat kinderen van 14 jaar straalbezopen thuiskomen.

Taboe op het alcoholgebruik

Alfons heeft ervaren dat er een taboe rust op het bespreekbaar maken van het alcoholgebruik van jeugdigen.

In een dorpsraadvergadering werd een paar jaar geleden door iemand van de gemeente, een buitenstaander, gevraagd naar de mening over het alcoholgebruik van de jeugd. Het werd doodstil in de zaal. Aan dat onderwerp kom je gewoon niet aan.

Het niet met elkaar bespreken van het alcoholgebruik van jongeren komt volgens Alfons omdat veel ouders het drankgebruik niet als een probleem ervaren. Hij beseft dat je hiermee ouders die wel problemen ervaren met het drankgebruik van hun kinderen in de steek laat.

Het gaat er bij niet in dat deze ouders zeggen hartstikke leuk meid, volgende week weer. Ik denk dus dat ook deze ouders, net als toen hun kinderen nog op de basisschool zaten, zich niet durven uit te spreken. Bang dat ze zijn dat het terugslaat op hun kinderen of henzelf, om buitengesloten te worden.

4.4 Carla

Carla is moeder van twee dochters en een zoon in de leeftijd van 14, 15 en 17 jaar. Ze woont samen met haar man en kinderen in het dorp waarin zij is geboren en getogen.

Onzekere periode

Carla geeft de indruk de periode waarin haar kinderen nu zitten voor wat betreft het alcoholgebruik als lastig te ervaren. De grip op de kinderen vermindert, terwijl ze er ook niet zeker van is dat haar kinderen zich aan de regels houden. Voor haar gevoel is het handelen van haarzelf en haar man steeds een zoektocht naar wat het goede is om te doen.

Afwegingen: behoeften, verbieden, verantwoordelijkheid geven

Carla maakt in de afweging om het alcoholgebruik van haar kinderen toe te staan een keuze tussen de behoeften van het kind en haar eigen behoefte als ouder. Ze zegt zelf steeds op zoek te zijn naar een middenweg. Het is in het belang van het kind om vrienden te hebben, uit te gaan en daarbij alcohol te gebruiken. Ze is er op tegen dat haar kinderen in de leeftijd van 14-15 jaar alcohol gebruiken. Ze verbiedt haar kinderen niet om vrienden te ontmoeten of naar uitgaansgelegenheden te gaan.

Als het in het belang van het kind zou zijn, zou ik het wel doen, maar dat zou betekenen dat ik ze thuis moet houden. In de vriendengroep wordt namelijk wel gedronken. Dan gaan ze bij een ander wel drinken en er over liegen, of helemaal los gaan als wij er niet bij zijn.

Ze wil het alcoholgebruik niet geheel verbieden, maar het heeft wel tot gevolg dat ze haar eigen behoefte om haar kind te behoeden voor gevaren op de tweede plaats komt. Ze maakt zich zorgen en twijfelt daarbij of ze de juiste keuzes maakt.

Onze dochter van 15 jaar ging vorig jaar logeren bij een vriendinnetje. Haar vader belde met de vraag of ze een half glaasje wijn mochten drinken. Ik heb toegestemd, maar twijfel achteraf of ik dat had moeten doen.

Ik maak mij er ook wel zorgen over. Voor hetzelfde geld was dit niet goed gegaan.

In de afweging hoeveel verantwoordelijkheid ze haar kinderen geeft ziet Carla ook verschillen tussen haar kinderen.

Het ligt er wel aan hoe je kind zelf in elkaar zit. Onze jongste dochter is nu nog veel standvastiger. Ze zegt dat ze geen alcohol wil drinken, want ze heeft haar hersens nodig voor studie. In de groep van onze zoon was ook een jongen die geen alcohol dronk, dat vind ik wel heel knap. Je moet eigenlijk wel iedere keer kijken welke vrijheid je kind aankan. De ene dochter heeft meer grenzen van ons nodig dan de andere.

Beperkt invloed op gedrag kind

Carla ervaart dat ze het gedrag van haar kind niet meer in de hand heeft. Ze beschrijft situaties waaruit blijkt dat haar kinderen zich niet aan eerder gemaakte afspraken houden. Ze beseft ook dat het normaal is dat kinderen grenzen opzoeken.

We leefden nog in de veronderstelling dat hij zich aan onze regels hield. 14 jaar vonden we echt te jong voor bier drinken. Later vertelde hij ons dat hij zijn eerste biertje in de keet had gedronken voor zijn 14^e.

Ik kan mij een feestje herinneren waarna bleek dat er toch een fles sterke drank opgemaakt is. Deze had een ander kind meegenomen.

Haar kinderen maken op basis van hun ervaringen niet de keuze om geen alcohol te gebruiken. De gesprekken die gevoerd worden over het gebruik van alcohol leiden volgens Carla niet tot ander gedrag.

Onze dochter ervaart wat wij zeggen als een preek en sluit zich er voor af.

Invloed vriendengroep

Carla meent dat de vriendengroep waarin haar kinderen zitten mede aanleiding geven tot het drinken van alcohol.

Als anderen gaan drinken, drinkt hij mee. Nee zeggen vindt hij moeilijk blijkbaar.

Ondersteunen: praten, adviseren, opvangen

Carla denkt dat kwaad worden als haar kinderen grenzen overschrijden geen oplossing is. Om er voor te zorgen dat haar kinderen eerlijk durven te zijn legt ze rustig het conflict op tafel. Ze blijft met hen praten en adviseren over het gebruik van alcohol.

Ik leg hem wel uit dat al die lekkere likeurtjes een ontzettend hoog percentage alcohol bevatten. Ik heb liever dat hij dan bij gewoon bier drinkt.

Mijn man en ik proberen wel te overleggen met onze dochter wat er in huis gehaald wordt als haar vriendinnen komen.

Dat is ook wel een reden dat ik probeer niet kwaad te worden als er iets is gebeurd wat ik niet wil. Ik wil graag dat ze mij wel blijven vertellen wat er is gebeurd.

Enkele keren is het voor gekomen dat de kinderen teveel gedronken hebben en opgehaald moeten worden.

Ik heb hem ook een keer uit de bosjes geplukt, hier dichtbij. Gelukkig kwamen vrienden van hem ons vertellen dat ze hem kwijt waren. Met de technologische snufjes van tegenwoordig konden we hem snel traceren.

Machteloosheid ten opzichte van gewoonten

Carla ziet dat in haar omgeving feestjes altijd gepaard met veel drank en dat het drankgebruik van de kinderen onder 18 jaar geaccepteerd wordt.

Mijn dochter liet mij ook een filmpje zien van afgelopen zondag in de discotheek waar ze was. Een volwassen artiest heeft een fles sterke drank in de hand en geeft iedereen een slokje. Als dat dus normaal is, kunnen we onze kinderen toch niet iets anders opleggen?

Ze heeft het initiatief genomen om met andere ouders afspraken te maken, maar voelt zich machteloos als deze alcoholgebruik wel toestaan. Ze vindt het ook erg moeilijk om andere ouders aan te spreken op hun gedrag.

We zaten helaas niet op één lijn. Als er ouders zijn van wie een kind wel Radler mag drinken, kan ik wel zeggen dat ik het niet goed vind, maar dat heeft dan niet veel zin.

Carla denkt dat zij de gewoontes niet kan veranderen en voelt zich verbaal niet sterk genoeg om haar mening te uiten.

Ik kan in mijn eentje toch niet de wereld veranderen? In je eentje word je veroordeeld. Dan krijg je al gauw de vraag waar bemoei je je mee. Dan doe je maar mee met de meute.

Hulp: vriendengroep, gemeente, ervaren ouders

Carla ziet dat vrienden van haar kinderen hulp bieden als één van hun teveel gedronken heeft. Ze ziet ook dat regels gesteld door de gemeente ouders helpen om grenzen aan te geven.

Dan helpt het wel dat de gemeente regels stelt. Dat doen ze met betrekking tot het kamperen van de erg jonge jeugd. We konden terugvallen op deze regels "het mag niet van de gemeente".

Ze ervaart het als ondersteunend als ze met andere ouders die dezelfde ervaring hebben over de problemen die zij ondervindt kan praten.

Ik vind het ook fijn om met ouders te praten die de kinderen al wat ouder hebben. Als ik hoor dat ze met dezelfde problemen kampen als ik nu, is dat geruststellend en misschien kan ik er van leren.

Tenslotte zou het haar helpen als er bijeenkomsten zijn waar ouders met elkaar kunnen praten over het alcoholgebruik van de kinderen en welke mogelijkheden tot verandering er zijn.

4.5 De geleefde ervaring van ouders

Door de lens van de *sensitizing concepts* identiteit-relatie, kwetsbaarheid-afhankelijkheid, positie en gezamenlijkheid komen er vanuit de geleefde ervaring van de vier respondenten vijf hoofdthema's naar boven. Deze thema's zijn niet strikt te scheiden en lopen in elkaar over. De thema's zijn (1) kind:

afhankelijkheid versus zelfstandigheid, (2) relatie: loslaten versus bescherming, (3) toekomst: onzeker versus vertrouwen, (4) invloed omgeving: beperken, accepteren en verwerken en (5) hulp.

Kind: Afhankelijkheid versus zelfstandigheid

Twee respondenten geven aan dat ze het moment waarop hun kinderen alcohol drinken zien als de start van een nieuwe fase waarin de relatie met hun kinderen komt. Alcoholgebruik wordt blijkbaar gezien als een teken van volwassenheid. Bij volwassenheid hoort dat kinderen hun eigen weg gaan volgen en eigen verantwoordelijkheid nemen. Er wordt wel steeds een inschatting gemaakt hoeveel zelfstandigheid een kind aankan en of het de risico's kan overzien. Deze inschatting wordt ook gemaakt op basis van eigen ervaringen toen men de leeftijd van de kinderen had en de ervaringen met oudere kinderen.

De respondenten maken zich in meer of mindere mate zorgen over het alcoholgebruik van hun kinderen. Hun kinderen zijn dus nog wel kwetsbaar. De bezorgdheid die geuit worden richt zich vooral op de fysieke gesteldheid en het veilig thuis komen van de kinderen. Er wordt door alle respondenten een verschil gemaakt in de leeftijd van de kinderen. Als de kinderen 16 jaar of ouder zijn, wordt de bezorgdheid over de risico's minder en laat men het alcoholgebruik toe.

Ouders reageren op de kwetsbaarheid van hun kind door hen te ondersteunen op verschillende manieren. Allereerst door met hun kinderen te praten over hun ervaringen. Alle ouders zeggen dat ze het gebruik van alcohol bespreekbaar willen houden. Om de eerlijkheid van hun kinderen niet te ondermijnen proberen ze conflicten te vermijden. Ouders geven hun kinderen daarnaast vaak het advies over hoe te handelen. Carla is de enige ouder die heeft gesproken over ervaringen met haar kinderen als ze teveel gedronken hebben. Ze geeft aan ze dan op te vangen en vindt dit ook haar taak. Hiermee geeft ze haar begrip voor het gedrag van de kinderen aan. Kinderen zoeken volgens haar grenzen op en dienen ondersteund te worden.

Relatie: Loslaten versus beschermen

Alle ouders stellen een hoge prioriteit aan het behoud van een goede relatie met hun kinderen die gebaseerd is op vertrouwen. Regels stellen met betrekking tot uitgaan, vriendenkring of verbieden om alcohol te drinken wordt afgewogen tegenover eerlijkheid en blijven communiceren met de kinderen. In het handelen wordt een evenwicht gezocht tussen de behoeften van het kind en de risico's die ze volgens de ouders nog niet goed kunnen inschatten.

Alle ouders maken de afweging of ze hun kinderen het alcohol drinken verbieden of niet. De grens van het verbieden ligt bij de leeftijd van 16 jaar. Als de kinderen de leeftijd van 16 jaar bereikt hebben, is verbieden geen optie meer. Dat wil niet zeggen dat de kinderen vóór hun 16^e in het

geheel geen alcohol gebruiken. Op de leeftijd van 14-15 jaar komen alle kinderen in de gelegenheid om alcohol te drinken. Dit blijkt een leeftijd te zijn waarop ouders verschillend omgaan met het alcoholgebruik. De variatie is in geringe mate toestaan, bij de jongste toegestaan, geen issue tot afkeuren. Een van de ouders noemt nadrukkelijk dat ze haar kinderen niet verbiedt om alcohol te drinken omdat het kind niet in het belang is van het kind om deze uit de vriendengroep te halen. Alle ouders zien in het verbieden van alcohol drinken het grote nadeel dat kinderen dan stiekem toch gaan drinken. Eerlijkheid in de relatie met het kind speelt dus ook wat betreft het verbieden een rol. Daarnaast geeft deze angst tot stiekem gedrag van de kinderen ook aan dat ouders weten dat hun invloed op het kind vermindert én dat de ouders hun kinderen toestaan om zonder hun controle anderen te ontmoeten.

Toekomst: Onzekerheid versus vertrouwen

Alle respondenten uiten hun bezorgdheid over het alcoholgebruik van hun kinderen. Daarbij speelt dan vooral de angst voor dronkenschap een rol. Geen van de ouders noemt de gezondheidsrisico's op de lange termijn als een probleem. Een van hen geeft aan dat het gedrag van zijn kinderen tot nu hem vertrouwen geeft. Twee andere respondenten geven ook aan dat ze er op vertrouwen dat hun kinderen verstandig omgaan met het gebruik van alcohol. Bij een van de respondenten overheerst nog de onzekerheid over het toekomstig gedrag van haar kinderen. Ze wil of kan haar kinderen niet verbieden om naar gelegenheden te gaan waar veel alcohol gebruikt wordt, omdat ze dan haar kinderen buiten de vriendengroep plaatst. Ze heeft ook geen mogelijkheden om de omgeving te veranderen. Er zijn volgens haar geen andere mogelijkheden dan maar een middenweg te kiezen. Bij een van de respondenten heeft de afname van de ongerustheid ook te maken met haar eigen jeugd. Zij heeft zich ook niet altijd keurig gedragen en daardoor relativeert zij het gedrag van haar kinderen. De afname van ongerustheid heeft wellicht te maken met de leeftijd van de kinderen; de onzekerheid neemt af als de kinderen ouder zijn dan 16 jaar

Invloed omgeving: beperken, accepteren en verwerpen

De ouders weten dat de invloed van personen buiten hun eigen gezin op de kinderen groter wordt. Ze geven verschillende manieren aan hoe ze hier mee omgaan. Allereerst geven ouders aan het goede voorbeeld te geven. Ze gaan al dan niet in gesprek met andere ouders. Opvallend is dat alle ouders van mening zijn dat de gewoonten of sociale norm niet te veranderen is. Ze accepteren deze gewoonten stilzwijgend.

Alle ouders weten dat kinderen geneigd zijn om de gewoonten te volgen die ze van huis uit mee krijgen. Voor Jacqueline relativeert dat haar bezorgdheid over de consequenties van hun gebruik van

alcohol in die zin dat ze ook begrijpt dat het drinken van alcohol gezelligheid met zich meebrengt. Paula en Alfons hopen dat ze hun kinderen het goede voorbeeld geven. Carla vraagt zich af welke invloed hun goede voorbeeld van gematigd omgaan met alcohol nog heeft. Kinderen worden ook door andere omstandigheden beïnvloed. Hierdoor wordt ze geconfronteerd met de onmacht om het gedrag van haar kinderen te beïnvloeden.

Drie ouders geven niet aan met andere ouders in de vriendengroep van hun kinderen te praten over het alcoholgebruik van hun kinderen. Blijkbaar is het voor hun geen gespreksonderwerp. Wel zien ze verschillen in hoe kinderen zich gedragen en hoe andere ouders hier mee om gaan. Het gedrag van andere ouders wordt bekritiseerd door Jacqueline en ze maakt onafhankelijk van hen de keuze om het anders te doen. Ook Alfons verwondert zich over het gedrag van andere ouders. Carla geeft aan wel geprobeerd te hebben met andere ouders afspraken te maken over het alcoholgebruik. Ze durft echter niet tegen de mening van andere ouders in te gaan, als ze het idee heeft alleen te staan in haar mening. Ze wil andere ouders ook niet haar mening opleggen.

Hoe men in de gemeenschap denkt over alcoholgebruik wordt door alle ouders benoemd als invloed op het alcoholgebruik van hun kinderen. Alhoewel Alfons als niet geboren en getogen in de streek nadrukkelijk zelf afstand neemt van de gewoonte en ook Paula zelf geen alcohol drinkt. De gewoonte is namelijk dat bij elk feest rijkelijk alcohol gedronken wordt en dat veel ouders het veelvuldig drinken van alcohol door kinderen jonger dan 18 jaar geen probleem vinden. De ouders geven echter aan wel bedenkingen te hebben tegen het overmatig alcoholgebruik. Deze bedenkingen worden binnen het gezin geuit, maar er wordt geen actie ondernomen om de gewoonte te veranderen. Enerzijds omdat men zich niet wil bemoeien met het handelen van andere ouders of volwassenen, anderzijds omdat het bekritisieren van deze gewoonte een taboe is en men bang is buitengesloten te worden.

Alle ouders geven aan te weten wat door deskundigen aan hun geadviseerd wordt met betrekking tot de opvoeding van hun kinderen. Desondanks geven ze ook aan dat er veel twijfel is of deze handelingsperspectieven de juiste zijn. Ze geven voorbeelden waarin het duidelijk is dat ze lastige keuzes maken, twijfelen aan deze keuzes, de wetenschappelijke kennis in twijfel trekken, relativeren en aanvullen met nieuwe handelingsperspectieven.

Alle ouders geven aan de leeftijd van 16 jaar als een grens te zien waarop kinderen alcohol mogen gebruiken. Dit in tegenspraak met de wettelijke leeftijd van 18 jaar. Hierover laten ouders weinig twijfel zien of deze keuze juist is. De vraag wat goed is om te doen ligt dan meer bij de hoeveelheid alcohol die genuttigd wordt. Bij Carla is de meeste twijfel zichtbaar of ze de goede keuzes maakt met betrekking tot het alcoholgebruik van haar kinderen. Ze zegt een middenweg te kiezen en probeert haar kinderen bij te sturen, maar ziet ook dat haar kinderen in situaties komen waarin ze teveel hebben gedronken.

Behoeftte aan hulp

Carla geeft aan behoefte te hebben aan gesprekken met andere ouders die ook deze ervaringen hebben. Ze vindt ook duidelijke regels van de overheid ondersteunend voor ouders. De andere respondenten hebben niet aangegeven behoefte te hebben aan ondersteuning.

4.6 Schematische weergave thema's

KIND: AFHANKELIJK VERSUS ZELFSTANDIG

1. Besef dat kind sprong maakt naar zelfstandigheid

2. Besef dat kinderen zelfstandig worden

4. Beperkt invloed op gedrag kind

1. Invloed van (ouders) van vrienden

4. Invloed vriendengroep

1. Ondersteuning bieden
Praten, adviseren, complimenteren

2. Ondersteuning bieden: praten.
Eerlijkheid, adviseren

4. Ondersteunen: Praten, adviseren, opvangen

TOEKOMST: ONZEKERHEID VERSUS VERTROUWEN

1. Relativering van ongerustheid

1. Van ongerustheid naar opluchting

2. Onzekerheid versus tevredenheid

3. Ongeschonden vertrouwen in eigen kinderen

4. Onzekerheid

BEHOEFTE OUDERS

4. Hulp: vriendengroep, gemeente, ervaren ouders

RELATIE: LOSLATEN VERSUS BESCHERMING

1. Afwegingen: verbieden, verantwoordelijkheid geven

2. Afwegingen: verbieden, verantwoordelijkheid geven

3. Afwegingen: verbieden, thuis beginnen

4. Afwegingen: behoeften, verbieden, verantwoordelijkheid geven

INVLOED OMGEVING: BEPERKEN, ACCEPTEREN, VERWERPEN

2. Goede voorbeeld geven

3. Goede voorbeeld geven

2. Angst voor uitsluiting

3. Taboe op alcoholgebruik

3. Gewoontes hebben verplichtende werking

3. Met verwondering afstand nemen van gewoonte

2. Sociale norm is te krachtig om tegenin te gaan

1. Gewoontes zijn niet te veranderen

4. Machteloos ten opzichte van gewoontes

5. Zorgverantwoordelijkheid van ouders: Theorie en praktijk

In dit hoofdstuk wordt de vraag beantwoord welke inzichten het samenbrengen van de zorgethische inzichten over zorgverantwoordelijkheid en de geleefde ervaringen van ouders van adolescenten met betrekking tot het gebruik van alcohol door hun kinderen biedt. Ingegaan wordt op de afhankelijkheid van kinderen, het doel van opvoeden, gelijkheid en anders-zijn, de gewoonten in een gemeenschap en solidariteit en pluralisme.

5.1 Afhankelijkheid van kinderen

De taak tot zorg, zorgverantwoordelijkheid, begint bij het zien van een behoefte. Uit de ervaringen van de ouders komt het inzicht dat de behoeften van een adolescent met betrekking tot het gebruik van alcohol een spanning oplevert tussen afhankelijkheid en zelfstandigheid. Ouders willen kinderen bescherming bieden tegen de risico's die het kind nog niet kan zien, maar tevens de ruimte geven om het kind zelfstandig keuzes te laten maken.

In het relationele mensbeeld van zorgethiek behoort afhankelijkheid onlosmakelijk bij mensen en zijn juist daarin mensen gelijk (Tronto, 1993). In de praktijk blijkt afhankelijkheid echter gezien te worden als een probleem dat te maken heeft met de zelfbeschikking, vrijheid en autonomie van degene die afhankelijk is (Van der Weele et al., 2020, p. 3). Vanuit deze framing benoemt Tronto (1993, p. 120) de *disdain for care-receivers*: een mens wil niet als hulpbehoevend worden gezien. In dit frame bestaat het risico dat de zorg paternalistisch wordt; de zorggever denkt te weten op welke wijze de behoefte ingevuld dient te worden (Tronto, 1993, p. 145). Tronto (1993) legt ook de nadruk op de ongelijkheid in de relatie tussen de zorgvrager en zorggever. Een ongelijkheid die de zorggever een machtspositie geeft.

De specifieke spanning tussen de afhankelijkheid en zelfstandigheid van een kind is in de zorgethiek onderkend. De afhankelijk wordt namelijk als tijdelijk gezien (Van der Weele, 2021). Het paradigma is dat kinderen zich ontwikkelen tot zelfstandige mensen en het doel van zorg is om deze transformatie vorm te geven. Deze tijdelijkheid heeft een normatieve inslag, het gaat er bijvoorbeeld van uit dat het kind *able-bodied and able-minded* is (Van der Weele, 2021). Andersom gesteld is een *able-bodied and able minded* persoon autonoom en onafhankelijk: een streven dat een kind in de weg naar volwassenheid moet zien te bereiken.

Uit de resultaten van dit onderzoek komt dat ouders in de relatie met hun kinderen op zoek zijn naar wat goed handelen is. Hét uitgangspunt van ethische kennis van Urban Walker, moraliteit is zichtbaar in praktijken, heeft Van der Weele (2020) in zijn onderzoek toegepast. Hij verwoordt dit als volgt (Van der Weele et al, 2020, p. 2): “door te zorgen voor anderen, geven zorgprofessionals uiting aan

waarden, stijlen en idealen: hun werk bestaat uit pogingen om goede dingen in de praktijk te brengen". Van der Weele (2020) onderscheidt in zijn onderzoek bij professionals die mensen met een verstandelijke beperking begeleiden, drie verschillende manieren om "goed te doen". Namelijk (1) de handelingen die de zorgvrager helpen tot meer zelfbeschikking, de *agentive goods*, (2) de handelingen die de relatie met de zorgvrager gelijkwaardiger maken, de *equalizing goods* en (3) de handelingen die de zelfwaardering van de zorgvrager vergroten, de *affirmative goods*.

Deze drie manieren van goed handelen zijn bij de ouders zichtbaar. Ouders vinden dat ze hun kinderen meer vrijheid moeten geven. *Agentive goods* zijn de mogelijkheden van de kinderen anderen te ontmoeten zonder ouderlijk toezicht, of door te stellen dat men graag heeft dat een kind het eerste biertje thuis drinkt. Alle ouders praten met hun kinderen over het zelf maken van keuzes en zich niet laten beïnvloeden door anderen. Dat zelfbeschikking ook een proces is, waarin de kinderen fouten maken beseffen de ouders ook. Er is begrip als de kinderen grenzen overschrijden. De *equalizing goods* zijn dat ouders aangeven grote moeite te hebben met het verbieden van het alcoholdrinken. Het paternalisme, bepalen wat goed is voor de kinderen, wordt minder naargelang de kinderen ouder worden. Ouders leggen sterk de nadruk op het bespreekbaar houden, conflicten vermijden en thuis de sfeer goed houden. Een relatie gebaseerd op vertrouwen is belangrijk voor de ouders.

Eén ouder gaf aan haar kind in een bepaalde situatie complimenten te hebben gegeven. Alhoewel door de andere ouders de *affirmative goods* niet geuit werden, gaven ouders wel aan tevreden te zijn over het gedrag van hun kinderen. Wellicht dat deze tevredenheid ook aan de kinderen zelf overgedragen is.

Het transformatieproces van een geheel afhankelijke baby naar een meer autonome volwassene verloopt dus in de praktijk zeker niet in een rechte lijn en met een uitgestippeld plan. De term '*complex dependency*' is van toepassing; afhankelijkheid van het kind is gekoppeld aan de *agency* van het kind en dus meerlagerig (Van der Weele, 2021). Iedereen weet dat de afhankelijkheid en behoeften van een baby onvergelijkbaar zijn met de afhankelijkheid en behoeften van een adolescent. Dit vereist van ouders dat ze steeds opnieuw afstemmen.

Zorg voor kinderen is een proces waarin alle fasen van zorg die Tronto (2013) benoemt doorlopen worden. De taak van ouders ligt in de babyfase vooral in de fasen van "verzorgen" en "zorg ontvangen" vanwege de noodzakelijke fysieke aanwezigheid van de ouders. Deze fysieke aanwezigheid vermindert sterk in de leeftijd van adolescentie. Het is dan ook aannemelijk dat de taak van ouders in deze levensfase van de kinderen meer komt te liggen in de fasen van "zorgen om", "zorgen voor" en "gezamenlijk zorgen". De afhankelijkheid van de kinderen beantwoorden de ouders doordat er aandacht is voor de behoeften van de kinderen, door in te zien dat de taak van henzelf

om te zorgen voor de kinderen door anderen overgenomen wordt en doordat ze onderdeel uit gaan maken van het netwerk waardoor kinderen erop vertrouwen dat er voor hen gezorgd wordt.

5.2 Doel van opvoeden

Als zorg voor kinderen een praktijk is, heeft deze ook een bepaald intrinsiek doel (Tronto, 1993, p. 108). Volgens de definitie van zorg van Tronto (1993) is het doel van zorg om een leven-instandhoudend netwerk te creëren om in de wereld zo goed als mogelijk te leven. Tronto (1993) formuleert het doel van zorg erg breed, bijna al het handelen van mensen zou er onder kunnen vallen. Opvallend is ook dat Tronto (1993) het doel niet formuleert als een individueel na te streven ideaal. Dit gebeurt wel als het doel van opvoeding omschreven wordt als een streven om kinderen (in de toekomst) een florerend leven te laten leiden (Wolbert, 2019). Wolbert (2019, p. 97) stelt, gebaseerd op Aristoteles' *eudaimonia* dat: "het hoogst bereikbare voor de mens is om een moreel, goed, succesvol, en gelukkig leven te leiden, succesvol dient hier breed te worden breed opgevat; dat je er in slaagt datgene wat je je ten doel stelt ook te bereiken". Wolbert (2019) geeft aan dat floreren als het ideaal doel van opvoeding een maakbaarheidsgedachte in zich heeft. Een florerend leven zou bereikt kunnen worden met de juiste inspanning en begeleiding. Ze geeft als kritiek hierop aan dat het doel van een florerend leven de praktijk serieus moet nemen en rekening moet houden met een onzekerheid die verbonden is aan het leven. Ouders hebben volgens haar te maken met twee onzekerheden die hen kwetsbaar maken; het leven (het lot) en de vrijheid van handelen van het kind (Wolbert, 2019 p. 105). Alhoewel Wolbert (2019) een overtuigend pleidooi houdt tegen het neo-liberale doel van opvoeding om in kinderen te investeren zodat ze beter worden dan hun concurrent (Tronto, 2017), blijft het stellen van floreren als doel een *morality first strategy* (Tronto, 1993 p. 158-161). Door eerst morele principes te formuleren worden praktijksituaties als immoreel veroordeeld, terwijl dan de complexiteit en de mogelijke conflicten niet opgemerkt worden. Hetzelfde kan gezegd worden over de drie doelen van opvoeden die Ruddick (1989) benoemt: liefdevol beschermen, mogelijk maken van groei en training voor sociale acceptatie. Sevenhuijzen (1996, p. 34) meent dat de doelen van zorg door Ruddick aangegeven een normatieve lading bevatten; het zijn noties van *goede zorg*. Zij meent dat niet te voorkomen is dat zorgpraktijken normatieve doelen bevatten, maar dat dit wel geëxpliciteerd moet worden (idem p. 34):

"Door zorgethiek een normatieve omschrijving te geven in termen van waarden en deugden kan ze een maatstaf opleveren waarmee we verschillende praktijken kunnen beoordelen op de vraag of we ze voldoende zorgzaam achten"

In het kader van dit onderzoek is de vraag of de respondenten aangeven wat hun doel van opvoeden is. Alle respondenten laten een grote betrokkenheid bij het leven van hun kinderen zien. Als ouders praten over hun bezorgdheid doen ze dat over de zorgen op korte termijn; de fysieke gesteldheid, het veilig thuis komen, of “de volgende dag ook nog redelijk doorkomen”. Geen van de ouders spreekt over de gevolgen van alcoholgebruik op de langere termijn, of het doel van opvoeden op de langere termijn. Blijkbaar spelen bij het gebruik van alcohol in de opvoeding vooral de dagelijkse morele issues een rol en niet de meer abstracte doelen als een “florerend leven leiden” of risico’s in de toekomst als een alcoholverslaving. De doelen die Ruddick (1989) stelt raken de alledaagse praktijk wel. Liefdevolle bescherming blijkt uit de aandacht en betrokkenheid van de ouders, mogelijk maken van groei doen ouders door hun kinderen vrijheden te geven en training voor sociale acceptatie doen ouders door steeds in gesprek te blijven met de kinderen, ook als ze niet aan de verwachtingen van de ouders voldoen.

Drie respondenten die één of meerdere kinderen hebben die de leeftijd van 18 jaar hebben bereikt zeggen dat ze tevreden zijn over hoe hun kinderen zich gedragen. Met geen van de ouders is over het welbevinden of al dan niet floreren van de kinderen zelf gesproken. Ouders lijken meer nadruk te leggen op “wat goed handelen in de praktijk is”, *the goods* (zie paragraaf 5.1), dan bewust een toekomstig hoger doel voor ogen te hebben.

5.3 Identiteit: gelijkheid en de ander

In het theoretisch kader (hoofdstuk 2) is ingegaan op het relationeel mensbeeld dat een belangrijke vooronderstelling in de zorgethiek is. Eén persoon is niet afgescheiden van de ander, niet een op zichzelf staande losse identiteit. De ander is verweven, geïnternaliseerd, met het zelf (van Nistelrooij, Schaafsma, & Tronto, 2014). Hiermee wordt vooral het relationele en *interdependency* van de mens beargumenteerd. Door de ouders is echter ook aangegeven dat zij afwegingen maken die met in- en uitsluiting binnen de gemeenschap te maken hebben, zowel van henzelf als van hun kinderen. Hiermee komt ook een andere dimensie die samenhangt met het mensbeeld naar voren, dat nog niet besproken is, namelijk het concept gelijkheid.

Door Sevenhuijzen (1996, 55-62) is betoogd dat het mensbeeld van gelijkheid en identiek-zijn als richtlijnen voor ethiek een in- en uitsluitingsmechanisme veroorzaakt. Het doel van deze gelijkheids-ethiek is het formuleren van universele principes als er sprake is van conflicterende belangen, rechten en opinies. Sevenhuijzen (1996, p. 55) stelt: “Gelijkheid, autonomie en rechtvaardigheid vormen de kernbegrippen van de moderne universalistische ethiek”. De norm voor rechtvaardigheid is “gelijke gevallen, gelijk behandelen”. Sevenhuijzen (1996, p.57) gaat dieper in op de interne logica van het debat over gelijkheid, want empirisch is duidelijk dat niet alle gevallen gelijk zijn. Door

gelijkheid als ideaal te hanteren worden afwijkende situaties als afkeuringswaardig beoordeeld en geeft het de maatstaf voor het goede. Het gedachtengoed van de liberale gelijkheids-ethiek is dat afwijkingen van die gelijkheid toe te schrijven zijn aan opvoeding en cultuur, en aan het gegeven dat mensen in de loop van hun leven zich de dominante normen van hun cultuur eigen maken en als logisch en vanzelfsprekend aannemen.

In het licht van de zorg voor kinderen is rechtvaardigheid dan een collectieve inspanning opdat alle mechanismen worden afgebouwd die kinderen in een ongelijke positie plaatsen. Terugkomend op het floreren (paragraaf 5.2); alle bedreigingen worden weggenomen die veroorzaken dat kinderen nu of in de toekomst niet kunnen floreren. De collectieve verantwoordelijkheid is dan om alle kinderen gelijke kansen te geven. De naam van het programma voor alcoholpreventie van het Trimbosinstituut “Opgroeien in een kansrijke omgeving”¹⁵ sluit bij dit gelijkheidsparadigma aan.

Sevenhuijzen (1996, p. 62, 63) beargumenteert dat de nadruk op het tegengaan van ongelijkheid ook leidt tot uitsluitingsmechanismen. Om tot eenheid te komen dienen verschijnselen te worden ontdaan van de context en de gesitueerdheid. Verschillen op basis van onzekerheid en onvoorspelbaarheid worden uitgeschakeld om tot universaliteit te komen en daarmee tot een universele norm. Op deze wijze is het gelijkheidsdenken verbonden aan het denken in tegenstellingen. Als er één bepalende norm is vastgesteld, dan is het verschil hiervan hiërarchisch ondergeschikt. Dit verschil wordt dan aangemerkt als “anders”.

Dit benadrukken van het “anders-zijn”, als tegenstelling tot de norm, maakt dat ouders en kinderen zich aan de dominante normen met betrekking tot alcoholgebruik houden. In Hoofdstuk 2 was immers de conclusie dat een identiteit niet vrij gekozen is én niet het product van sociale krachten. Een zorgend persoon wordt gevormd door repeterende handelingen in de context van de relaties. Een identiteit is inherent politiek doordat iemand ook te maken krijgt met sociale druk en normen die het gedrag sturen (Hamington, 2015, p. 280).

5.4 Gewoonten in een gemeenschap: de macht van kennis

Ouders geven aan wat het drinken van alcohol betreft zich te voegen naar de sociale norm in de gemeenschap en de norm die andere ouders in de vriendenkring van hun kinderen hanteren. Ze zien ook onvoldoende mogelijkheden om deze normen te veranderen. Daarentegen weten ze dat het op jonge leeftijd gebruiken van alcohol gezondheidsrisico's met zich meebrengt, waarbij ouders door de overheid een belangrijke rol wordt toegedicht om kinderen te weerhouden van het drinken van

¹⁵ <https://www.trimbos.nl/aanbod/opgroeien-in-een-kansrijke-omgeving>

alcohol. Ouders wordt de verantwoordelijkheid en de macht toebedeeld om het gedrag van hun kinderen te bepalen, een macht die de ouders dus maar ten dele hebben.

Tronto (1993, 2013) gebruikt in haar theorie over zorg het concept macht veelvuldig. Ze stelt dat zorggevers macht uitoefenen over de zorgvragers, groepen mensen die macht zijn toebedeeld minder zorgen en er baat bij hebben dat dit in stand blijft, en dat de machtigen in staat zijn de onmachtigen niet mee te laten praten. Als ouders in de rol van zorggever echter maar gedeeltelijk bij machte zijn om het gedrag van hun kinderen te beïnvloeden én niet bij machte zijn om gewoonten in de samenleving te veranderen, is de vraag of deze conceptualisering van macht juist is.

In de filosofie van Foucault wordt macht op een andere wijze geconceptualiseerd. Foucault ziet macht als een positieve kracht, discipline, om iets tot stand te brengen en niet als negatief om iemand ergens van te weerhouden of te overtuigen wel te doen. Macht is echter geen bezit van een persoon of een groep mensen, maar circuleert (Bacchi, 2009, pp. 37,38). Vanuit dit concept van macht dient dan ook niet bestudeerd te worden wie macht bezit, of machteloos is, maar dienen de effecten van macht bestudeerd te worden, niet de centra van macht, maar de marges (Bacchi, 2009, p. 38).

De vraag die hier opgeworpen wordt is wie zich in de marge van de macht bevindt in het geval van alcoholgebruik door jongeren. Een respondent deed de uitspraak: "ik kan toch niet in mijn eentje de hele wereld veranderen". Alle respondenten gaven aan zich niet hard te maken voor een verandering, terwijl ze wel zien dat het alcoholgebruik in de gemeenschap soms grenzen overgaat. Een respondent spreekt van een taboe: "daar kom je niet aan". Heeft dit te maken met een discours van het alcoholgebruik? Bacchi (2009, p. 35) verstaat, in navolging van Foucault, onder een discours: "*socially produced forms of knowledge that set limits upon what it is possible to think, write or speak about a 'given social object or practice'*". Een discours bepaalt dus hoe gedacht moet worden, waarover gesproken kan worden, wanneer en door wie over een zeker onderwerp gesproken wordt. Binnen een discours bepaalt het effect van macht wat als kennis en dus waarheid wordt beschouwd (Bacchi, 2009). In een discours zijn de waarheidsclaims gebaseerd op die vormen van kennis met de meeste macht. Er zijn dus ook ondergeschikte vormen van kennis (Bacchi, 2009, pp. 35-36). Foucault noemt als ondergeschikte, niet gewaardeerde kennis, de erudiete kennis die opinies en theorieën bevat die niet algemeen worden omarmt en de "aangeboren" kennis die lokale opvattingen en opinies bevat.

In onze maatschappij wordt veel waarde gehecht aan *evidence based knowledge*. Zorgethiek legt de nadruk op de (morele) kennis die in praktijken aanwezig is (Vosman, 2017). Dit onderzoek maakt duidelijk dat er bij de ouders praktische "aangeboren" kennis aanwezig is. Kennis die een ander licht laat schijnen op de macht van ouders, het gebruik van alcohol door jongeren, en dus ook op hun verantwoordelijkheid ten opzichte van dit fenomeen.

5.5 Solidariteit

Uit de aanname dat zorg niet dyadisch is maar een praktijk volgt dat het leven-instandhoudend netwerk voor kinderen meer actoren en factoren bevat dan de ouders alleen. Uit de empirische gegevens blijkt dat ouders veel nadruk leggen op hun eigen verantwoordelijkheid en de eigen verantwoordelijkheid van hun kinderen. Ze wijzen kinderen op het maken van verstandige keuzes. Ze zijn van mening dat ze geen invloed hebben op wat er buiten hun gezin gebeurt of willen zich er niet mee bemoeien.

Volgens Tronto (2013, 2017) is deze houding van de ouders te verklaren door het neoliberalistische gedachtengoed dat dominant is in onze maatschappij. In het theoretisch kader in hoofdstuk 2 is gesteld dat in een neoliberalistische maatschappij de familie de centrale plaats voor zorg is (Tronto, 2017, pp. 28,29). Als mensen hulp nodig hebben van de overheid houdt dit dus in dat er, bij definitie, een gebrek is aan het nemen van eigen of familiale verantwoordelijkheid (Tronto, 2013, 2017). Als tegenhanger tegen de neoliberalistische uitgangspunten zet Tronto (2013, 2017) het uitgangspunt van *caring with*; een samenleving waarin collectieve zorg op basis van solidariteit het netwerk vormt dat noodzakelijk is voor goede zorg. In het perspectief van zorgethiek is solidariteit een sociale waarde is waarin anders-zijn een plaats heeft en mensen erop kunnen vertrouwen dat er voor ze gezorgd wordt, omdat kwetsbaarheid en afhankelijkheid deel uitmaken van ons menszijn en zorg nodig is op verwachte en onverwachte momenten (Sevenhuijzen, 1996).

Mohanty (2003) gaat dieper in op de betekenis van solidariteit in een samenleving. Zij ziet solidariteit als een keuze van mensen om samen te werken en te vechten, waarbij diversiteit en verschillen de centrale waarden zijn. Solidariteit steunt volgens Mohanty (2003, p. 7) op een interactie tussen drie personen: "ik vraag je om mij bij te staan boven en tegen een ander". Deze definitie maakt het nodig om de "ander" goed te definiëren, maar maakt ook duidelijk dat het moeite kost om het universele te construeren op basis van het afzonderlijke en de verschillen. Mohanty (2003) geeft aan wat solidariteit in de praktijk inhoudt. Solidariteit ontstaat niet vanzelf, maar is het resultaat van communicatie en het respecteren van elkaars verschillen. Hiermee lijkt de conceptualisering van solidariteit door Mohanty op de wijze waarop Tronto (2013) *caring with* conceptualiseert. Ook zij noemt respect, communicatie en pluralisme als noodzakelijke voorwaarden voor solidariteit. Mohanty (2002) stelt dat solidariteit berust op het zoeken naar een gezamenlijk belang, een gezamenlijke kwestie of vraag, met het respecteren van verschillen. Respect tonen voor verschillen kan volgens Mohanty (2002, p. 226) :

"Door verschillen en bijzonderheden te kennen, kunnen we de verbanden en overeenkomsten beter zien, omdat geen enkele grens of begrenzing ooit volledig of rigide bepalend is. De uitdaging is om te zien hoe verschillen ons in staat stellen om de

verbindingen en grensovergangen beter en nauwkeuriger uit te leggen, hoe het specificeren van verschillen ons in staat stelt om universele zorgen vollediger te theoretiseren.”

In hoeverre is deze solidariteit, naast de eigen verantwoordelijkheid van ouders en kinderen, aanwezig tussen de actoren in de gemeenschap op het gebied van alcoholgebruik door jongeren? Communiceren ouders en andere partijen met elkaar over de verschillen en bijzonderheden betreffende het alcoholgebruik, om zo de grenzen op te zoeken, verbindingen te kunnen maken en in staat gesteld te worden om universele zorgen vollediger te benoemen? Het benoemen van deze universele zorgen zijn de basis voor solidariteit en een netwerk van zorg.

Eén respondent geeft aan dat er wel met andere ouders gesproken wordt over het alcoholgebruik van de kinderen. Dit is echter wel lastig omdat sommige ouders niet op de hoogte zijn van wat hun kinderen doen. Ouders willen niet hun relatie met de andere ouders, de vrienden van de kinderen of de relatie tussen de kinderen onderling verstoren. De respondenten geven aan het moeilijk te vinden om aan andere ouders te vragen om hun eigen regels bij te stellen; ze zien dit als een inbreuk op de vrijheid van andere ouders. Eén van de respondenten geeft aan dat ouders die wel problemen hebben met het alcoholgebruik van de kinderen in de steek gelaten worden omdat het onderwerp niet in de openbaarheid besproken wordt.

De overheid, gemeente, is actief en stelt regels met betrekking tot het alcoholgebruik van kinderen van 13-14 jaar tijdens de zogenaamde kampeerfeesten. Dit ondersteunt ouders in het volharden in deze regels. De taak die de overheid in de preventie van het alcoholgebruik op zich neemt is het de ouders voorzien van informatie over de schadelijkheid van alcohol voor jongeren en adviezen over problemen in de opvoeding van pubers. De zorg die de overheid verleent is dus vooral gericht op de competenties van de ouder; de ouders dienen *empowered* te worden om hun zorgtaak te kunnen uitvoeren.

Opmerkelijk is dat een poging van vertegenwoordigers van de gemeente om het alcoholgebruik onder de jeugd in het openbaar te bespreken faliekant mislukt. Ook opmerkingen van respondenten als “daar ben ik niet geschikt voor” wijzen erop dat het uiten van een afwijkende mening in het openbaar blijkbaar te veel negatieve gevolgen heeft voor deze respondenten.

Uit het fenomenologisch onderzoek blijkt dat ouders niet tegen de sociale norm ingaan. Hiermee lijkt het alsof ze solidair zijn met de dominante culturele norm. De vraag is of dit zo is, omdat ouders ook zoals ze zelf zeggen “de kop in het zand steken”; dat wil zeggen geen activiteiten ondernemen die de dominante norm ondermijnt. Er is geen sprake van communicatie over de dominante norm.

5.6 Samenvatting en conclusie

Het samenbrengen van de zorgethische inzichten over zorgverantwoordelijkheid en de geleefde ervaringen van ouders van adolescenten met betrekking tot het gebruik van alcohol door hun kinderen leveren zeven nieuwe inzichten op. (1) De afhankelijkheid van een kind is ambigue. De handelingen van de ouders zijn daarop afgestemd en verschuiven voor een gedeelte van het “verzorgen” naar de fasen van “zorgen om”, “zorgen voor” en “gezamenlijk zorgen”. (2) De morele dilemma’s die ouders ervaren doen zich voor in het alledaags leven. De dilemma’s die geuit worden zijn niet gericht op doelen in de verre toekomst. (3) De collectieve verantwoordelijkheid, in de vorm van preventief alcoholbeleid, is erop gericht om alle kinderen gelijke kansen te geven. Doordat opvoeding en cultuur worden gezien als veroorzakers van ongelijkheid dienen op deze punten alle bedreigingen te worden weggenomen die veroorzaken dat kinderen nu of in de toekomst niet kunnen floreren. (4) Ouders en kinderen passen zich aan, of zijn passief, ten opzichte van het verschil tussen de dominante sociale norm, hun eigen norm en de wettelijke norm. Deze passiviteit komt voort uit de angst om als “de ander” bestempeld te worden en buitengesloten te worden. (5) In het preventieve gezondheidsbeleid wordt de praktijkkennis die bij ouders aanwezig is, ondergeschikt geacht ten opzichte van de *evidence-based* kennis. Terwijl anderzijds juist blijkt dat erudiete, biomedisch-wetenschappelijke kennis in de samenleving ook een ondergeschikte positie inneemt. (6) Ouders leggen veel nadruk op hun eigen verantwoordelijkheid en de eigen verantwoordelijkheid van hun kinderen. Solidariteit op basis van communicatie over verschillen, het opzoeken van de grenzen om een basis te vormen voor universele zorgen is nagenoeg niet aanwezig. (7) Een levensinstandhoudend web, om zo goed als mogelijk in de wereld te leven, bestaat voor de kinderen voor het grootste gedeelte uit zelfzorg en de zorg van ouders.

Deze inzichten geven het patroon van vooronderstellingen weer van de verantwoordelijkheid van ouders voor de zorg voor hun kinderen, de *geographies of responsibility* volgens Urban Walker (2007). Een reflectie op verantwoordelijkheden volgens het expressieve-collaboratieve model vindt echter niet plaats. Het nadeel, al eerder door Van Nistelrooij & Visse (2019) aangegeven, dat niet iedereen aan de reflectie deelneemt door de kracht van de sociale norm is van toepassing.

Het zorgproces volgens Tronto (2013, p.50) is met het in kaart brengen van de verantwoordelijkheden niet klaar. Om de vraag te beantwoorden of goede zorg verleend wordt moet er opnieuw aandacht zijn voor de behoeften die niet zijn vervuld. Hier wordt in het volgende hoofdstuk dieper op in gegaan.

6. Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt op basis van theoretische zorgethische inzichten, het fenomenologische onderzoek en de verbinding tussen de theoretische vraag en de empirische vraag antwoord gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek: “Wat zijn de geleefde ervaringen van ouders van adolescenten met betrekking tot het alcoholgebruik van hun kinderen en wat leren we hiervan, in combinatie met zorgethische inzichten over zorgverantwoordelijkheid van ouders, voor de goede zorg van deze ouders”? Het doel van beantwoording van deze vraag is om een bijdrage te leveren aan de zorgethische theorie met betrekking tot de zorgverantwoordelijkheden in deze context en om de zorg van en voor ouders voor adolescenten die alcohol gebruiken te verbeteren. Dit hoofdstuk wordt daarom afgesloten met aanbevelingen voor de praktijk en vervolgonderzoek.

6.1 Zorg van ouders

Uit het fenomenologisch onderzoek is gebleken dat ouders zien dat de behoeften van hun kinderen ambivalent zijn. Er is behoefte aan meer zelfstandigheid, het ontmoeten van vrienden, plezier maken en het leren om zelf keuzes te maken, maar ook de behoefte aan bescherming tegen risico's die de kinderen zelf nog onvoldoende zien. Wat ouders in de praktijk doen is wat Mol, Moser, & Pols (2010, p. 13) “onderhandelen” tussen deze behoeften noemen, of:

In practice, however, to seeking a compromise between different “goods”, does not necessarily depend on talk, but can also be a matter of practical tinkering, of attentive experimentation.

Goede zorg is volgens Mol et al. (2010) dan ook een aanhoudend knutselen in een wereld vol met ambivalentie en spanningen. Deze formulering is niet in tegenspraak met de definitie van zorg die Tronto (1993, 2013) geeft. Ook zij geeft met de woorden *to seek*, *interweave* en *complex* aan dat zorg betekenis krijgt door het handelen in de praktijk. Echter door de formulering van zorgen als knutselen wordt nog meer de nadruk gelegd op de specifieke competenties van de zorggever die hiervoor nodig zijn.

Dit onderzoek heeft enkele van de ambivalenties en spanningen naar boven gebracht in de context van het drinken van alcohol door kinderen. Naast de ambivalente behoeften van de kinderen is er de spanning tussen de verantwoordelijkheid van het kind, de verantwoordelijkheid van de ouders en de collectieve verantwoordelijkheid in de gemeenschap. Er wordt veel verantwoordelijkheid bij de ouders en het kind zelf neergelegd, terwijl het netwerk van zorg in de overkoepelende fase van *caring with* broos is. Er bestaat een spanning in de bedoeling van de opvoeding; is het doel om de kinderen in het leven van alledag bescherming en ondersteuning te bieden, of dient een abstracter

doel als floreren in de verre toekomst als leidraad in de opvoeding? Er bestaat een spanning tussen het vormgeven van je eigen normen binnen het gezin en je hierover in het openbaar uitspreken. Een respondent noemt dat spreekwoordelijk dat je dan liever je kop in het zand steekt. De wettelijke norm die het alcohol drinken in het openbaar verbiedt, staat op gespannen voet met de sociale norm waarbinnen een leeftijdsgrens van 16 jaar acceptabel is.

Het probleem van het alcoholgebruik van kinderen is dus niet iets wat ouders uitsluitend zelf bepalen; de relatie met je kind, relaties binnen het gezin, relaties met andere ouders en vrienden van de kinderen, en de relatie met onbekenden in de gemeenschap bepalen het handelen van ouders. Wat ouders goede zorg vinden voor hun kinderen is zoals gezegd knutselen en elk “knutselwerk” is uniek. Elke keer opnieuw wordt de vraag gesteld of het resultaat deugdelijk is, of dat het in elkaar dreigt te vallen door onverwachte omstandigheden. Elke keer opnieuw stellen ouders de vraag: “wanneer doe je het goed”? Dit knutselen betekent dat ouderlijke zorg voor kinderen pluriform en in beweging is. Wat doet het preventief alcoholbeleid van de overheid met het knutselen van de ouders?

6.2 Preventief alcoholbeleid helpt ouders niet

In het discours rondom het gebruik van alcohol door jongeren speelt nadrukkelijk de waarheidsclaim die berust op traditie of gewoonte. De macht van deze waarheidsclaim wordt door de ouders als sterker ervaren dan de wetenschappelijke kennis. Gecombineerd met het paradigma van het “reflexief modernisme” in een neoliberale samenleving, waarin de mens zelf verantwoordelijk geacht wordt voor de consequenties van zijn handelen en zelf verantwoordelijkheid draagt om verstandig te handelen, levert dit het beeld op dat aan de competentie van de ouders om goede zorg te leveren, het knutselen, hoge eisen worden gesteld. Kortom, de ambivalentie en spanningen in de praktijk worden door het preventief alcoholbeleid verhoogd.

Dit beleid wijst ouders er immers op hoe vanuit de theorie verantwoordelijk en verstandig gehandeld moet worden. Het preventieve alcoholbeleid hamert op de theoretische uitgangspunten dat alcohol schadelijk is voor de gezondheid en kinderen onder de 18 jaar geen alcohol behoren te drinken¹⁶. Door één principiële norm als leidraad te nemen, worden afwijkingen van deze norm als onwenselijk gezien. Door campagnes te voeren met de nadruk op deze norm, worden ouders die zich niet aan de norm houden door de overheid als onverantwoordelijk bestempeld. Het stilzwijgen van ouders tijdens een dorpsraadvergadering over alcoholgebruik onder jongeren is dan wel begrijpelijk. Een ouder is dan niet in de positie om zijn alledaagse knutselen te uiten. Nog sterker, de ouder gaat zich

¹⁶ <https://www.nix18.nl/>

schamen voor het alcoholgebruik van zijn kind en geen hulp zoeken. Dit verklaart mogelijk het feit dat slechts één respondent heeft aangegeven open te staan voor hulp van derden.

Door preventieve campagnes op te zetten die streven naar een ideale situatie worden de grenzen tussen de verschillende perspectieven nog scherper aangezet en de mogelijkheid wordt kleiner om met respect voor pluriformiteit perspectieven uit te wisselen (Tronto, 2013; Mohanty, 2002). De behoefte van ouders om in de zorg voor de kinderen niet alleen verantwoordelijk te zijn, wordt door het preventieve alcoholbeleid genegeerd. Ouders die met veel praktische wijsheid aan het knutselen zijn, worden als incompetent bestempeld waardoor de onzekerheid bij ouders toeneemt. Het preventieve beleid draagt niet bij aan een betere zorg van ouders voor hun kinderen.

6.3 Solidariteit is gebaseerd op culturele gelijkheid

Een andere norm waar ouders mee worstelen is de op traditie en gewoonte gebaseerde norm dat rijkelijk alcohol drinken bij een feestje hoort. Ouders durven ook deze norm niet openlijk ter discussie te stellen, vanwege de angst om buitengesloten te worden. Solidariteit is gebaseerd op een belang om de gemeenschappelijke normen in stand te houden tegen de “vijandige” normen die van buiten de gemeenschap komen. In de termen van (Mohanty (2003) is het gevecht van een ouder (A) die solidair is met een andere ouder (B) gericht op de theoretici (C) die van buiten de praktijk komen.

6.4 Verdwijnen van publiek debat

Doordat het maatschappelijk probleem van het alcoholgebruik geduid wordt als eigen verantwoordelijkheid van de kinderen en de ouders, wordt het een probleem dat verwezen wordt naar de privé-sfeer. Het probleem moet in huiselijke kring opgelost worden. Door dit paradigma verdwijnt de zorg voor kinderen uit het publieke debat; de scheiding tussen privaat en publiek die door Tronto (1993) als eerste aangegeven is. Er is géén sprake van een rechtvaardige verdeling van verantwoordelijkheden, waarbij iedereen aan tafel zit om te onderhandelen over een (her)verdeling van deze verantwoordelijkheden (Tronto, 2013, p. 56). Van een expressief-collaboratieve morele praktijk zoals Urban Walker (2007) zich dat voorstelt is nog te weinig sprake omdat er geen respect is voor de pluriformiteit van de ouders.

6.5 Zorgzame samenleving

De conclusie is dus dat ouders met praktische wijsheid zorgen voor hun kinderen wat betreft het alcoholgebruik. Ze ervaren daarbij sociale druk van anderen die de dominante sociale norm verdedigen. Het preventief alcoholbeleid legt nog meer verantwoordelijkheid bij de ouders neer,

waardoor ze zich niet uitspreken over hun behoefte aan ondersteuning van de samenleving. Dit onderzoek wordt op basis van deze conclusie afgesloten met aanbevelingen voor de praktijk en aanbevelingen voor de zorgethiek.

Aanbevelingen voor de praktijk

In de aanbevelingen voor het verbeteren van de zorg van ouders in de praktijk is rekening gehouden met het inzicht dat praktijken weliswaar kunnen veranderen, maar dat deze veranderingen langzaam gaan (Schatzki in Van Putten, 2020, p. 157).

De eerste aanbeveling is om de communicatie tussen ouders onderling, maar ook met andere partijen als sportverenigingen en horeca-exploitanten op gang te brengen. Ouders voelen sociale druk om zich te conformeren aan de dominante norm. Ethische reflectie op wat goede zorg voor kinderen is, ontbreekt. De inzichten die opgedaan zijn op het gebied van moreel beraad in professionele instellingen kunnen hierbij toegepast worden (Van Dartel & Molewijk, 2020). Van Dartel & Molewijk (2020, p. 13) geven drie voorwaarden om systematisch aan moreel beraad te kunnen doen. Dit zijn een goede gespreksleider, de juiste organisatorische condities en een actieve betrokkenheid van alle belanghebbenden. Het is aan de overheid om deze randvoorwaarden te bewerkstelligen.

De tweede aanbeveling is om een dialoog op gang te brengen tussen de wetenschappelijke kennis en de praktische kennis van de ouders. Daarvoor is het nodig dat in het preventief alcoholbeleid de intentie losgelaten wordt om de competentie, de kennis, van ouders te verbeteren. Om een gelijkwaardige positie te creëren dienen ouders beschouwd te worden als ervaringsdeskundigen op het gebied van opvoeden. De overheid kan ook de randvoorwaarden scheppen om deze dialoog op gang te brengen.

De derde aanbeveling is om de adolescenten die op een leven-instandhoudend web mogen vertrouwen te betrekken in de dialoog. Op welke wijze willen zij leren om meer autonomie te verkrijgen? Er wordt in het preventief alcoholbeleid vooral over jongeren gesproken, in plaats van met de jongeren.

Aanbevelingen voor de zorgethiek

De eerste aanbeveling voor zorgethisch onderzoek is het onder de loep nemen van landelijke voorlichtingscampagnes als bijvoorbeeld Nix18. Kwalitatief onderzoek, een discoursonderzoek of institutioneel etnografisch onderzoek, naar de effecten van deze campagnes op kinderen en ouders kan nieuwe inzichten geven over de (on)wenselijkheid van deze campagnes.

De tweede aanbeveling voor de zorgethiek is om behoeften van ouders, die immers zowel zorgverlener als zorgvrager zijn, beter in beeld te brengen. De afhankelijkheid die de relatie ouder-kind kenmerkt is complexer of diverser dan tot nu toe door zorgethici, Ruddick (1989) of Kittay (1989), is verondersteld. Het lijkt erop dat in de zorgethiek de ouder-kind zorgrelatie vermeden wordt, om te benadrukken dat zorg politiek is. Deze veronderstelling is gebaseerd op het feit dat voor zover bekend bij onderzoeker er wel onderzoek gedaan is naar afhankelijkheidsrelaties in de professionele zorg (Van der Weele, Bredewold, Leget, & Tonkens, 2020) en de relatie ouder-kind als het mantelzorg betreft (Bredewold, Duyvendak, Kampen, Tonkens, & Jansen Verplanke, 2018), terwijl dit onderzoek in de relatie ouder en bijna volwassen kind ontbreekt.

Een derde aanbeveling is meer onderzoek te doen naar hoe een democratische en zorgzame samenleving vormt krijgt. Het idee van Tronto (2013) dat iedereen aan de tafel moet zitten om mee te praten is in de praktijk niet haalbaar. Op welke wijze kan zorg, in de vorm van een rechtvaardige verdeling van zorgverantwoordelijkheden, daadwerkelijk vorm krijgen in een pluriforme gemeenschap? Zorgethiek is een interdisciplinaire wetenschap. Gebruik maken van en verbinding zoeken met de kennis die aanwezig is in de bestuurskundige en politieke wetenschap is dan ook een vereiste. Dat ook in dit veld gezocht wordt naar een ander paradigma voor de verantwoordelijkheid van de overheid bewijst het promotieonderzoek van Van Putten (2020)

7. Kwaliteit en beperkingen van het onderzoek

Als afsluiting van dit onderzoek wordt de methodologische kwaliteit ervan beschreven. In hoofdstuk 3 is de methodologie uiteengezet. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de wijze waarop betrouwbaarheid, validiteit en generaliseerbaarheid zijn geborgd, alsmede de beperkingen die hierop ondervonden zijn.

7.1 Betrouwbaarheid en validiteit

Betrouwbaarheid en validiteit houden in positivistisch onderzoek in dat in een onderzoek daadwerkelijk gemeten is wat de bedoeling was en dat het onderzoek bij herhaling onder dezelfde omstandigheden dezelfde uitkomsten heeft. In fenomenologisch onderzoek staat echter juist de unieke betekenis in de context van de participanten centraal (van Wijngaarden, van der Meide, & Dahlberg, 2017). In kwalitatief onderzoek wordt daarom betrouwbaarheid en validiteit uitgedrukt in de termen geloofwaardigheid, authenticiteit, overdraagbaarheid en navolgbaarheid (Creswell & Poth, 2018, p. 256). Validiteit van een kwalitatief onderzoek is dan vooral de nauwgezetheid in het onderzoek en kan onderverdeeld worden in procedures die gericht zijn op de onderzoeker, de participant en de lezer of beoordelaar (idem p. 259, 260).

De onderzoeker heeft de geloofwaardigheid in dit onderzoek vergroot door triangulatie toe te passen. Er is gebruik gemaakt van zorgethische en niet-zorgethische literatuur, gecombineerd met ervaringsverhalen. De navolgbaarheid van het onderzoek ontstaat door nauwgezet de procedure te volgen die beschreven is. In de bijlagen 3 en 4 is de totstandkoming van het antwoord op de empirische vraag te volgen. Op de vooronderstellingen, aannames en kennis van onderzoeker is uitgebreid gereflecteerd door middel van het bijhouden van een reflexief dagboek. Wat betreft de participant is de authenticiteit van het onderzoek zoveel mogelijk beschermd door veel originele citaten van hen op te nemen in de empirische resultaten. De respondenten hebben de tekstuele portretten, die opgesteld zijn op basis van de transcripties en de memo's uit het reflexief dagboek, gelezen en goedgekeurd. De respondenten hebben ook de eerste versie van het empirische hoofdstuk gelezen. Op basis van een reactie van één van hen, is de weergave van de bevindingen gewijzigd. De thesisbegeleiders hebben er voor gezorgd dat er een check is geweest op de navolgbaarheid van de interpretaties en de gevolgde procedure.

7.2 Generaliseerbaarheid

Het doel van fenomenologisch onderzoek is niet om absoluut geldende waarheden te vinden. In fenomenologisch onderzoek is het resultaat te beschouwen als een plausibel en inspirerend inzicht, waarvan ambigüiteit en incompleteheid een kenmerk is (van Wijngaarden, van der Meide, & Dahlberg, 2017). Uit de empirische resultaten blijkt ook dat de ervaringen van de vier respondenten al niet generaliseerbaar waren; de spanning tussen de verschillende ervaringen is benoemd. Generaliseerbaar kan ook begrepen worden als overdraagbaarheid (van Wijngaarden, van der Meide, & Dahlberg, 2017). Andere onderzoekers kunnen in een andere context het onderzoeksresultaat gebruiken als een te bevragen perspectief. Getracht is de overdraagbaarheid te bevorderen door een uitgebreide omschrijving van de geleefde ervaring te geven. Het is aan de lezers te beoordelen of ze de ervaring herkennen.

7.3 Beperkingen van het onderzoek

Insiderpositie van onderzoeker

De insiderpositie van onderzoeker is beschreven in hoofdstuk 3. De respondenten behoren alle vier tot de kennissenkring van onderzoeker. Dit maakt dat de vraag gesteld kan worden of er voldoende afstand genomen kon worden van de ervaringen van respondenten. De dubbele hermeneutiek vereist dat de onderzoeker naast de participant gaat staan om deze te begrijpen, maar tegelijkertijd kritisch op zoek is naar betekenissen die niet aan de oppervlakte liggen. Juist het kritisch zijn en de ervaringen interpreteren op een wijze die door een respondent niet gewaardeerd worden, wordt door de insiderpositie bemoeilijkt. De aard van het onderzoek maakt dat er *rapport* en vertrouwen is tussen de onderzoeker en de respondenten. Dit vertrouwen schaden, door ervaringen te benoemen die niet aan de oppervlakte liggen en de nadruk leggen op als negatief beoordeelde gedragingen en emoties is vanwege de insiderpositie erg moeilijk gebleken. Getracht is in overleg met de respondent te komen tot wederzijdse instemming met de beschrijving van de ervaring.

Problematisch was ook dat twee respondenten, onafhankelijk van onderzoeker, met elkaar hebben gesproken over het interview. Dit doorbrak de vereiste anonimiteit. In bijlage 1, gedeelten van het reflexief logboek, is beschreven welke invloed dit mogelijk heeft gehad op de resultaten van het onderzoek.

Individueel onderzoek

Het onderzoek is nagenoeg individueel uitgevoerd. Een nadeel hiervan is dat er geen dialoog kan plaatsvinden met co-onderzoekers over de analyse van de data. Een onderzoek wordt

betrouwbaarder als meerdere onderzoekers met elkaar in dialoog kunnen gaan over de interpretaties (Creswell & Poth, 2018, p. 264). Tijdens de masterstudie heeft onderzoeker ervaren dat het met elkaar bespreken van de interpretaties het de onderzoeker eenvoudiger maakt om, zoals Finlay (2008) het formuleert *“the dance between reduction and reflexivity* goed uit te voeren. Eén van de redenen dat de planning in het onderzoek niet gehaald is, is dat onderzoeker haar interpretaties niet uitvoerig kon bespreken met een andere onderzoeker die toegang had tot dezelfde data.

Kennisproductie

De doelstelling van het onderzoek is om kennis op te doen. Kennis van de geleefde ervaring van de ouders, gecombineerd met de theoretische kennis, levert weer nieuwe kennis op. Doordat deze doelstelling voorop stond is in de methodologie de nadruk komen te liggen op validiteit en betrouwbaarheid; het volgen van vooraf beschreven procedures. Fenomenen als liefde, hoop, levenslust, eenzaamheid zijn echter volgens Visse, Hansen, & Leget (2020) moeilijk te begrijpen vanuit de *logos* alleen. Er blijft een gedeelte dat niet is te beschrijven met woorden. Wellicht heeft de methodiek er aan bijgedragen dat de betekenis van verantwoordelijkheid als een gegeven, zoals dat beschreven is door Van Nistelrooij & Visse (2019) niet uit de verf is gekomen. Er is nog veel wat niet gekend wordt omtrent de verantwoordelijkheid van ouders.

Literatuurlijst

- Bacchi, C. (2009). *Analysing policy: What's the problem represented to be?* Australia: Pearson.
- Baur, V., van Nistelrooij, I., & Vanlaere, L. (2017). The sensible health care professional: a care ethical perspective on the role of caregivers in emotionally turbulent practices. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 483-493.
- Baylis, F., Kenny, N., & Sherwin, S. (2008). A relational account of public health ethics. *Public health ethics*, 196-209.
- Boelema, S., ter Bogt, T., van den Eijnden, R., & Verdurmen, J. (2009). *Fysieke, functionele en gedragsmatige effecten van alcoholgebruik op de ontwikkeling van 16-18 jarigen*. Utrecht: Trimbos-instituut, Universiteit Utrecht, .
- Bredewold, F., Duyvendak, J. W., Kampen, T., Tonkens, E., & Jansen Verplanke, L. (2018). *De verhuizing van de verzorgingsstaat. Hoe de overheid nabij komt*. Amsterdam: Van Genneep.
- Care ethics and liberalism. (2015). In D. Engster, & M. Hamington, *Care Ethics and Political Theory* (pp. 37-50). Oxford: Oxford University Press.
- Carver, H., Elliott, L., Kennedy, C., & Hanley, J. (2017). Parent–child connectedness and communication in relation to alcohol, tobacco and drug use in adolescence: An integrative review of the literature. *Drugs: education, prevention and policy*, 119–133.
- Creswell, J. W., & Poth, C. (2018). *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing among Five Approaches*. UK: Sage.
- De Sousa Santos, B. (2016). *Epistemologies of the South and the future*. Opgehaald van <https://www.fesjournal.eu/>: <http://europeansouth.postcolonialitalia.it>
- Duyndam, J., & Poorthuis, M. (2005). *Levinas, Inleiding tot het denken van de Franse filosoof*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Eatough, V., & Smith, J. (2017). Interpretative phenomenological analysis . In C. Willig, & W. Stainton-Rogers, *Handbook of Qualitative Psychology* (pp. 193-211). Londen: Sage.
- Eichner, M. (2015). The supportive state. Government, dependency and responsibility for care-taking . In D. Engster, & H. M., *Care Ethics and Political Theory* (pp. 88-103). Oxford: Oxford University press.
- Ellis, C. (2007). Telling Secrets, Revealing Lives Relational Ethics in Research With Intimate Others. *Qualitative Inquiry*, 3-29.
- Engster, D., & Hamington, M. (2015). Introduktion. In D. Engster, & H. M., *Care Ethics and Political Theory* (pp. 1-18). Oxford: Oxford University Press.
- Faden, R., Bernstein, J., & Shebaya, S. (2022). *Public Health Ethics*. Opgehaald van Stanford Encyclopedia of Philosophy: <https://plato.stanford.edu/entries/publichealth-ethics/#FramInclBothJustLegiCons>
- Finlay, L. (2002). Negotiating the swamp: the opportunity and challenge of reflexivity in research practice. *Qualitative Research*, 209-230.
- Finlay, L. (2008). A Dance Between the Reduction and Reflexivity: Explicating the “Phenomenological Psychological Attitude”. *Journal of Phenomenological Psychology*, 1-32.
- Finlay, L. (2009). Ambiguous Encounters: A Relational Approach to Phenomenological Research. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*, 1-17.
- Gezondheidsraad. (2018). *Alcohol en hersenontwikkeling bij jongeren*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Hamington, M. (2015). Politics is not a game, The radical potential of care. In D. Engster, & M. Hamington, *Care ethics and political theory* (pp. 272-292). Oxford: Oxford University Press.
- Held, V. (2015). Care and justice, still. In D. Engster, & M. Hamington, *Care Ethics and Political Theory* (pp. 19-36). Oxford: Oxford University Press.
- Holstein, J. A., & Gubrium, J. F. (1995). *The active interview* . Sage.

- Jennings, B. (2007). Public health and public republicanism, toward an alternative framework for public health ethics. In A. Dawson, & M. Verweij, *Ethics, prevention, and public health*. . Oxford: Oxford University Press on Demand.
- Johnson, C., & Parry, D. (2016). *Fostering social justice through qualitative inquiry*. London: Routledge.
- Kesselring, M. C., De Winter, M., Van Yperen, T., & Lecluijze, S. (2016). Partners in parenting: An overview of the literature on parents' and nonparental adults' perspectives on shared responsibilities in childrearing. *Issues in Social Science*, 69-97.
- Kittay, E. (2015). A theory of justice as fair terms of social life given our inevitable dependency and our inextricable interdependency. In D. Engster, & M. Hamington, *Care Ethics and Political Theory* (pp. 51-71). Oxford: Oxford University Press.
- Kittay, E. F. (1999). *Love's labor: Essays on women, dependency, and equality*. New York: Routledge.
- Kromhout, D., Spaaij, C., de Goede, J., & Weggemans, R. (2016). The 2015 Dutch food-based dietary guidelines. *European Journal of Clinical Nutrition*, 869-78.
- Leget, C., Nistelrooij, I., & Visse, M. (2017). Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing ethics*, 1-9.
- Mares, S., Lichtwarck-Aschoff, H., Burk, A., van der Vorst, W., & Engels, R. C. (2012). Parental alcohol-specific rules and alcohol use from early adolescence to young adulthood. *Journal of child psychology and psychiatry*, 798-805.
- Middelkoop, B. J., Richardus, J. H., & Verhoeff, A. P. (2016). *Uitvoering en organisatie van de publieke gezondheidszorg. Volksgezondheid en gezondheidszorg*, 219. Bohn Stafleu van Loghum.
- Mohanty, C. (2003). *Feminism without borders, decolonizing theory, practicing solidarity*. Durham & London: Duke university press.
- Mol, A., Moser, I., & Pols, J. (2010). Care: putting practice into theory. In A. M. Mol, & J. Pols, *Care in practice: On tinkering in clinics, homes and farms* (pp. 7-25). Bielefeld: the DeutscheNationalbibliothek.
- Osborn, M., & Smith, J. A. (2009). Interpretative Phenomenological Analysis. In P. Flower, *Doing social psychology research* (pp. 53-80). Academia.
- Peeters, R. (2015). *Het verlangen naar voorkomen, hoe het preventieparadigma de overheid verandert*. Amsterdam: Van Genneep.
- Ross, L. (2017). An Account From the Inside: Examining the Emotional Impact of Qualitative Research Through the Lens of "Insider" Research. *Qualitative Psychology*, 326–337.
- Rossov, I., Keating, P., Felix, L., & McCambridge, J. (2016). Does parental drinking influence children's drinking? A systematic review of prospective cohort studies. *Addiction*, 204–217.
- Roulston, K., & Shelton, S. A. (2015). Reconceptualizing Bias in Teaching Qualitative Research Methods. *Qualitative Inquiry*, 332 –342.
- Ruddick, S. (1989). *Maternal Thinking. Toward a Politics of Peace*. Boston: Beacon Press.
- Sander-Staudt, M. (2022). *Care Ethics*. Opgehaald van Internet Encyclopedia of Philosophy: <http://www.iep.utm.edu/care-eth/>
- Schneider, M. J. (2020). *Introduction to public health*, Jones & Bartlett Learning.
- Sevenhuijzen, S. (1996). *Oordelen met zorg, feministische beschouwingen over recht, moraal en politiek*. Amsterdam: Boom.
- Sharmin, S., Kypri, K., Khanam, M., Wadolowski, M., Bruno, R., Attia, J., & Mattick, R. P. (2017). Effects of parental alcohol rules on risky drinking and related problems in adolescence: Systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*.
- Slote, M. (2015). Care ethics and liberalism. In D. Engster, & M. Hamington, *Care ethics and political theory* (pp. 37-50). Oxford: Oxford University Express.
- Smeets, L., Monshouwer, K., & de Greeff, J. (2019). *De IJslandse aanpak van middelengebruik onder jongeren. Een verkenning van de wetenschappelijke literatuur*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Taylor, J. (2011). The intimate insider: Negotiating the ethics of friendship when doing insider research. *Qualitative Research*, 3-22.
- Tronto, J. (1993). *Moral Boundaries, a political argument for an ethic of care*. New York: Routledge.

- Tronto, J. (2013). *Caring democracy, markets, equality, and justice*. New York: New York University Press.
- Tronto, J. (2015). Theories of care as a challenge to Weberian paradigms in social science. In D. Engster, & M. Hamington, *Care Ethics and Political Theory* (pp. 252-271). Oxford: Oxford University press.
- Tronto, J. (2017). There is an alternative: homines curans and the limits of neoliberalism. *International Journal of Care and Caring*, 27-43.
- Urban Walker, M. (2007). *Moral Understandings*. Oxford: Oxford university press.
- Van Dartel, H., & Molewijk, B. (2020). *In gesprek blijven over goede zorg, overlegmethoden voor moreel beraad*. Amsterdam: Boom.
- van der Meide, H. (2015). Het onthullen van ervaringen Fenomenologie als kwalitatieve onderzoeksbenadering: deel I van een tweeluik. *Kwalon*, 21-28.
- van der Meide, H. (2018). Niet coderen maar schrijven. Data-analyse in fenomenologisch onderzoek. *Kwalon*, 32-39.
- Van der Weele, S. (2021). Four Paradigm Cases of Dependency in Care Relations. *Hypatia*, 1-22.
- Van der Weele, S., Bredewold, F., Leget, C., & Tonkens, E. (2020). What is the problem of dependency? Dependency work reconsidered. *Nursing Philosophy*, 1-10.
- Van Heijst, A. (2005). *Menslievende zorg, een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Klement.
- Van Heijst, A. (2008). Zorgethiek, een theoretisch overzicht. *Filosofie en Praktijk*, 7-18.
- Van Nistelrooij, I., & Visse, M. (2019). Me The invisible call of responsibility and its promise for care ethics, a phenomenological view. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 275–285.
- Van Nistelrooij, I., Schaafsma, P., & Tronto, J. (2014). Ricoeur and the ethics of care. *Medical Health Care and Philosophy*, 519-528.
- Van Nistelrooij, I., Visse, M., Spekkink, A., & de Lange, J. (2017). How shared is shared decision-making? A care-ethical view on the role of partner and family. *Journal of medical ethics*, 637-644.
- Van Putten, R. (2020). *De ban van beheersing, naar een reflexieve bestuurskunst*. Amsterdam: BoomBestuurskunde.
- van Wijngaarden, E. (2015). Fenomenologisch onderzoek naar voltooid leven bij ouderen. *Kwalon*, 34-39.
- Van Wijngaarden, E., van der Meide, H., & Dahlberg, K. (2017). Researching Health Care as a Meaningful Practice: Toward a Nondualistic View on Evidence for Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 1738– 1747.
- Visse, M., Hansen, F., & Leget, C. (2020). Apophatic Inquiry: Living the Questions Themselves. *International Journal of Qualitative Methods*, 1-11.
- Visser, L., de Winter, A., & Reijneveld, S. (2012). The parent–child relationship and adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health*, 1-16.
- Vosman, F. (2017). The moral relevance of lived experience in complex hospital practices: a phenomenological approach . In *Theological Ethics and Moral Value* (pp. 65-92). Routledge.
- Wolbert, L. (2019). Floreren als ultiem einddoel van opvoeding en onderwijs. *Pedagogiek*(doi.org/10.5117/PED2019.1.006.WOLB), 95-112.
- Wolbert, L., de Ruyter, D., & Schinkel, A. (2018). What attitude should parents have towards their children’s future flourishing? *Theory and Research in Education*, 82-97.
- Yap, M. B., Cheong, T. W., Zaravinos-Tsakos, F., Lubman, D. I., & Jorm, A. F. (2017). Modifiable parenting factors associated with adolescent alcohol misuse: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies . *Addiction*, 1142–1162.

