

# MO

## mededelingen opbouwwerk

*thema*

■  
**Lokaal  
gezondheidsbeleid**

■  
**Community development:  
een nieuwe aanpak**



SCHMIGGE GVO-CONSULENTEN...



EN ANDERE ...

©LOET VAN HELL 82

■  
**Opbouwwerk  
meets GVO**

■  
**Pleidooi voor  
samenwerking**

no. 90

DECEMBER 1990 - 9E JAARGANG

- 3:** Opbouwwerk en gezondheid, *Kees Stuurrop*
- 5:** Community development: een nieuwe aanpak, *Marc Willemsen en Ingeborg Hoekstra*
- 6:** Onderzoek bij stadsstudies, *Joop ten Dam*
- 9:** Project "community based" lokaal gezondheidsbeleid van start, *Kees Stuurrop*
- 14:** Gezonde wijken, *Lineke Jonkers, Frans Koopman, Arnold Steenbrink*
- 16:** Opbouwwerk, vergemakkelijker van zelfhulp, *Jan Koenders*
- 18:** Werkgroep: "Gezond de Heeg", *Marlou van den Berg*
- 19:** Acceptatie van psychische problemen: een cultureel goed, *Fenny Gerrits*
- 21:** Opbouwwerk en reïntegratie psychiatrische patiënten, *Huub Beijers*
- 24:** Opbouwwerk en revalidatieprojecten, *Kees Stuurrop*
- 26:** Lokaal gezondheidsbeleid is maatwerk, *Siem Bellema*
- 29:** Rotterdam: een gezonde stad, *Toon Voorham*
- 31:** Project 'migranten en gezondheid', *Peter Rokers*
- 33:** Gezondheidsvoorlichting als aankopingspunt, *Kitty den Boogert*
- 35:** Opbouwwerk, gezondheidszorg en milieu-overlast, *Aart Dekker*

- 37:** Gebruikersoverleggen gezondheidszorg, *Henk Duis*
- 39:** Opbouwwerk en gebruikersoverleggen, *Wil de Kort*
- 41:** Vanuit de werkplaatsen
- 42:** Uitkomsten NBO-enquete
- 43:** Supervoorzitter, column van *Cees de Wit*
- 44:** Pleidooi voor samenwerking



M.O. is een mededelingenblad van, voor en over de lokale opbouwwerkpraktijk. Het verschijnt tenminste 10 maal per jaar; zes gewone en vier themanummers.

Samenstelling: Luc Boss, Fenny Gerrits (eindredactie), Greet Hettinga, Wil van de Leur, Kees Stuurrop, Jolanda Tabak en Willem van de Wetering.

Basislayout: Kloek Design Houten  
Druk: Stimio Meteren  
Cartoons: Loet van Moll (gedeeltelijk eerder gepubliceerd in Nieuwsbrief 2000)

De jaarabonnementsprijs bedraagt f 52,- voor het 1e en f 48,- voor het 2e en volgende abonnement. Losse nummers kosten f 6,50, themanummers f 8,35, excl. porto.  
Opzeggingen van abonnementen schriftelijk vóór 1 december van het lopende abonnementsjaar.

Redactie en administratie:  
Prinsegracht 51, 2512 EX Den Haag,  
tel. 070-3804431, fax. 070-3809973.

ISSN: 0168-06SX

# Opbouwwerk en gezondheid

**Opbouwwerk is werken op kruispunten van maatschappelijke veranderingen. 1) Werken ook op het kruispunt van beleid en de dagelijkse leefwereld van mensen. Veranderingen van beleid en van de dagelijkse praktijk vereisen vernieuwing van opbouwwerkmethoden op gebieden als wonen, werken, leren en gezondheid.**

**In dit MO-themanummer wordt "opbouwwerk en gezondheid" centraal gesteld. Een relatief nieuw terrein, dat zich snel ontwikkelt. Ansluitend bij het door de Wereldgezondheidsorganisatie gepropageerde concept van een "community based" gezondheidspolitiek. De gezondheidszorg en het gezondheidsbeleid moeten worden "vermaatschappelijk". Een nieuwe volksgezondheid is nodig. Met nadruk op volk. Terug naar de mensen; bevolkingsparticipatie is voor zo'n nieuwe benadering essentieel. En niet alleen als "patiënt!" maar als "producent" van "gezondheid".**

In Nederland is de koerswijziging in het gezondheidsbeleid beleidsmatig vertaald in o.a. de Nota 2000 (1987), het Kerndocument Gezondheidsbeleid "Doelgericht Veranderen" (1989) en de Wet Collectieve Preventie (1989). Vooral in het bevorderen van een community based karakter van dit nieuwe volksgezondheidsbeleid biedt de opbouwwerktraditie belangrijke aanknopingspunten. Opbouwwerk/samenlevingsopbouw heeft veel ervaring opgedaan met bepaalde groepen in de bevolking (bijvoorbeeld lager betaalden of bewoners van een saneringswijk) en met bepaalde onderwerpen, bijvoorbeeld wonen, maar dat is niet het voornaamste kenmerk

van de professe opbouwwerk. Kenmerkend is vooral de inhoudelijke kwalificatie: sociaal organisatorische deskundigheid, strategische deskundigheid en educatieve deskundigheid. Een belangrijke verrijking van de methodiek opbouwwerk is de in het afgelopen decennium ontwikkelde theorie en praktijk van netwerkontwikkeling ("networking") in combinatie met een integrale probleembenadering op lokaal niveau.<sup>2)</sup> Opbouwwerk kan gezien worden als organisatie-deskundigheid gericht op de lokale samenleving. Sommigen spreken van een "sociaal architectonische deskundigheid" die in een community based gezondheidsbeleid zijn waarde kan bewijzen.<sup>3)</sup>

In Nederland ontbreekt, anders dan in de Verenigde Staten en Groot-Brittannië, een traditie inzake opbouwwerk en gezondheid. Er zijn echter ook hier steeds meer plaatsen waar "community organization" een rol speelt bij lokale gezondheidsinitiatieven.

**1.** Ondersteunen van patiëntenparticipatie en belangenbehartiging, van algemene en categorale patiëntenorganisaties en patiëntenplatforms. Het betreft organisatorische en educatieve ondersteuning, pleitbezorging en bemiddeling. De bijdragen van Henk Duis en Wil de Kort zijn een voorbeeld van de permanente ontwikkeling van opbouwwerk op dit gebied.

**2.** Opbouwwerk wordt ingezet bij zorginnovatie; onderlinge hulpverlening, zelfhulpgroepen, informele zorgprojecten voor ouderen, nieuwe zorgvoorzieningen gekenmerkt door samenwerking van formele en informele netwerken en van disciplines binnen en buiten de gezondheidssector. Projecten als in Den Bosch Oost en rehabilitatieprojecten in de geestelijke gezondheidszorg zijn hier voorbeelden.

**3.** Opbouwwerk speelt een rol bij een scala van lokale gezondheidsinitiatieven die de fysieke en maatschappelijk omgeving en de leefwijzen als aangrijpingspunt hebben en uitgaan van bevolkingsparticipatie, lokale gezondheidsbevordering in de ruimste zin van het woord. Daarnaast zijn er een aantal instituten zoals het NIZW, de Universiteiten van Maastricht en Utrecht, de WOZON en GGD, die hun projecten presenteren op het gebied van lokaal gezondheidsbeleid.

Te onderscheiden zijn:

*\* acties gericht op de fysieke en maatschappelijke omgeving, verbetering van woningen en woonomgeving, bevorderen van maatschappelijke participatie, verbetering van milieu binnens- en buitenshuis, in het algemeen verbetering van de leefbaarheid van bepaalde territoria.*

*\* voorlichtingsactiviteiten voor bepaalde gebieden, wijk en buurtgericht, of voor specifieke groepen.* Zie de netwerkbenadering in Blauwdorp Maastricht en het project "Kinderen en een gezonde buurt" in Eindhoven.

*\* ontwikkelen van community based lokale en regionale welzijns- en gezondheidsprofielen als startpunt voor acties om ongelijke territoriale (regionale, lokale) verdeling "gezondheid" te verminderen.* (Dit sluit direct aan bij de opbouwwerktraditie inzake het opstellen van een community diagnose, een leefbaarheidsonderzoek).

Dit geheel geeft een beeld van gezondheidsinitiatieven waarbij participatie van de bevolking een belangrijke rol speelt. Opbouwwerk, kruisverenigingen, basisgezondheidsdiensten, instellingen voor geestelijke gezondheidszorg ontmoeten elkaar steeds vaker in dit bewegende lokale veld op zoek naar mogelijkheden voor die participatie.

## **Uitdaging voor het opbouwwerk**

Het ontwerp Kerndocument Gezondheidsbeleid Doelgericht Veranderen (WVC, 1989) zowel als de Wet Collectieve Preventie benadrukken het belang van lokaal gezondheidsbeleid. Daarbij worden de volgende uitgangspunten aangegeven:

- politieke binding: een erkenning van verantwoordelijkheid op politiek niveau, in casu de gemeenten
- deelname van de bevolking (community involvement): het zoveel mogelijk aansluiten bij initiatieven van bevolkingsgroepen en het zoveel mogelijk betrekken van de bevolking bij activiteiten
- empirische basis (community diagnosis); de analyse en beschrijving van de gezondheidssituatie van de bevolking
- Intersectoraal beleid: beleid gericht op sectoren buiten de volksgezondheid
- voorzieningenbeleid: het gezondheidsbeleid heeft betrekking op alle determinanten van gezondheid, inclusief de zorgvoorzieningen.

In 'Doelgericht Veranderen' wordt nog eens benadrukt dat niet alleen de introductie van gezondheidsbeleid, maar ook het groeiende gezondheidsbewustzijn onder de burgers een uitdaging betekent voor met name de gemeente. Dit leidt tot de volgende doelstelling:

'Vanaf 1990 voeren alle (samenwerkende) gemeenten een expliciter gezondheidsbeleid, onder meer tot uitdrukking komend in programma's over collectieve preventie. Elementen hieruit zijn bijvoorbeeld: lokale vertaling van nationale gezondheidsdoelen (...), opstellen van gezondheidsprofielen en ontwikkelingsplan voor de lokale samenwerkingsorganisatie. (Doelgericht Veranderen. Ontwerp - Kerndocument Gezondheidsbeleid, discussienota WVC, Rijswijk 1989, blz 40.)

Een uitdaging voor de gemeente en voor het opbouwwerk om de bevolking hier wezenlijk bij te betrekken.

Het opstellen van gezondheidsprofielen kan een kader bieden voor nieuw lokaal volksgezondheidsbeleid. Ongelijke verdeling van de gezondheid over regio's en stadswijken wordt in kaart gebracht. Dat kan een startpunt zijn voor nieuwe gezondheidsinitiatieven. Over invulling van die profielen zijn ook meningsverschillen zichtbaar: zijn dit de traditionele, meer statistische onderzoeken, gericht op risicofactoren, gezondheidstoestand van individuen, etc. of is het opstellen van zo'n profiel ook een aangelegenheid van de "community".

In een community based concept zal via een dialoog moeten worden vastgesteld welke gezondheidsbevordering, welke gezondheidszorg, welke kwaliteit, welke hoeveelheid waar moet worden gerealiseerd. Dit kan niet gebeuren via een formeel

planningsproces, vanuit doel-ratio-nale opties gestuurd. Er moeten voorwaarden worden geschapen voor een community based sturingsproces. Dat is ook wat anders dan een afstemming van vraag en aanbod op de markt. De productie van de gezondheidszorg zelf, de definitie van wat gezondheid is, moet in de beschouwing worden betrokken. De uitkomsten van het veranderingsproces op gezondheidsterrein liggen niet vast. Kernwoorden in de veranderingsstrijd zijn vooral "zelfregulering", "meer markt" en "substitutie". In plaats van de verstatelijking, slaat "vermarkting toe". In dat scenario moet de patiënt of de potentiële patiënt van alles zelf gaan doen en volgens de Tweede Voortgangsnota Patiëntenbeleid ook participeren in het gezondheidsbeleid. De plannen van de commissie Dekker markeren het einde van de plan-

ningsexperimenten via de Wet Voorzorging Gezondheidszorg.

Dat betekent niet dat er geen planning meer zal zijn. De planningsstrategieën veranderen echter van karakter. Er is (schijnbaar) een vrije ruimte ontstaan waarin gebruikers, financiers, aanbieders van zorg en centrale en lokale staat tot nieuwe verhoudingen moeten komen in de gezondheidssector. In deze schuivende verhoudingen zullen de "mensen in het land", de gebruikers, de patiënten, de burgers en wat dies meer zij, op hun tellen (en op hun genen) moeten passen; als de vos de zelfsturing preekt, mens geef acht, pas op je eigen politieke lichaam. Eerder werd opbouwwerk geplaatst als sociale architectuur. Wellicht is het beter te spreken van opbouwwerk als een deskundigheid die kan worden ingezet om mensen de architect van hun eigen leven te laten zijn. Daartoe dienen de mensen een dialoog met elkaar en met "deskundigen" te ontwikkelen gebaseerd op ervaringen met gezondheid en gezondheidszorg in hun dagelijkse leven, om zo doende een "eigen ontwerp" te formuleren voor een gezondheidspraktijk waarin belangen, ervaringen, verlangens van henzelf centraal staan. Opbouwwerk kan hieraan een belangrijke bijdrage leveren.

*Kees Stuurrop*

## **Noten**

1. Prof dr. C. de Wit in een interview in Mededelingen Opbouwwerk, november 1989, no. 79, blz 36.
2. Zie o.a. M. Kremers, Buurtgericht Werken. WOZON, Sittard 1987; M. Snel, De netwerkbenadering. Strategieën voor machtsvererving. Amersfoort/Drachten 1986; K. Vos e.a., Netwerken. Hun betekenis voor opbouwpraktijken. Utrecht 1985.
3. Zie o.a. H. Kemps, De Hulpverleener als architect van nieuwe zorg, in: De oplossing van Brabant, Tilburg 1987.

# Community development: een nieuwe aanpak

**Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) richt zich op het bevorderen van gezondheid door het beïnvloeden van het gedrag van mensen. In onderstaand artikel geven Marc Willemsen en Ingeborg Hoekstra aan op welke wijze dat het beste kan gebeuren en welke verschuivingen in de aanpak hebben plaatsgevonden.**

De manier waarop gezondheidsvoorlichting en -opvoeding het beste kan gebeuren is onderhevig aan veranderingen. In het verleden richtte GVO zich teveel op individuele kennisvermeerdering vanuit de veronderstelling dat een hoger kennisniveau zou leiden tot gedragsverandering. Dit bleek een te optimistische gedachte: meer kennis leidt niet automatisch tot gedragsverandering.

Uit onderzoek bleek dat er ook veranderingen moeten plaatsvinden in attitudes, de inschatting van de eigen effectiviteit en de sociale invloed om ongezond gedrag te kunnen veranderen en het gewenste gedrag te kunnen behouden (1). Een ander aspect is het gegeven dat omgevingsinvloeden als milieuvuiling, arbeidsomstandigheden, huisvesting, media en wetten, direct of indirect ook invloed hebben op de gezondheid.

Het blijkt steeds vaker dat GVO-interventies een brede aanpak vereisen om de uiteindelijke doelstelling van gedragsverandering en gedragsbehoud bij een algemeen publiek te kunnen bereiken. Momenteel zien we dan ook de tendens naar GVO-interventies die zich niet alleen richten op het individu, maar ook op zijn/haar sociale netwerken en uiteindelijk op een gemeenschap als geheel. Deze bredere visie op gezondheidsvoorlichting wordt 'Health Promotion' genoemd. Health promotion is een combinatie van voorlichtingskundige, sociale en omgevingsgerichte activiteiten

ter bevordering van een gezonde samenleving. De praktische invulling van deze benadering zou de methode van 'community development' kunnen zijn. Deze aanpak houdt betrekkelijk nieuwe invalshoeken in voor de GVO, zoals participatie van de bevolking bij gezondheidsactiviteiten, aandacht voor probleemdefinities vanuit de gemeenschap en multisectorale interventies.

In het buitenland is gebleken dat een community-development aanpak meer effect kan sorteren in termen van gedragsverandering dan van boven af gestuurde, voornamelijk massamediale, voorlichtingscampagnes (2,3,4). Naast de verwachte gezondheidswinst bij een algemeen publiek kan een belangrijk voordeel van deze aanpak zijn, dat moeilijk bereikbare groepen beter worden bereikt. De afstand tussen voorlichters en doelgroep wordt verkleind. De community-development benadering van gezondheid is in Nederland echter tot voor kort voornamelijk een theoretisch ideaal gebleven, omdat er binnen de GVO nog weinig kennis en ervaring bestaat op dit gebied.

In juli 1989 is door medewerkers van de vakgroep GVO aan de Rijksuniversiteit Limburg (RL) de werkgroep 'community interventions' opgericht. Voornaamste doel van deze werkgroep is het bevorderen van kennis over en ervaring met community development als methode tot gezondheidsbevordering en het toepassen van kennis en ervaring in (onderzoeks-)projecten en in het GVO-curriculum. De werkgroep is opgericht na een 10 daagse workshop over dit onderwerp in de zomer van 1989. Deze workshop werd verzorgd door Michael Felix van de Kaiser Family Foundation in de Verenigde Staten en David Chavis verbonden aan de Rutgers Universiteit in New Jersey. Beiden zijn specialist op het gebied van community development en community organization. De werkgroep begon met het maken

van een inventarisatie van projecten in Nederland op het gebied van gezondheidsbevordering en van welzijn die gebruik maken van de principes van community development. Hieruit bleek onder meer dat de praktische invulling van Health Promotion vanuit de gezondheidssector nog in de kinderschoenen staat. Tevens bleek dat in het Nederlandse welzijns- en opbouwwerk de principes van community organization gemeengoed zijn, maar dat er hier weer nauwelijks ervaring bestaat met het toepassen van deze methoden op het gebied van de gezondheidsbevordering. Een en ander leidde tot de organisatie van een congres waar gezondheidsvoorlichters en welzijnswerkers met elkaars methoden en werkvelden kennis konden maken. Het congres 'Lokale Gezondheidsinitiatieven' werd op 8 november jl. gehouden te Maastricht.

Community development als methode tot gezondheidsbevordering wordt momenteel aan de vakgroep GVO vooral in de praktijk gebracht in het onderzoeksproject 'Gezond Bergayk' en in het project 'Den Bosch van het roken af'.

Doel van het eerste project is de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een interventie die een gezonde leefwijze bij de Nederlandse bevolking kan bevorderen om zodoende de incidentie van kanker en hart- en vaatziekten te reduceren (5). De interventie richt zich met name op roken en ongezonde voeding. De participatie van de bevolking van de proefgemeente Bergayk is onder meer bereikt door middel van een veldverkenning onder sleutelfiguren in de gemeente, de formatie van een projectgroep met vertegenwoordigers uit 11 verschillende sectoren uit de gemeente en het werken met plaatselijke vrijwilligers. De keuze voor gezondheidsactiviteiten wordt genomen door de projectgroep, de universiteit heeft een ondersteunende functie.

# Onderzoek bij stadsstudies

Het tweede onderzoeksproject heeft als doel de planning, implementatie en evaluatie van een community-based stoppen-met-roken programma. Na een veldverkenning binnen het hulpverlenerscircuit en het lokale gezondheidsbeleid in Den Bosch, is er een coalitie van de grond gekomen waarin de Rijksuniversiteit Limburg, de GGD, de lokale kruisvereniging en het CAD gezamenlijk anti-roken activiteiten opzetten binnen de stad Den Bosch en in de toekomst binnen het stadsgebied. De RL is hierbij voornamelijk inhoudelijk adviseur.

Marc Willemsen en Ingeborg Hoekstra, Vakgroep GVO, Rijksuniversiteit Limburg Postbus 616, 6200 MD Maastricht, tel. 043-887334.

## Noten

1. Damoiseaux, V., Gerards, F.M., Kok, G.J., & Nijhuis, F. (Eds.). (1987). Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Van analyse tot effecten. Assen/Maastricht: Van Gorcum.
2. Catford, J., & Parish, R. (1989). "Heartbeat Wales": New horizons for health promotion in the community. The philosophy and practice of Heartbeat Wales. In: D. Seedhouse & A. Cribb. Changing Ideas in Health Care.
3. Stunkard, A.J., Felix, M.R., & Cohen, R.Y. (1985). Mobilizing a community to promote health. The Pennsylvania County Health Improvement Program (CHIP). In: J.C. Rosen & L.J. Solomon (Eds.). Prevention in Health Psychology. Hanover: University Press of New England.
4. McAllister, A., Puska, P., Salonen, J.T., Tuomilehto, J., & Koskela, K. (1982). Theory and action for health promotion: illustrations from the North Karelia Project. *AJPH*, 72, 43-50.
5. Steenbakkers, M., Assema, P., van, & Gabriëls, D. Project Gezond Bergelyk. De ontwikkeling en implementatie van een lokaal gezondheidsproject.

**De sectie Stadsstudies van de vakgroep Stads- en Arbeidsstudies van de Rijksuniversiteit Utrecht verzorgt onderzoek en onderwijs binnen de sociale wetenschappen. In de sectie werken een aantal mensen samen vanuit disciplines als de stadssociologie, de antropologie en opbouwwerk- en welzijnsstudies. Er wordt onderzoek verricht naar thema's als het opbloeiend stedelijk elan en de**

**concurrentie tussen steden, de rol van openbare ruimten en de samenhang tussen culturele bewegingen en stedelijke revitalisering. Daarnaast worden studies uitgevoerd naar topics die het onderwerp van dit themanummer Opbouwwerk en Gezondheid raken: vraagstukken rond sociale vernieuwing en welzijn, gezondheid en leefklimaat in buurten, woonstijlen en leefwereldonderzoek.**

## Leefwereld

In de studies van de sectie die zich op deze terreinen begeven, staat op de eerste plaats het begrip 'leefwereld' centraal.

We weten dat de samenleving, en niet in de laatste plaats het verstedelijkte deel ervan, snel verandert. Primaire relaties en samenlevingsvormen veranderen en traditionele netwerken in buurten verdwijnen gestaag. Ondanks de economische vooruitgang wordt de opeenstapeling van problemen rond werk, scholing, wonen en gezondheid bij bepaalde groepen en in bepaalde buurten sterker. We weten dat grote maatschappelijke verschuivingen een impact hebben op het leven van mensen. Sociaal isolement, maatschappelijke achterstand, problemen in het sociale leefklimaat in buurten en problemen met de afhankelijkste positie ten opzichte van allerlei dienstverlenende instanties zijn daarvan veelgehoorde omschrijvingen.

Veel onbekender is echter hoe die maatschappelijke verschuivingen concreet doorwerken in de dagelijkse leefwereld van mensen. Hoe beleven bijvoorbeeld bewoners veranderingen in hun buurt? Hoe proberen ze met veranderingen om te gaan? Welke hulpvragen vloeien daar uit voort?

Voor het welzijnswerk is het niet eenvoudig adequaat te reageren. Juist omdat de traditionele verbanden waarin mensen verkeerden zwakker

worden, vermindert ook de informatie waarop het welzijnswerk haar aanbod kan baseren. Daarbij heeft de beroepskracht door veranderingen in het werk en door bezuinigingen minder tijd gekregen om 'de buurt in te gaan' en die informatie 'te gaan halen'.

Het onderzoek van Stadsstudies probeert nieuwe wegen te vinden om de directe leefwereld in stadsbuurten te betrekken op het aanbod van het welzijnswerk.

## Participatie

'Participatie' is de tweede noemer waaronder het onderzoek van de sectie te vatten is. Plannen en activiteiten van overheden en instellingen die 'van bovenaf' ontworpen en vastgesteld worden, en vervolgens worden 'geïmplementeerd', worden in toenemende mate als zinloos ervaren. Hoe, en op welk moment kunnen groepen, buurten of netwerken betrokken worden bij beleid dat de leefwereld raakt? Kunnen activerings-technieken die het opbouwwerk gebruikt op de klassieke terreinen van wonen en arbeid, vertaald worden naar nieuwe terreinen als gezondheid?

Enkele projecten die de sectie op dit moment uitvoert zijn in het verband

van het thema Opbouwwerk en Gezondheid de moeite waard. De projecten bevinden zich in verschillende stadia van uitvoering, variërend van 'in voorbereiding' tot 'afgerond'

## Gezond en wel in Feyenoord

De laatste jaren laten onderzoeksresultaten zien dat er in de Nederlandse steden aanmerkelijke verschillen bestaan in gezondheid van bewoners van verschillende buurten. In de Rotterdamse wijk Feyenoord is een aantal hulpverleners rond de tafel gaan zitten omdat zij een verdere achteruitgang en verpaupering van de buurt vrezen. Dat kan negatieve gevolgen voor welzijn en gezondheid van de bewoners hebben. De werkgroep heeft gevraagd te onderzoeken welke factoren van invloed zijn op de gezondheid en het welbevinden van bewoners van de buurt. Kwantitatieve gegevens alleen kunnen dat inzicht niet voldoende verschaffen. De ideeën van werkers en van bewoners vormen er een onmisbaar onderdeel van. In het onderzoek is gekeken naar factoren die gezondheid beïnvloeden, zoals woonsituatie, werkloosheid, gezins- of samenlevingsverband, leefwijzen en voorzieningen in de buurt. Het onderzoek is door de sectie uitgevoerd in samenwerking met de afdeling Epidemiologie van de GGD-Rotterdam e.o.

Het blijkt dat bewoners vooral nadruk leggen op de kwaliteit van persoonlijke netwerken en leefwijzen, als factoren die van invloed zijn op hun gezondheid, terwijl professionals eerder wijzen op de woonsituatie en op inkomen en sociale zekerheid.

De drie soorten gegevens – de statistische gegevens, de beleving van de bewoners en de informatie van de professionals – geven een completer beeld van de buurt dan voorheen mogelijk was. Daarmee zijn moge-

lijkheden geschapen voor een meer integrale aanpak, die aansluit bij de leefwereld van de bewoners. (Het rapport 'Gezond en wel in Feyenoord' is verkrijgbaar bij de GGD-Rotterdam, tel. 010-4339620).

## Herijking van welzijnsbeleid

Een middelgrote stad in Nederland heeft zich ten doel gesteld het rijksbeleid van sociale vernieuwing concreet inhoud te geven en uit te voeren. Er zijn echter grote onzekerheden over het te voeren beleid. Wat zijn nu eigenlijk in de ogen van de betrokken burgers zelf de belangrijkste problemen in hun bestaan? Wat verwachten ze van de betrokken dienstverlenende instanties? Moet er wijk- en buurtgericht gewerkt worden? In welke mate en op welke wijze hangen problemen eigenlijk samen?

De sectie Stadsstudies heeft een voorstel gedaan voor een strategische verkenning rond deze vragen ten behoeve van een te voeren lokaal beleid. Het onderzoek zal uitgevoerd kunnen worden van december 1990 tot en met augustus 1991.

## Ondersteunende informatie wijkwelzijnswerk

Onderwerp van deze studie is de vraag hoe sociaal-economische en maatschappelijke vraagstukken doorwerken op buurniveau en deel uitmaken van de dagelijkse leefwereld van bewoners. Dit moet niet alleen een schets opleveren van de huidige stand van zaken, maar vooral een systeem, een methode, waarmee wijkgericht welzijnswerk deze gegevens steeds actueel kan houden. Een belangrijk aandachtspunt is de hoge concentratie gezondheidsklachten in stedelijke achterstandsgebieden.

Het onderzoek moet nieuwe mogelijkheden ontwikkelen om de doelmatigheid van het handelen van wijkwelzijnsinstellingen en het opbouwwerk te kunnen vergroten. Het middel daarvoor is de ontwikkeling van een instrument dat gegevens uit de leefwereld op een relatief simpe-

le en goedkope wijze beschikbaar maakt en beschikbaar houdt. Het instrument is gericht op het verwerken van de maatschappelijke dynamiek als input voor het welzijnswerk. Inmiddels zijn pilotstudies in twee Utrechtse wijken van start gegaan.

## Woonstijlenonderzoek Den Haag

Nog niet zo lang geleden bedacht een wethouder dat gezinnen met een woongedrag dat niet strookt met de gemiddelde woonstijl, voortaan beter gehuisvest konden worden in vrijstaande huizen. Zodoende zou overlast tot een minimum beperkt kunnen blijven.

Nog recënter stelde een ex-wethouder voor om eens te bekijken of bij woningtoewijzing een soort-bij-soort principe een betere leidraad is dan het huidige spreidingsbeleid. Dat zou kunnen resulteren in minder overlast en in een breder draagvlak voor buurtvoorzieningen voor de betreffende groep.

Deze voorbeelden geven de problematiek van de woonstijlen in een wellicht overdreven scherpe vorm weer. Dit laat onverlet dat in woonbuurten vraagtekens gezet kunnen worden bij de heterogeniteit in woonstijlen. Zou het, met andere woorden, wenselijk zijn bij de woningtoewijzing rekening te houden met allerlei voorkeuren die mensen hebben bij wonen en samenwonen? In Den Haag wordt onderzocht welke factoren bewoners van belang vinden voor hun woongenot. Zijn er beschrijvingen voor diverse woonstijlen te maken? Waar liggen onderscheidingen tussen woonstijl en concrete overlast zoals geluidsoverlast, verwaarlozing of vernieling? Welke verschillen in woonstijlen kunnen bewoners waarderen en welke wijzen ze af?

Middels zo'n 140 interviews wordt op het ogenblik onderzocht hoe woonstijlen in kaart te brengen zijn en wat de perspectieven voor het toewijzingsbeleid kunnen zijn. Het onderzoek wordt in april 1991 afgerond.

## Participatie en gezondheid

In nieuwe vormen van gezondheidsbeleid als Health Promotion en het Healthy Cities Project is betrokkenheid van mensen bij de eigen gezondheid een belangrijk uitgangspunt. Een probleem is dat er tot nu toe geen methodische invulling ontwikkeld is die vorm kan geven aan de beoogde participatie door de bevolking. Gezondheidswerkers hebben daar doorgaans weinig ervaring mee. Het welzijnswerk en in het bijzonder het opbouwwerk hebben bij uitstek de expertise opgebouwd in het gestalte geven van participatie door de bevolking. In het opbouwwerk worden methoden als community organizing, community action en community development gebruikt om mensen te activeren.

De vraagstelling van dit onderzoek is hoe de ervaring die het opbouwwerk heeft opgedaan in het activeren van mensen in buurten en groepen, bruikbaar gemaakt kan worden voor vernieuwingen in gezondheidsbeleid waar participatie van de bevolking centraal staat.

Op het ogenblik wordt een model ontwikkeld voor de inzet van opbouwwerkmethodieken in community-based en wijkgerichte gezondheidsinitiatieven. Het model moet criteria opleveren die ondersteuning van concrete initiatieven kunnen toetsen.

Een deel van het onderzoek zal bestaan uit een inventarisatie van projecten in Nederland en uit enkele casestudies in de Verenigde Staten en Canada. Uit de literatuur en uit gesprekken met onderzoekers uit Nederland en de VS blijkt dat de VS en Canada in tegenstelling tot Neder-

land een rijke traditie hebben in community-based gezondheidsinitiatieven en een even rijke traditie in wetenschappelijke publicaties over dat onderwerp. Reden genoeg om ter plaatse Amerikaanse en Canadese projecten te bezoeken, literatuur te achterhalen en gesprekken met onderzoekers te voeren.

De studiereis heeft afgelopen oktober plaats gevonden. Voor conclusies is het nog te vroeg, voor enkele bevindingen niet.

In de Verenigde Staten en Canada is werken aan gezondheid slechts mogelijk wanneer een brede definitie van gezondheid wordt gehanteerd. Dat wil zeggen een definitie waarbij ook werk, geld, opleiding, alfabetisme, misdaad, vervuiling, openbaar vervoer en voeding betrokken kunnen worden.

Strategieën om bewoners te overtuigen van het belang van gezondheidsbevordering hebben nauwelijks succes. Men legt er de nadruk op dat slechts datgene écht werkt, dat bewoners als belangrijk naar voren schuiven. Ook als dat in de ogen van de professionals niet zinnig of onhaalbaar is.

Als het doel is aan te sluiten bij prioriteiten en beleving van bewoners vooronderstelt dat een platform in de buurt waar bewoners prioriteiten kunnen stellen.

Wanneer resultaten worden gemeten in 'toename van gezondheid' of 'afname van risicogedrag' kan ten onrechte de suggestie worden gewekt dat gezondheid prioriteit heeft in een buurt of gemeenschap. Succes kan ook gemeten worden aan 'people organize themselves', zoals een medewerkster van een Department of Public Health in Canada het uitdrukte. In de grond betekent dit dat werkers van openbare gezondheidsdiensten een opbouwwerkbenadering als uitgangspunt voor hun werk kiezen.

Een tastbare, herkenbare plek in de buurt zoals de Community Health Centres in Ontario, Canada blijken

een goede conditie voor health promotion. In hun opzet lijken deze Centres op de Nederlandse buurt-huizen, uitgebreid met artsen, wijkverpleging en 'community health workers'. Men vindt vaak dat gezondheidswerkers 'uit de stad' (bijvoorbeeld van openbare gezondheidsdiensten) te ver van de leefwereld verwijderd blijven. Een Community Health Centre is een plek:

- waar mensen langs kunnen gaan,
- waar actiepunten die uit de buurt opgepikt worden breder kunnen zijn dan gezondheid alleen, en
- waar de buurt via buurtgroepen en het bestuur zeggenschap heeft over het beleid en het programma van de instelling.

De Centres combineren projecten rond health promotion met het leveren van klinische diensten. De setting waarin dat gebeurt is opbouwwerk-achtig.

Etnische en culturele verschillen werken sterk door in de beleving van gezondheid. In Toronto is daaruit de consequentie getrokken met de vestiging van een gezondheidscentrum voor vier minderheidsgroeperingen, gedragen door gezondheidswerkers uit de etnische groepen zelf. Bewoners van achtergestelde zwarte wijken in de Verenigde Staten worden niet bereikt door blanke gezondheids- of welzijnswerkers. De enige manier om in die wijken te werken is het in dienst te nemen van bewoners (vrijwilligerswerk is daar een luxe-optie) en ze te trainen als 'community health workers'. Die training bestaat uit een mix van opbouwwerk- en gezondheidsmethodieken.

*Joop ten Dam, vakgroep Stads- en Arbeidsstudies, Rijksuniversiteit Utrecht, Postbus 80140, 3508 TC Utrecht, tel. 030-534917/532016.* ■



# Project "community based"

## lokaal gezondheidsbeleid

### van start

**Bij ontwikkeling van nieuw volksgezondheidsbeleid is in de praktijk op tal van plaatsen een verbinding ontstaan tussen het reguliere gezondheidszorgsysteem en organisaties die zich bezig houden met community organization (opbouwwerk/samenlevingsopbouw). Er blijkt grote behoefte te bestaan aan ontwikkeling van methoden voor mobilisatie van de lokale bevolking inzake gezondheidsbevordering/gezondheidsinitiatieven.<sup>1)</sup> Er is een proces van ervaringsuitwisseling/samenwerking tussen opbouwwerk, gezondheidszorg/gezondheidsbevordering en gezondheidsvoorlichting op gang gekomen.<sup>2)</sup>**

**Overdracht van de nieuwe opvattingen en werkwijzen is essentieel voor een meer systematische vernieuwing van de praktijk (implementatie/opleiding). Veronderstelling hierbij is dat noch de bevolking, noch "het beleid" voldoende is toegerust om de gewenste nieuwe aanpak "vanzelf" te realiseren.**

**Opbouwwerk/samenlevingsopbouwmethodiek moet voor toepassing op het terrein gezondheidsvraagstukken vernieuwd worden. Nieuw beleid en nieuwe werkwijzen dienen ontwikkeld te worden, passend bij de specifieke omstandigheden van het gezondheidsveld.**

Hierbij is ontwikkeling van de door de Wereldgezondheidsorganisatie bepleite bemiddelingsfunctie die participatie van de bevolking bevordert, een belangrijk aandachtspunt. Voor deze functie zijn drie manieren van handelen (genoemd in het zgn. Ottawa Charter) aan de orde:

- pleitbezorgen ('advocate')
- bemiddelen ('mediate')
- in staat stellen ('enable').<sup>3)</sup>



Een vernieuwde samenlevings/opbouwwerkmethodiek kan juist in het lokale gezondheidsbeleid vruchtbaar worden ingezet. In de traditie van de samenlevingsopbouw zijn methoden voor ondersteuning van bevolkingsparticipatie ruim voorhanden. Kenmerken van de samenlevingsopbouwpraktijk zijn: mobilisatie van bevolkingsgroepen via bottom up processen, ontwikkeling en verzelfstandiging van lekenorganisatie, bemiddeling tussen professioneel veld, politieke/bestuurlijke structuren en de bevolking, realisatie van voorzieningen voor en door bevolking, grote kennis van de lokale gemeenschap, netwerkontwikkeling en integrale probleembenadering. In Nederland ontbreekt, anders dan bijvoorbeeld in de Verenigde Staten en Groot-Brittannië<sup>4)</sup> een traditie van samenlevingsopbouw op (lokaal) gezondheidsgebied.<sup>5)</sup> Met het WOZON project wordt een bijdrage geleverd aan de vestiging van een Nederlandse traditie inzake "community based gezondheidsbeleid in de lokale samenleving".

Bij de realisatie van nieuw lokaal volksgezondheidsbeleid, met actieve participatie van de bevolking, doet zich een aantal problemen voor:

- De gezondheidszorg in Nederland is overgereguleerd met richtlijnen van de overheid en met semi-officiële organen. "Dit heeft geleid tot een zekere institutionele stagnatie op het gebied van de zorgvernieuwing en de deelname van de bevolking daarin (community participation)".<sup>6)</sup>
- Onvoldoende inburgering van de uitgangspunten van het nieuwe volksgezondheidsbeleid buiten de beperkte GVO/GGD kring; het ontbreken van een breed draagvlak in de lokale samenleving; het ontbreken van lokaal facet- en intersectoraal beleid, gekoppeld aan community involvement.<sup>7)</sup>
- Gebrek aan "community development skills" bij degenen die actief zijn bij de praktijk-implementatie van de "Healthy City" benadering.<sup>8)</sup>
- Het ontbreken van de noodzakelijke strategische ondersteuning op regionaal/lokaal niveau voor methoden voor participatie van de bevolking, zoals bv. het vormen van samenwerkingsverbanden en training in opbouwwerkmethoden.<sup>9)</sup>
- Belemmeringen in de ontwikkeling van een lokaal (regionaal) samenhangend gezondheidsbeleid veroorzaakt door een bureaucratistische en verkokerde organisatiecultuur van lokaal (regionaal) bestuur en van lokale en regionale gezondheidsorganisaties en organisaties van maatschappelijke dienstverlening.

In het WOZON project wordt een verbinding nagestreefd tussen bestaande kennis inzake 'community development', 'community organization', 'community participation' (begrippen uit de traditie van de samenlevingsopbouw) en kennis op het terrein van de volksgezondheid

en gezondheidszorg inzake gezondheidsbevordering (in de ruimste zin van het woord). *Deze verbinding moet een nieuw produkt opleveren: sociale innovatie inzake 'community based' gezondheidsbevordering.* Met deze doelstelling wordt aangesloten bij een van de kernpunten van het nieuwe gezondheidsbeleid van de Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organization), in Nederland vertaald in de Nota 2000 (1986), Ontwerp Kerndocument Gezondheidsbeleid (1989), Wet Collectieve Preventie (1989) en de stimulering van het zogenaamde "Gezonde Steden beleid" (onderdeel van de Health For All/Health Promotion strategie van de WHO).<sup>10)</sup>

De inhoudelijke richting van het project 'community based' lokaal gezondheidsbeleid wordt bepaald door twee te onderscheiden (maar met elkaar samenhangende) tendenzen.

1. Discussie over en reorganisatie van de verzorgingsstaatarrangementen.
2. Ontwikkeling van een nieuw volksgezondheidsbeleid.

### Bindingen in vrijheid

Zeer kort en schematisch samengevat komt de reorganisatie-richting van de verzorgingsstaat neer op het volgende.

Er dient een effectievere sturing ontwikkeld te worden, met name op gebieden die gekenmerkt worden door een aanhoudend grote en centrale overheidszorg, welzijnsbeleid/gezondheidsbeleid. De rol van professionals in gezondheidszorg en welzijnswerk (op beleidsniveau en op uitvoerend niveau) moet herijkt worden. Zowel vanwege kostenbeheersingsargumenten, doelmatigheidsargumenten, als vanwege autonome, inhoudelijke overwegingen. Teveel door de centrale overheid gefinancierde en centraal

gestuurde voorzieningen zijn te duur en niet effectief. Daarom bezuinigingen/budgettering, decentralisatie, deregulering en privatisering. De verhouding staat-burger is aan veranderingen onderhevig. Het gaat hierbij niet louter om een overheidsvraagstuk, een beleidsvraagstuk "van boven", maar ook om een overlevingsvraagstuk "van onderen". Ook in de dagelijkse leefwereld doen zich ontwikkelingen voor die nieuwe oplossingen vragen. Zogenaamde intermediaire kaders, meer of minder geformaliseerde verbanden/organisaties tussen centrale sturingsapparaten en "individuele burgers", verdwijnen, veranderen of verliezen hun functie. Het organiseren van nieuwe bindingen in vrijheid kan qua doelmatigheid en qua inhoudelijke waardering (meer zelf doen, voor elkaar zorgen, nieuwe solidariteit, meer zelfsturing) een beter beleid (doelmatig en inhoudelijk) en een betere welzijns/gezondheidsituatie voor de burger opleveren. Een vraagstuk van *sociale vernieuwing* derhalve.

Centraal maatschappelijk probleem is "integratie" van bepaalde groepen als gevolg van een zeer snel veranderende maatschappelijke structuur (economisch en sociaal/cultureel). Er wordt gezocht naar nieuwe sturingsbenaderingen die de effectiviteit van het beleid vergroten, integratie van de burgers bevorderen, vorm en kwaliteit van de "verzorgingsarrangementen" vernieuwen en verbeteren. Met betrekking tot het overheidsbeleid is het lokale niveau van toenemend belang. Op lokaal niveau zullen integratieproblemen, samenhangend met uitstoting en sociale fragmentatie, moeten worden opgelost. Het lokale niveau krijgt door nieuwe overheidsbudgetteringssystemen en nieuwe planningsbenaderingen meer ruimte om, binnen centraal politiek bepaalde perken, eigen beleid te ontwikkelen. De lokale beleidskaders zullen zich in verband hiermee een nieuwe beleidsstijl eigen moeten

maken. Geen opstelling als regelbaar en uitvoerder van boven maar een faciliterende beleidsstijl. Een gemeente die voorwaarden schept en stimuleert, die de in de lokale gemeenschap aanwezige ervaring en kennis bronnen effectief weet aan te boren.

Een gemeentelijk 'human resource' management zo men wil (of de gemeente als opbouwwerker). Het betrekken van de bevolking bij lokaal beleid betekent niet het volgen van de inspraak/participatie opvattingen van zestiger en zeventiger jaren. Het gaat niet om formele participatie, noch om actiestrategie waarbij de burger de gemeente als tegenstander heeft of dat de gemeente de burger als zodanig ziet. Het gaat om de ontwikkeling van praktische projecten waarbij de bevolking, groepen burgers, maatschappelijke organisaties, niet "inspreken" maar daadwerkelijk meedoen. Deze benadering stelt eisen aan de kwaliteit van het gemeentelijk politieke en ambtelijke apparaat, aan het geïnstitutionaliseerde "middenveld", maar ook aan "de bevolking". Op alle plaatsen zal ervaring moeten worden opgedaan met een nieuwe ondernemende opstelling. Deze nieuwe stijl is ook noodzakelijk voor lokaal volksgezondheidsbeleid. Gemeenten trachten zich momenteel zo'n nieuwe stijl, ook op gezondheidsgebied, eigen te maken.<sup>11) *Opmaat voor een gezondheidsbeleid op maat.*</sup>

### Het nieuwe volksgezondheidsbeleid

"Het lokale niveau begint een steeds grotere rol te spelen wanneer we het hebben over het bevorderen en handhaven van gezondheid van mensen. Dat is niet alleen toe te schrijven aan ontwikkeling in het overheidsbeleid, maar met name ook door allerlei trends in de samenleving zelf. Mensen lijken zich steeds meer bewust te worden van gezondheidsbedreigende invloeden die vlakbij huis liggen."<sup>12)</sup>

Daarnaast is er ook in het beleid een ontwikkeling naar een "nieuwe volksgezondheid". Kern daarvan is een verschuiving van het voorzieningen- of zorgbeleid, dat sinds de Structuurnota van 1974 centraal stond, naar een breed (volks)gezondheidsbeleid. De verbreiding komt tot uitdrukking in een nieuwe, bredere definitie van gezondheid, een waardering van gezondheid als een positieve en productieve kracht (en niet alleen als niet ziek zijn) en een gerichtheid van het beleid op alle factoren die van invloed zijn op de gezondheid (determinanten).

De verschillende determinanten die in de Nota 2000 worden onderscheiden zijn: biologische (waaronder erfelijke) factoren, de fysieke omgeving, de maatschappelijke omgeving, leefwijzen en de zorg. In het nieuwe beleid staat preventie en facetbeleid centraal: preventie moet hier breder worden opgevat dan het beperkte preventiebegrip bij bijvoorbeeld roken. Beïnvloeding van alle genoemde determinanten is te beschouwen als breed preventiebeleid, collectieve preventie. Belangrijk in deze is dat voor het eerst ook duidelijk invloed van de fysieke en maatschappelijke omgeving wordt erkend (milieu, armoede). Facetbeleid duidt er op dat in allerlei sectoren van het overheidsbeleid, maar ook in maatschappelijke sectoren wordt gekeken wat de gevolgen zijn voor het "facet gezondheid".

In de overheidsdocumenten/wetten wordt steeds verwezen naar de invloed van de zogenaamde Health for All (HFA) strategie van de WHO waarin het nieuwe gezondheids(beleids)denken wordt ontwikkeld en gepropageerd. Kernpunten van de HFA strategie zijn: een ontwikkeling van 'cure' naar 'care', stimulering van informele zorg, zelfhulp etc., het plaatsen van gezondheid op de dagelijkse politieke agenda vooral ook

op lokaal niveau, breed preventiebeleid, facetbeleid en intersectorale samenwerking en, niet te vergeten, 'community involvement'. De sturing van het nieuwe beleid verloopt via beïnvloeding van het denken over gezondheid en gezondheidsbeleid via publicaties, conferenties, congressen etc., en via een projecten/experimentenbeleid en nieuwe wetgeving. Belangrijk voor de visieontwikkeling en het experimenten/projectenbeleid is de zogenaamde Healthy Cities strategie. In Nederland is deze strategie uitgewerkt in het Gezonde Steden Netwerk, waarin een aantal steden zich hebben verbonden om met het nieuwe beleid te experimenteren op lokaal niveau.<sup>13</sup> Zowel in het gezondheidsdebat, als in de experimenten en de beleidsdocumenten/wetten wordt veel aandacht besteed aan de basisgezondheidsdiensten. Deze zullen het nieuwe beleid in belangrijke mate moeten stimuleren. Daarvoor is een verandering van de rol van deze diensten noodzakelijk. Vernieuwing van de epidemiologische functie en van de GVO-functie (gezondheidsvoorlichting en opvoeding) van de basisgezondheidsdiensten is hierbij aan de orde. Een aantal steden en regio's (Rotterdam, Amsterdam, Noord-Brabant en Limburg) doet mee aan experimenten inzake het opstellen van zogenaamde gezondheidsprofielen. Het is de bedoeling dat deze profielen de lokale/regionale gezondheidstoestand in kaart brengen om op basis daarvan gezondheidsdoelen te kunnen formuleren (zie de determinanten, het facetbeleid etc). De experimenten leiden tot verschillende benaderingen van de gezondheidsprofielen. Vaak zijn deze traditioneel empirisch/kwantitatief, soms zijn ze meer kwalitatief, wordt de bevolking er meer bij betrokken.<sup>14</sup> Het Gezonde Steden Netwerk wordt vooral gedragen door GGD-GVO kringen (generaliserend). Maar uitbreiding naar andere sectoren, welzijnswerk, opbouwwerk zet door. De WOZON werkt mee aan een van de

themagroepen van dit netwerk "actie uit de bevolking". GVO is sterk in beweging. Net als voor de gehele basisgezondheidsdienst geldt voor deze "afdeling" dat men meer gaat opereren als initiatiefnemer, voorwaardenschepper ("facilitating") van allerlei ontwikkelingen. Het is niet verwonderlijk dat men naarstig op zoek is naar een verbinding van kennis van de 'community development' met de communicatie- en opvoedingsbenadering die tot nu heersend was.<sup>15</sup>

De basisgezondheidsdiensten moeten leren buiten hun eigen bolwerken coalities te sluiten met andere organisaties en met "de bevolking".

Wat betreft het nieuwe volksgezondheidsbeleid is men, na een gang door het internationale en nationale congres- en conferentie circuit, toe aan concrete projecten waarin het nieuwe beleid als "good practice" zichtbaar wordt. Het analyseren, stimuleren en overdraagbaar maken van nieuwe lokale gezondheidsinitiatieven staat in het WOZON-project "community based lokaal gezondheidsbeleid" centraal.

*Kees Stuuroop*

## Noten

1. In de inaugurale rede uitgesproken bij aanvaarding van het ambt van Bijzonder hoogleraar Wetenschappelijke Grondslagen van het Opbouwwerk aan de Faculteit der Wijsbegeerte van de Erasmus Universiteit te Rotterdam (15 maart 1990) werd vormgeving van "community based gezondheidsorganisatie" als een van de nieuwe ontwikkelingen inzake praktijk en theorie van het opbouwwerk genoemd. C. de Wit. De rede van het opbouwwerk, Den Haag/Utrecht 1990, blz. 15.
2. Zie bijvoorbeeld het verslag van de vijfde VDB/GVO conferentie 9-11 mei 1990 in Arnhem over sociaal-economische gezondheidsverschillen, waar de relatie met het opbouwwerk uitvoerig aan de orde komt

3. Verslag Vierde Healthy Cities symposium, vertaling J. Cosyn, Eindhoven 1989, blz 4.  
 4. Zie oa J. Nauta, Th. Schuyt, (red), Zorg en zorgeloosheid in de Verenigde Staten, Utrecht 1986 en (voor Gr. Brit.) L.J.G. van der Maesen, Transformatie van de gezondheidszorg in Nederland tussen 1974 en 1987, Assen/Maastricht 1987, op verschillende plaatsen.  
 5. Hoewel er de laatste jaren steeds meer aanzetten zichtbaar worden. Zie o.a. K. Stuurup, opbouwwerk kan en moet gezondheidszorg brede basis geven in: Tijdschrift voor de Sociale Sector, okt./nov 1989, nr 10 blz. 24 ev.en K. Stuurup, Community Based Gezondheidsbeleid en opbouwwerk in: Mededelingen Opbouwwerk, sept. 1989, nr 78 blz. 8 øv.  
 6. Health for All by the Year 2000. Rapportage Nederland 1988, Rijswijk, blz 44.  
 7. Zie o.a. N. Vis, Het netwerk van gezonde steden is nog teveel een elitegroep, in WVC-Trefpunt, januari 1990 nr. 1. Ook N. Vis, Met filosofisch praten over een prachtige stad kom je er niet in. In Slangengodin, Tijdschrift voor vrouwenhulpverlening,

nr. 23, december 1989, blz. 32 e.v.  
 8. Annual Meeting of National Healthy Cities Network Coordinators, Final Report, Eindhoven 1989, blz. 8.  
 9. Zie conferentieverklaring 1.3 van het Vierde Healthy Cities Symposium, 27 september - 2 oktober 1989, Pécs Hongarije, in: Vierde Healthy Cities Symposium. "Strengthening Community Action and Developing Personal Skills, Eindhoven 1989.  
 10. Zie voor het Health for All/Healthy Cities beleid in Nederland, o.a. Health for All by the year 2000, Rapportage Nederland 1985 (Rijswijk 1986), zie ook Een koers voor gezondheidsbevordering door het netwerk gezonde steden in Nederland, Steunpunt Netwerk Gezonde Steden, z. pl. 1989.  
 11. Zie over de veranderende rol van gemeenten in het algemeen; Gemeenten maken toekomst. Bestuurlijke handreikingen bij maatschappelijke vernieuwingen, Bank voor Nederlandse Gemeenten, Ph. Indenburg e.a., Den Haag 1989.  
 12. E. Ketting, E. de Leeuw, Gezonde steden: een oude innovatie, in: Tijdschrift voor Gezondheid en politiek, nr. 2 juni 1989, blz. 74.  
 13. Er is een landelijk steunpunt net-

werk gezonde steden secretariaat bij de GGD in Eindhoven en een nieuwsbrief Gezonde Steden; sinds mei bestaat er ook Gezonde gemeenten voor wethouders en bestuurders.  
 14. Zie bijvoorbeeld: Rotterdam gezond; buurten in beeld. Rotterdams Epidemiologisch Buurtenmerken systeem, Oers, E.C.M. van Gilst, H.F.L. Garretsen, GGD-Rotterdam 1988 en A.A.M. de Jonge e.a. Gezond en wel. In rapport nr. 73 RU Utrecht, GGD, Rotterdam. C. Willemse, C.M. Trentelman (red) Gezondheidsprofielen, graadmeter voor de gezondheid, Directoraat-Generaal voor de Volksgezondheid, Beleidsontwikkeling, Rijswijk 1989.  
 15. Illustratief is het ontstaan van een "werkgroep Community Development" aan de Rijksuniversiteit Limburg, faculteit gezondheidswetenschappen, afd. GVO. In de werkgroep "Community development als middel tot Health promotion" wordt de klassieke community development strategie, bekend uit de opbouwwerktraditie, besproken. ■





Redactieadres: Landelijk Steunpunt Netwerk Gezonde Steden in Nederland, p/a GGD Eindhoven, Postbus 2357, 5600 CJ Eindhoven.

Januari 1991 start bij het **Werkcentrum Opbouwwerk Zuid Oost Nederland (WOZON)** de uitvoeringsfase van het project "community based lokaal volksgezondheidsbeleid". Het project wordt gefinancierd door het Ministerie van WVC, directoraat Volksgezondheid, Stafafdeling Beleidsontwikkeling, en heeft een looptijd van drie jaar. Professor dr. Cees de Wit, bijzonder hoogleraar Opbouwwerk aan de Erasmusuniversiteit te Rotterdam, maakt deel uit van de begeleidingscommissie. Kees Stuurop, projectmedewerker opbouwwerk en gezondheidszorg schetst in bijgaand artikel de inhoudelijke achtergrond van dit project.

Het project moet als resultaat opleveren: beleidsaanbevelingen en methodieken voor bevolkingsparticipatie bij gezondheidsbevordering in de lokale samenleving. Het project kan gekenschetst worden als innovatie van samenlevingsopbouw op het gebied van de volksgezondheid. Van het lokale niveau wordt een actieve bijdrage verwacht voor ontwikkeling van nieuw volksgezondheidsbeleid. In Nederland ontbreekt wat dit betreft een "bottom up" traditie in planning van lokale gezondheid. Zowel bij beleidsmakers, beleidsuitvoerenden, als bij "de burgers" ontbreken kennis en vaardigheden om die nieuwe rol te kunnen spelen. Het gaat daarbij niet om formele participatie, maar om or-

ganisatie van praktische vernieuwingsprojecten. Lokale overheid, lokale maatschappelijke organisaties en "de burgers" zullen een nieuwe samenwerkingsstijl moeten ontwikkelen.

Het project leidt via literatuurstudie, netwerkontwikkeling, studieconferenties, opsporen en analyse van "vindplaatsen" van "good practice" betreffende participatie in de lokale gezondheidspraktijk, tot een samenvattende publikatie over community based gezondheidsbeleid. In het traject van de projectvoorbereiding en projectrealisatie zijn steeds toerustings-activiteiten ingebouwd, gericht op kennisoverdracht en opleiding.

Een van de producten van het project zal een publikatiereeks "community based lokaal gezondheidsbeleid" zijn. Het eerste deel van deze reeks, over opbouwwerk en rehabilitatie in de geestelijke gezondheidszorg, verschijnt in januari 1991. Het WOZON houdt zich als landelijk methodiekontwikkelingsinstituut sinds enkele jaren bezig met het terrein van opbouwwerk en gezondheid. Eerdere publikaties zijn o.a. Zelfhulp/Zelfzorg. Een verslagboek (1986) K. Stuurop, Zelfhulp Steunpunten (1989) en het verslag "Netwerkontwikkeling en volksgezondheid, Komen er gezonde wijken?" (1990). In MO nr. 78 (sept 1989), nr. 80 (dec. 1989) en nr. 84 (mei 1990) zijn artikelen over opbouwwerk en gezondheid te vinden. Voor informatie over project en publicaties: Kees Stuurop, WOZON, Postbus 521, 6130 AM Sittard, tel. 046-513912. Voor meer informatie over beleid: Janine Cosijn, Landelijk Steunpunt Netwerk Gezonde Steden, p/a GGD Eindhoven, Postbus 2357, 5600 CJ Eindhoven, tel. 040-384101.

# Gezonde wijken

Er is heel wat in beweging op het brede terrein van de preventieve gezondheidszorg. In diverse beleidsnota's die het ministerie van WVC de laatste jaren heeft uitgebracht wordt een nieuw gezondheidsbeleid bepleit; een beleid dat niet langer exclusief gericht is op gezondheidszorgvoorzieningen, maar dat als vertrekpunt heeft de gezondheidssituatie van de bevolking. In dit kader wordt ook sterker dan voorheen het belang van preventie benadrukt.<sup>1)</sup>

Ook binnen de wereld van preventie zelf is er een verschuiving merkbaar. Het gaat nu niet meer alleen om het voorkomen of bestrijden van ziekten, maar ook om het bevorderen van gezondheid als een positieve levenskwaliteit. "Health promotion" ofwel gezondheidsbevordering is een sleutelterm in deze nieuwe benadering.

Met het project "Gezonde wijken, samen werken aan gezondheid" haakt het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) in op deze ontwikkelingen. In dit artikel gaan we eerst wat dieper in op de achtergronden van het project. Daarbij belichten we enkele zaken die met name voor het opbouwwerk interessant zijn. Daarna zetten we in het kort de opzet van het project uiteen.

## Een nieuwe uitdaging voor GGD's

De gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD's) vormen één van de plekken waar nieuwe initiatieven op het gebied van preventie en gezondheidsvoorlichting gestalte beginnen te krijgen. Enkele jaren geleden bleek uit enkele onderzoeksrapporten dat er flinke verschillen in gezondheid kunnen bestaan tussen de buurten in een



stad en dat deze verschillen samenhangen met de sociaal-economische achterstandsscores van buurten. Dit heeft er mede toe geleid dat thans in veel gemeenten de GGD's aan de slag zijn gegaan met het systematisch verzamelen van gegevens om een nauwkeurig beeld te krijgen van de gezondheidssituatie van bevolkingsgroepen. Wat daarbij vooral belangrijk is, is dat deze zogeheten gezondheidsprofielen een belangrijke prikkel kunnen zijn tot doelgerichte actiestrategieën op het vlak van gezondheid. In sommige gemeenten zijn de GGD's bovendien gaan experimenteren met een wijk- of buurtgerichte aanpak van (preventieve) gezond-

heidsvraagstukken. Een voorbeeld hiervan is Amsterdam. Onder het motto "Gezondheid in de stadsdelen" is de GGD gestart met een gecombineerd onderzoeksontwikkelingsproject in het stadsdeel Westerpark. Deze aanpak bestaat uit de volgende elementen: het opstellen van een gezondheidsprofiel van het stadsdeel, het creëren van een netwerk van sleutelfiguren, het uitvoeren van een gezondheidsenquête onder de bevolking, het initiëren en evalueren van projecten die een bepaald (gezondheids)probleem aanpakken en het uitbrengen van rapportages met aanbevelingen voor beleid.

Amsterdam staat hierin overigens niet alleen. Ook in Rotterdam, Den Haag en Utrecht zijn de GGD's bezig om buurtgerichte projecten te ontwikkelen. De wet Collectieve Preventie Volksgezondheid betekent ongetwijfeld een verdere impuls voor deze ontwikkeling. Krachtens deze wet moeten de GGD's een centrale rol gaan spelen in het lokale gezondheidsbeleid. De GGD's staan daarmee voor de uitdaging om een nieuwe wijze invulling te geven aan hun taken en daarvoor een maatschappelijk en politiek draagvlak te creëren. Participatie van de bevolking en samenwerking met het maatschappelijk middenveld zijn daarvoor belangrijke instrumenten. Beide zijn voor de meeste GGD's nog een vrij onbekend terrein.

## Community-benadering

Het zijn echter niet alleen de GGD's waar nieuwe vormen van preventieve zorg gestalte beginnen te krijgen. Ook op het terrein van de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) is er het nodige aan de hand. Een betrekkelijk nieuwe oriëntatie, namelijk de zogeheten community-benadering, lijkt binnen de GVO-wereld veld te winnen<sup>2)</sup>. Deze benadering komt in essentie neer op het mobiliseren en organiseren van een gemeenschap (bijvoorbeeld een buurt) teneinde de gezondheid van

mensen binnen die gemeenschap te verbeteren.

Participatie van de doelgroep en samenwerking met het maatschappelijk middenveld zijn in zo'n community-aanpak de sleuteltermen.

Duidelijkheid is dat een dergelijke aanpak van de GVO-werker andere deskundigheden en vaardigheden vereist dan bijvoorbeeld een "gewoon" voorlichtingsproject over hart- en vaatziekten.

Er zijn belangrijke redenen waarom deze community-benadering binnen de GVO-wereld thans zo'n belangstelling geniet. Voorop staat natuurlijk de overtuiging dat betrokkenheid van de mensen zelf de beste garantie vormt voor daadwerkelijke gedragsverandering. In de tweede plaats wordt binnen de GVO-wereld hoe langer hoe meer onderkend dat gezondheid niet alleen afhankelijk is van gezond gedrag en gezonde leefstijl. Ook de sociale en fysieke omgeving spelen een rol. Wil je de gezondheid van mensen bevorderen, dan zal je dus ook op het niveau van sociale en fysieke milieu moeten interveniëren. Een derde reden is het groeiende besef dat het bereik van GVO-activiteiten haar grenzen heeft. Dit geldt vooral ten aanzien van groepen in achterstandswijken<sup>3</sup>). Het zijn juist deze wijken waar de gezondheidsproblemen vaak legio zijn. Enigszins overdrijvend kan gesteld worden dat GVO haar moeilijk bereikbare groepen aan het ontdekken is.<sup>4</sup>)

## Gezondheid en de agenda van de opbouwwerker

Wat is nu de relevantie van het bovenstaande voor het opbouwwerk? Allereerst willen we opmerken dat het thema "gezondheid" in het opbouwwerk niet echt een stevige traditie heeft. Gezondheid zal in de agenda van de gemiddelde opbouwwerker dan ook niet hoog scoren. Stadsvernieuwing, arbeid en buurtbeheer, dat zijn de grote thema's van het opbouwwerk. Opvallend is ook dat in de discussie rond

sociale vernieuwing het thema gezondheid vrijwel ontbreekt.

De ontwikkelingen die wij hierboven hebben aangeduid betekenen eigenlijk een uitnodiging aan het adres van de opbouwwerker. Met de genoemde community-benadering dient zich namelijk een nieuw terrein aan waarop hij zijn expertise kan inzetten. Maatschappelijke activering en participatie van de bevolking vormen immers bij uitstek het domein van de opbouwwerker. De GVO-werker hoeft op dit terrein niet opnieuw het wiel uit te vinden, maar kan zijn voordeel doen met de kennis en ervaring die het opbouwwerk op dit punt heeft. Met andere woorden: samenwerking ligt voor de hand. Aan de opbouwwerker de keus om de uitnodiging te accepteren.

## Het project "Gezonde wijken"

Tenslotte iets over de opzet van het NIZW-project "Gezonde wijken". Het NIZW vindt het thema "gezondheidsbevordering" van groot belang. Het vormt een terrein waar zorg en welzijn elkaar nadrukkelijk raken en het biedt bovendien een belangrijk kader voor vernieuwing in beide sectoren. Vandaar dat op 1 januari van dit jaar het project "Gezonde wijken, samen werken aan gezondheid" van start is gegaan. Het project loopt door tot april 1992. Werkontwikkeling is, gezien de kernfunctie van het NIZW, de primaire invalshoek van het project. Het gaat daarbij vooral om het verbeteren van de methodieken van het uitvoerend werk. Het project richt zich vooral op:

- werkers in de gezondheidszorg en met name GVO-functionarissen en epidemiologen bij de GGD's, GVO-functionarissen bij kruisverenigingen, preventiewerkers bij de Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG's) en bij de consultatiebureaus voor alcohol en drugs;
- werkers in de welzijnssector en met name opbouwwerkers en club- en buurthuiswerkers.

Het gaat echter niet alleen om de deskundigheid van uitvoerend werkers. Gezondheidsbevordering heeft ook bepaalde condities nodig om van de grond te kunnen komen. Deze (rand)voorwaarden zijn een kwestie van beleid, zowel op instellings- als op politiek niveau. Ook daarop richt zich het project. Het project beoogt onder meer de volgende producten:

\* een voorbeeldenboek dat door middel van het beschrijven van een aantal praktijkvoorbeelden een antwoord geeft op de vraag: hoe werkt gezondheidsbevordering in de praktijk? (verschijnt maart 1991)

\* een bijscholingscursus (in samenwerking met het Landelijk Opleidings Centrum Opbouwwerk en het Landelijk Centrum GVO) met als doel GVO-functionarissen, preventiewerkers en welzijnswerkers beter toe te rusten met de kennis en vaardigheden die nodig zijn voor lokale gezondheidsbevordering

\* een videoband die een inspirerend beeld geeft van wat lokale gezondheidsbevordering allemaal inhoudt en wat het teweeg kan brengen.

*Lineke Jonkers, Frans Koopman, Arnold Steenbrink, NIZW, postbus 19152, 3501 DD Utrecht, tel. 030-306369.*

## noten

1. In dit artikel zullen wij niet ingaan op de nationale en internationale beleidsontwikkelingen op dit punt. Dat gebeurt elders in deze M.O.
2. Zie o.a. H.W. Kanters, Voor stad en land? GVO volgens de community-benadering. Tijdschrift Gezondheidsbevordering, jrg. 10, nr. 3 sept. 1989.
3. Zie o.a. het themanummer over voorlichting aan achterstandsgroepen van het Tijdschrift Gezondheidsvoorlichting, jrg. 7, nr. 5, mei 1990.
4. Zie N.G. Röling: De moeilijk bereikbare; Last frontier voor GVO? Tijdschrift Gezondheidsbevordering, jrg. 10, nr. 3, sept. 1989.

# Opbouwwerk, vergemakkelijker van zelfhulp

**Genezing berust op zelfgenezing. Terwijl in hoger regionen de klacht wordt geuit dat de zorg onbetaalbaar is geworden, de instituties te pretentius en afstandelijk, de professionalisering te ver doorgesloten, nemen mensen in hun genezingsproces méér het heft in eigen handen dan vaak wordt beseft. Het opbouwwerk kan een bescheiden maar belangrijke rol vervullen in het groeiende besef van verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid, zoals dat ook tot uitdrukking komt in het fenomeen "zelfhulp".**

**In dit artikel beschrijft Jan Koenders, opbouwwerker bij de Stichting Maatschappelijk Opbouwwerk te Best, hoe het opbouwwerk in Best met succes een steunpunt voor zelfhulpgroepen instelde.**

De belangstelling voor zelfhulpgroepen is de afgelopen jaren in Nederland sterk toegenomen. Zelfhulpgroepen bestaan uit mensen die in hetzelfde schuitje zitten, lotgenoten zijn en die elkaar regelmatig ontmoeten. Binnen een zelfhulpgroep wisselen de leden ervaringen uit en er is sprake van een sterk "wij" gevoel. Zij vertrouwen elkaar, begrijpen elkaar, vinden troost bij elkaar en bemoeidiging. Meestal gaat het binnen de zelfhulpgroep om de verwerking van iets. Ook bij lichamelijke problemen richt men zich op het aspect van de verwerking. Zelfhulpgroepen zijn zeer specifiek gericht. Rouw om een kind is heel iets anders dan rouw om een volwassene. Zelfhulp is gericht op de persoon zelf. Patiëntenverenigingen zijn vaak als belangenorganisatie gericht op bijvoorbeeld het veranderen van de hulpverlening. Vanwege de

duidelijkheid is het aan te bevelen de term zelfhulp te reserveren voor het zingevingsproces dat iemand zelf binnen een lotgenotengroep aangaat.

## Gezondheidswinst

Voor ondersteuners van zelfhulpgroepen is enig globaal inzicht in het zelfhulpproces van belang. Niet met de bedoeling de zelfhulpgroep te "verrijken" met professionele kennis, wel om de ondersteuner te doen beseffen waar hij vanaf moet blijven. Als "vergemakkelijker" blijft er genoeg werk over. Werk waar de zelfhulp niet aan toe zou kunnen komen, omdat zijn hoofd er niet naar staat, omdat hij verward is in een proces gericht op een betere eigen gezondheid.

Het individu neemt binnen de zelfhulpgroep verantwoordelijkheid voor het eigen genezingsproces. Probleem-erkenning, spontaniteit, uitwisseling van gedachten met lotgenoten, elkaar helpen zichzelf te helpen, meevoelen met de ander, staan in dit proces centraal.

Er is sprake van een werkproces in a-professionele sfeer, van informeel leiderschap en van het inzetten van ervaringskennis door de groepsleden. Hierbij oriënteert men zich op een aantal waarden zoals autonoom zijn, op hoop als levenshouding, en op solidariteit. Men probeert het sociale isolement waarin men als patiënt dreigt terecht te komen, op te heffen. Men biedt elkaar hulp op een zodanige manier dat het individu zijn eigen genezingsproces beter in eigen hand kan nemen; hierbij gelden zelfbepaling als reactie op passiviteit en verlamming, ervaringsleren omdat zelf ontporpen leeractiviteiten diepere uitwerking hebben, zelfconfrontatie in de zin van zelfontdekking en zelfprestatie vanwege de doelmatigheid die zelfgerichtheid automatisch oproept. Zelfhulpgroepen bestaan vaak langere tijd. De waarden en werkprincipes (continuïteit, groepsproces en

zelfhulpprincipes) hangen onderling samen en versterken elkaar en resulteren in een betere mentale conditie.

## Organisatorische ondersteuning

Praktisch alle zelfhulpgroepen hebben behoefte aan organisatorische ondersteuning. Het opzetten, formuleren en starten van zelfhulpgroepen geschiedt door het arrangeren van bezoeken. Tijdens deze bezoeken wordt duidelijk gemaakt wat zelfhulp kan betekenen. Deze informatie kan globaal worden gegeven door ondersteuners. Maar de informatie over wat zelfhulp kan betekenen, gaat pas echt leven als het wordt verteld door een lotgenoot. Lotgenoten meenemen op huisbezoeken speelt een belangrijke rol bij de werving. Het overtuigen van belangstellenden kost meestal weinig moeite. Maar hoe kom je de mensen op het spoor? Over het algemeen verwijzen artsen en maatschappelijk werkers weinig door naar zelfhulpgroepen. In principe willen ze dat wel doen maar in de praktijk denken ze er eenvoudig niet aan. Anders ligt het bij verplegenden in ziekenhuizen en therapeuten van bijvoorbeeld revalidatiecentra die langduriger contact met patiënten hebben en hen voorbereiden op terugkeer in het maatschappelijk leven. Het steunpunt voor zelfhulp vervult een belangrijke taak in de werving en heeft een kring van contactpersonen voor opsporing en verwijzing opgezet. Ziekenhuizen, revalidatiecentra en met name de patiëntencontactbureaus zijn met een goed steunpuntenverhaal te motiveren.

De "markt" moet vaak intensief worden bewerkt met uitgekende communicatiemiddelen, zoals folders, affiches, artikelen in de pers, spreekbeurten voor lokale radio, exposities, nieuwsbrieven, conferenties en symposia.



Noodzakelijk is ook het houden van informatieve bijeenkomsten bij de eerstelijns werkers zoals artsen, Kruisvereniging, maatschappelijk werk, GGD. Bij deze instellingen is vaak een gedooghouding – baat het niet, dat schaadt het niet – het maximale resultaat. En dat is noodzakelijk ook, want tegenwerking van de eerste-lijnszorg van een steunpunt voor zelfhulp is desastreus.

## De eerste stappen

Het aangaan van een verwerkingsproces is voor de patiënt 'a hell of a job'. Accepteren en in zekere zin capituleren voor het probleem zijn daarbij eerste pijnlijke stappen, die vaak ontlopen worden. Vluchtreacties doen zich daarbij voor. Vaak gaan 'ontlopers' in werkorganisaties en zitten daar met een verborgen agenda, wat vervelend is voor de organisatie. Maar erger is het voor de patiënt zelf die intuïtief wel aanvoelt dat hij aan de verwerking zou moeten beginnen maar dat niet aandurft. Dit leidt tot twee conclusies:

- \* geen patiënten met verwerkingsproblemen in steunorganisaties
- \* het op gang brengen van een verwerkingsproces gaat niet vanzelf.

## Groepsproces

Het gaat niet vanzelf en toch zal het moeten. Anders haalt de ondersteuner het 'zelf', en daarmee de pit uit de zelfhulpgroep. Wat te doen als een zelfhulpgroep een doe-groep of gezelligheidsvereniging wordt en de ondersteuner wordt gevraagd hen te helpen het proces op gang te brengen? De ondersteuner weet dat hij niet rechtstreeks verrijkend ondersteunend moet ingrijpen. Maar wat kan hij dan wel doen?

Met behoud van het zelfhulpersprincipe kan het steunpunt de zogenaamde interventie organiseren. Intervisie is een werkwijze waarbij de informele leiders van verschillende zelfhulpgroepen met elkaar een



leerproces aangaan over hoe zij met groepsprocessen moeten omgaan. De intervies worden na 10 à 20 zittingen afgesloten met een trainingsweekend waarbij het opbouwwerk de interventiebevindingen die daar ter sprake worden gebracht schriftelijk vastlegt. Dat kan dan vervolgens door informele groepsleiders naar eigen believen worden geraadpleegd.

## Stengroepen

Een en ander vergt het verzetten van nogal wat werk. Het vergt lange adem en de ondersteuner moet geloven in het zelf kunnen van patiënten en het standpunt van de 'vergemakkelijker' aanvaarden.

Gesneden koek voor de opbouwwerker die voorwaardescheppend bezig zijn op het lijf geschreven is. Maar opbouwwerk is ook uit op verzelfstandiging. De verzelfstandiging in het Bestse opbouwwerkproject is een aardig eind op weg en ziet er als volgt uit.

Er is een algemeen bestuur, bestaande uit vertegenwoordigers uit de eerste-lijns gezondheidszorg. De bestuursleden zijn actief en belijden principieel de visie op de eigen verantwoordelijkheid en de ervaringsdeskundigheid van patiënten. Het

bestuur wordt ondersteund door een dagelijks bestuur en een secretariaat dat leiding geeft aan de steungroepen die het uitvoerende werk doen. De stuurgroepen bedienen ieder een of meer zelfhulpgroepen. Zij worden bemand door mensen die betrokken zijn bij zelfhulp. Het kunnen partners zijn, ex-patiënten die door hun verwerkingsproces heen zijn of zomaar mensen met organisatorische kwaliteiten en sympathie voor de zaak.

Het verschijnsel zelfhulp is relatief nieuw en lukt alleen waar de voorwaarden gunstig zijn, waar mensen met een sterk geloof de maatschappelijke motor vormen.

## Beïnvloeding van het professionele veld

Door aanhoudende beïnvloeding is het laatste jaar de professionele en bestuurlijke wind gaan draaien in Best.

In plaats van een kritische, gedogende houding is bij sommige instanties een welwillende houding ontstaan. Het kostte de opbouwwerker binnen de eigen instelling – en ook daarbuiten in de kring van eerste-lijns werkers en politieke kringen – nogal wat doorzettingsvermogen. Maar de legitimatiestrijd lijkt nu

# Werkgroep "Gezond de Heeg"

gestreden. Mede ook door stimulan-  
sen vanuit landelijke publikaties.  
Het steunpunt heeft een vaste plaats  
veroverd op de lokale en regionale  
agenda. Er is sprake van vergaande  
bestuurlijke samenwerking met de  
Kruisvereniging in Best. Als belang-  
rijkste winstpunt hierbij geldt de  
door de Ledenkontaktraad opgezet-  
te Gezondheidswijzer die gaat fun-  
geren als meldpunt voor patiënten  
die aan zelfhulp willen gaan deelne-  
men. Ook is er samenwerkingsover-  
eenkomst gesloten met de patiën-  
tenserviceorganisaties van de  
Eindhovense ziekenhuizen en de  
therapiecentra.

Het Bestse opbouwwerk trad op als  
lokale promotor van het zelfhulp-  
idee, ontwikkelde een werkmetho-  
diek en bracht op basis daarvan een  
ondersteuningsstructuur voor zelf-  
hulpgroepen tot stand. Deze onder-  
steuningsstructuur maakt het le-  
ven mogelijk voor de volgende  
zelfhulpgroepen: medicijnverslaving,  
doofheid en slechthorendheid,  
c.v.a., epilepsie, ex-compatiënten,  
partners van ex-compatiënten,  
partners van thuiswonende demen-  
te bejaarden, depressiebestrijding  
door middel van trimmen, vrouwen  
in de overgang, hyperventilatie. In  
oprichting is een groep voor vrou-  
wen met borstkanker.

Jan Koenders, p/a Buurthuis Ka-  
dans, St. Jozefstraat 1, 5684 TS  
Best, tel. 04998-71783.

**In mei 1989 nam een be-  
woonster uit de Heeg (een  
nieuwbouwwijk in Maastricht-  
oost) contact op met het op-  
bouwwerk met de vraag haar  
te ondersteunen bij het onder-  
nemen van actie richting ge-  
meente of andere instanties  
in verband met geconstateer-  
de gezondheidsklachten in de  
Heeg.**

In samenwerking met deze be-  
woonster werd een werkgroep opge-  
richt. Op aandrang van bewoners,  
huisartsen en het Groene Kruis  
kreeg de districtgezondheidsdienst  
(DGD) toestemming van de ge-  
meente Maastricht om een onder-  
zoek te verrichten naar de gesigna-  
leerde gezondheidsklachten.  
Voordat het onderzoek gestart werd,  
plaatste de werkgroep nog enige kri-  
tische kanttekeningen bij het voor-  
genomen onderzoek en de DGD  
nam de kritiek van de bewoners  
over. De bewoners namen ook  
contact op met de wetenschapswinkel te  
Maastricht en een medewerker van  
de universiteit zou ook ondersteu-  
ning bieden.  
Uit het gezondheidsonderzoek van  
de DGD bleek dat chronische ver-  
koudheid significant vaker voor-  
kwam in de Heeg dan elders in  
Maastricht. Het duurde echter enige  
tijd voordat de resultaten van het  
onderzoek aan de bewoners bekend  
werden gemaakt.

De werkgroep meende dat er duidel-  
ijkheid moest komen over de oorza-  
ken van de gesignaleerde gezond-  
heidsklachten en drong aan een  
vervolgonderzoek. In samenwer-  
king met de wetenschapswinkel  
stelde de werkgroep een kritische  
reactie op en werden er "eisen" ge-  
formuleerd met betrekking tot het  
vervolgonderzoek.  
De bewoners hadden het vermoeden  
dat er een relatie bestond tus-  
sen het binnenmilieu van hun wo-  
ningen en de gezondheidsklachten  
en wilden dat het vervolgonderzoek  
breder opgezet zou worden dan de  
DGD voorgesteld had (de gemeente

had inmiddels besloten dat er ver-  
volgonderzoek moest komen). Ver-  
der werd bepleit dat er een werk-  
groep geformeerd zou worden die  
tot taak zou hebben het onderzoek  
kritisch te volgen. De gemeente  
stemde met het voorstel van de be-  
woners in.

Op dit moment is bekend hoeveel  
geld er begroot is voor het vervol-  
gonderzoek en hoe de werkgroep  
samengesteld zal worden.

Het wachten is op de eerste verga-  
dering.

De werkgroep heeft een belangrijke  
rol gespeeld met betrekking tot het  
onderzoek. Dankzij de inzet van de  
werkgroep heeft de gemeente toe-  
stemming verleend aan de DGD om  
een onderzoek te verrichten. De  
huisartsen van de Heeg en het Groe-  
ne Kruis waren ook van mening dat  
er iets moest gebeuren, maar het is  
toch vooral de werkgroep geweest  
die ervoor gezorgd heeft dat de ge-  
meente instemde met een onder-  
zoek. Dankzij de kritiek van de werk-  
groep is de opzet van het eerste  
onderzoek aangepast en uit het  
onderzoek bleek dat de klachten van  
de bewoners niet ongegrond waren.  
De beschreven resultaten zijn in eer-  
ste bereikt dankzij de inzet van de  
actieve bewonersgroep en in twee-  
de instantie dankzij de ondersteu-  
ning van de wetenschapswinkel en  
het opbouwwerk.

Het opbouwwerk ondersteunde de  
bewoners tijdens de werkgroepver-  
gaderingen en overlegsituaties met  
andere instanties. Verder legde het  
opbouwwerk relaties naar de buurt  
en werd service verleend in de vorm  
van verslaggeving en het schrijven  
van brieven.

Marlou van den Berg, buurtopbouw-  
werkster de Heeg, Stichting Traject,  
Hoogbrugstraat 42, 6221 CS Maas-  
tricht.

# Acceptatie van psychische problemen: een cultureel goed

**Op 19 november jongstleden toog ik naar Den Bosch om Piet Willems te interviewen. Onderwerp was het lokale gezondheidsnetwerk dat in de afgelopen 15 jaar is opgebouwd in Den Bosch-Oost. Het Gezondheidscentrum "Samen beter", waarin maatschappelijk werk, kruiswerk, artsen en fysiotherapeuten samenwerken. Piet Willems was als opbouwwerker de 'netwerkmaker'. Het netwerk bestaat uit diverse zelfhulpgroepen rond "Samen beter" die voortkwamen uit de behoeften van de mensen, van 'onderop'.**

## Zelfredzaamheid

Piet Willems: "Als je met opbouwwerk bezig bent moet je de deskundigheid van de mensen niet onderschatten en niet meer willen dan wat de mensen op dat moment willen en kunnen. Je mag er geen ideologie overheen gooien, niet te veel eisen stellen. Bovendien moet je de mensen accepteren zoals ze zijn, met hun problemen. Je kunt bijvoorbeeld vaststellen dat veel mensen in de WAO lopen. Daar moet je dan iets mee doen. Overigens komt de bewustwording rond gezondheid wel op gang, via de televisie etc. Maar de directe confrontatie doet het meest op dat gebied. Als iemand in het buurtcentrum een hartaanval krijgt in het bijzijn van veel andere mensen uit de wijk, doet dat veel. Dat kan dan aanleiding zijn tot een cursus hartreanimatie bijvoorbeeld. Je kunt een arts uitnodigen om die voorlichting aan de mensen te geven. Daar is dan ook behoefte aan. Zo komen er telkens zaken aan bod die in de wijk spelen. Ook kun je er steeds mensen bij betrekken uit de zelfhulpgroepen."

FG: Wat doen mensen in zelfhulpgroepen precies?

Piet Willems: "In zelfhulpgroepen leren mensen van en met elkaar hun psychische problemen te verwerken. Mensen kunnen behoefte hebben om mee te draaien in zelfhulpgroepen maar na tien keer ben je toch uitgepraat. Dan ontstaat de behoefte om iets te doen met elkaar. Daar is weinig financieringsmogelijkheid voor. Een opbouwwerker op wijkniveau zou net zo moeten zijn uitgerust als vroeger met de beschikking over een budget om de mensen te helpen activiteiten op te starten. Als je ziek bent en je ligt langdurig in het ziekenhuis is daar wel geld voor, als diezelfde persoon echter via het ondernemen van activiteiten met anderen zichzelf 'beter' kan maken is daar dus geen geld voor.

Het geld gaat naar de 'godshuizen', al eeuwen lang. (De 'godshuizen' zijn ziekenhuizen, verpleegtehuizen en psychiatrische inrichtingen voortgekomen uit de katholieke charitatieve zorg.) Vroeger werden alle oplossingen voor bestaande problemen vanuit die grote instellingen aangeboden. Tegenwoordig leggen we de nadruk op de thuissituatie, zelfredzaamheid is het devies. De vrouwen in Den Bosch-Oost bijvoorbeeld zeiden: wij willen op solidariteitsbasis een eigen dagopvang creëren. Nou, daar is dus geen cent voor. En dus heeft de opbouwwerker ook niet veel te bieden. Ze zijn drie jaar bezig geweest om geld te verwerven voor dit project en ze passen in geen enkel 'potje', zoals dat heet. Er is dus nergens geld te vinden voor dat project. Na verloop van tijd haken de vrouwen zelf af en blijft de professional over. Dat is ontzettend jammer."

## Het opbouwwerk

Piet Willems: "Als ik eens om mij heen kijk zie ik dat men nu dan eindelijk bezig is met klachtbehandeling, klachtopvang. Dat is goed. Dan krijg je patiëntconsulenten, belangenbehartiging, ook goed. Maar dan. Dan komen de mensen zelf, de

gezondheidsinitiatieven. Dat blijkt na verloop van tijd niet te kunnen. De opbouwwerkers moeten beter uitgerust worden, met budgetten om dit te helpen opbouwen. De 'bottom-up' benadering van gezondheid, dus. Zo'n opbouwwerker kan gigantisch veel doen om de mensen zelfredzaamheid te leren ontwikkelen. Veel mensen gaan via de eerstelijns door naar de tweedelijns gezondheidsinstellingen en ik denk dat dat jammer is en onnodig. Het is ook niet goed voor de mensen. Die zelfredzaamheid ondersteunen is veel beter. Als ik denk hoe dat destijds is gegaan met de stadsvernieuwing en de rol die opbouwwerk daarin heeft gespeeld, zo zou dat in de gezondheidszorg ook moeten.

Je moet de oplossing van gezondheidsproblemen op samenlevingsopbouw enten, dat is heel belangrijk voor het werk, maar op de lange duur heeft dat maatschappelijk ook gevolgen. Er ontstaat dan de verandering van gezondheidszorg naar gezondheidswerk, dat wil zeggen naar werken aan je eigen gezondheid. Nu worden problemen steeds in stukjes geknipt, geïsoleerd opgelost, in instituten gedouwd. Dat is niet juist.

Nu is iedereen vertrouwd met de volgende handelwijze: we halen het probleem weg. Maar ik denk dat het een cultureel goed zou zijn, indien we als volgt zouden redeneren: we hebben mensen die doordraaien, die oud worden maar we moeten alles doen opdat die mensen erbij blijven horen. Niet die mensen isoleren maar gezamenlijk het probleem oplossen of er mee leren leven. Kijk, iets wat privé is, is privé. Maar vele problemen moeten geaccepteerd worden als zaken die tot het dagelijks leven behoren. Ik zal me blijven inspannen opdat mensen die het misschien iets minder getroffen hebben erbij blijven horen."

FG: De samenleving is dus een organisch geheel van allerlei verschillende groepen met hun eigen achtergrond en problemen, die het samen moeten zien te rooien.

Piet Willems: "Ja, en dat vereist van de opbouwwerker, die opgeleid is voor het aanjagen van verschillen, veel inzet. We hebben in de jaren '70 een tijd gehad waarin alle verschillen werden aangejaagd. Steeds verder verbijzonderen, daar is niets tegen. Maar je kunt er niet mee doorgaan, er moet wel een doel zijn. Ruzies zijn bijvoorbeeld goed zolang de problemen bespreekbaar blijven, daar moet de opbouwwerker voor zorgen."

FG: Wat vindt u van het idee om de output van opbouwwerk te meten?

Piet Willems: "Graag na mij. Wat meet men dan? Kwaliteitsnormen zijn prima, meten is eigenlijk niet mogelijk."

FG: Wat voor normen moet de opbouwwerker hanteren naar de mensen toe?

Piet Willems: "De opbouwwerker moet uitgaan van de ervaring en beleving van de mensen zelf. Mensen maken hun normen zelf en toetsen ze ook. Helaas wordt er altijd weinig aandacht besteed aan de goede dingen, waar de mensen zich een beetje aan op kunnen trekken. Je ziet toch zelden een tv-uitzending over mensen waar het goed mee gaat? De tv's druipen van de ellende."

FG: Wat verwacht u van de sociale vernieuwing?

Piet Willems: "Sociale vernieuwing is een ronselpartij van het gildewezen om jonge mensen binnen te brengen. Wij hebben een ton aangevraagd voor projecten en niet gekregen. Ik ben werkzaam op de grens van verschillende vakgebieden en pas dus niet in het stramien. Het resultaat is dat wij problemen hebben met de financiering, ondanks de sociale vernieuwing. Het is nog niet doorgedrongen tot het establishment dat psychisch lijden iets is dat erbij hoort. Het hoort bij het leven en kan maar beter niet zoveel gemedicaliseerd worden. Als je erkent dat het bij het leven hoort ga je zoeken

naar manieren waarop je er samen mee kunt leven. Dit betekent dat iemand met psychische problemen niet mag worden geïsoleerd.

Net als vroeger in de Middeleeuwen de armen werden geholpen door brood op de Heilige Geest-tafel te leggen in de kerk. Uit dit charitatieve gebaar van de kerkgangers zijn later de instellingen gegroeid, de 'godshuizen'. Vele rijken gaven voor hun zieleheil geld aan de kerk ter ondersteuning van de zieken en de armen. Met dat vele geld zijn uiteindelijk ziekenhuizen, verpleegtehuizen en andere inrichtingen voor de verzorging van zieken en behoeftigen ontstaan. Op het moment dat er instellingen ontstaan wordt het probleem uit de samenleving gelicht. Iets wat er vroeger bij hoorde wordt dan geïsoleerd behandeld. In feite horen die mensen er dan niet meer bij. Naar mijn mening horen problemen bij mensen. Laat mensen hun problemen houden, neem ze niet af, maar geef hulp en steun om er zelf mee aan de slag te gaan."

Fenny Gerrits



# Opbouwwerk en reïntegratie psychiatrische patiënten

**Het project 'Opbouwwerk in woonvoorzieningen voor GGZ-cliënten' van het Basisberaad Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) Rotterdam is een voorstel om opbouwwerk in te schakelen bij de reïntegratie van (ex)psychiatrische patiënten in de samenleving. Reden om hiervoor te pleiten is dat de geestelijke gezondheidszorg onvoldoende is toegevoerd om daar effectief aan te werken. Bovendien bezetten bewonersondersteuners een sleutelpositie in de contacten tussen psychiatrie en samenleving.**

Directe aanleiding om van een project 'Opbouwwerk in woonvoorzieningen voor GGZ-cliënten' te gaan spreken was het stimuleringsbeleid voor sociale vernieuwing van de gemeente Rotterdam. Volgens de uitvinders van de term, de inmiddels welbekende commissie Idenburg, is één van de knelpunten van de grote stad dat grote groepen mensen maatschappelijk slecht zijn ingebed. Het gaat om "mensen die door anderen gemeenlijk als lastig, onaanangepast, zelfs bedreigend worden ervaren door hun levensstijl en levensomstandigheden" 1). Dat hiertoe veel mensen met psychiatrische problematiek moeten worden gerekend wordt steeds duidelijker, dat hun aantal in de komende tijd zal toenemen mag worden verondersteld. Zowel het overheidsbeleid als de uitval van mensen uit de psychiatrie zullen daaraan bijdragen.

## **Kwetsbaarheden en mogelijkheden**

De vraag naar de inpassing van psychiatrische patiënten wordt niet voor het eerst gesteld. Deze keer komt hij voort uit de betrekkelijk recente discussie over plaats en functie van de psychiatrische inrichting. Zieken-

huizen zijn niet om te wonen, was een van de motto's waarmee eind zeventiger jaren werd geprobeerd chronische patiënten opnieuw een plaats in de samenleving te geven. In heel Nederland gaat het om ongeveer 13.000 mensen, die vaak al jaren in vervallen paviljoens ziltten. Belangengroepen van (ex)cliënten zijn in deze discussie een stuwende kracht geweest: het ging erom de psychiatrie humaner, opener en maatschappelijker te maken.

Het Basisberaad GGZ rekent zich tot deze groepen en heeft een functie als stedelijk platform van cliënten, familieleden, beleidsmakers en hulpverleners, die betrokken zijn bij het functioneren van de geestelijke gezondheidszorg. Een van de doelen is het versterken van de maatschappelijke positie van (ex)GGZ-cliënten en het realiseren van participatie van cliënten en hun betrokkenen zowel op beleidsniveau als op het niveau van de directe zorgcontacten.

Vanuit patiëntenperspectief ziet het probleem van de slechte maatschappelijke inbedding, dat Idenburg en de zijnen vooral vanuit overlastoptiek beschrijven, er anders uit. Psychiatrische patiënten, met name de chronische patiënten onder hen, hebben bij terugkeer in de gemeenschap te maken met hoge drempels die kansen op een redelijke deelname aan de samenleving in de weg staan.

Die drempels hebben voor een deel betrekking op de kwetsbaarheid van deze mensen op grond van hun verleden in de psychiatrie. Voortdurend medicijngebruik, de ontluistering van langdurig psychisch lijden en het isolement van de onzichtbare en desolate inrichtingspaviljoens trekken diepe sporen in iemands leven. Een ingeslepen patiëntidentiteit en maatschappelijke onthechting zijn dan ook niet volgens een simpel causaal schema te repareren. Ze eisen van begeleiders een persoonlijke benadering en zorgvuldig ma-

noeuvreren tussen te hoge eisen en te lage verwachtingen. Daarmee is het probleem niet volledig getackeld. De situatie van chronische patiënten voelt vaak aan als onomkeerbaar en is dat feitelijk soms ook. Een streven naar een zo zelfstandig mogelijk leven vraagt in zo'n situatie onbepaalde begeleiding en ondersteuning – in wezen definitieve aanpassing en begrip van de omgeving.

Het is de kunst om met kwetsbaarheden rekening te houden en mogelijkheden te ontwikkelen. In het begin gaat het om niet meer dan het opnieuw structuur brengen in iemands alledaagse werkelijkheid. De problemen die zich daarbij voordoen zijn evenzeer alledaags, maar daarom niet minder zwaarwegend. Het inkomen van (ex)patiënten in woonvormen die vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) worden betaald 2), is langdurig laag. De geldende eigenbijdrage-regeling werkt feitelijk als een nogal betuttelende zak- en kleedgeldregeling van iets meer dan 250 gulden per maand. De mogelijkheden om daarmee actief deel te nemen aan de samenleving zijn zo beperkt dat armoede welhaast tot deugd verheven moet worden. Werk vinden is zo goed als onmogelijk, sociale werkvoorzieningen en werkgelegenheidsprogramma's laten nauwelijks mensen met een psychiatrisch verleden toe en ook vrijwilligerswerk is niet vanzelfsprekend toegankelijk. Bijverdiening heeft eigenlijk ook weinig zin onder het regime van de AWBZ omdat de verdienste grotere deels in de vorm van eigen bijdragen weer moet worden ingeleverd. Zelfstandige huisvesting is na ontslag uit een inrichting moeilijk te realiseren. De drempel naar club- en buurthuis en educatieve programma's, waar de geschetste materiële problemen zonder twijfel vaak aan de orde zijn, is in de regel te hoog 3).

Stigmatisering, "eens patiënt-altijd patiënt-alleen maar patiënt", speelt daarbij een rol.

De optelsom van deze problemen plaatst geresocialiseerde chronische patiënten niet alleen onderaan de maatschappelijke ladder maar vaak ook net iets erbuiten, zonder gereede kans op verbetering. De vraag is nu of voor deze situatie een GGZ-aanpak en psychiatrische deskundigheid nodig zijn. Het antwoord is niet zonder meer ja of nee. Vanuit de patiënt gezien gaat het erom zich op een normale manier binnen de straat en de buurt, te kunnen bewegen. De communicatie die daarvoor tot stand moet worden gebracht, vraagt om bruggenbouwers en een inspanning zowel van psychiatrie als van samenleving.

### Opbouwwerk en psychiatrie

Het Basisberaad heeft eind '89 een experiment voorgesteld om de methodiek van het opbouwwerk in te zetten in enkele woonvoorzieningen voor mensen die langdurig afhankelijk zijn van begeleiding. Het idee daarachter was dat het hier bij uitstek om een discipline gaat die mensen weet te organiseren en die maatschappelijke en sociale handlingsruimte en handlingsmogelijkheden weet te creëren. Opbouwwerk is bovendien een sleuteldiscipline als het erom gaat een brug tussen psychiatrie en samenleving te slaan.

Dit idee is niet nieuw. Op enkele plaatsen in Nederland heeft de psychiatrie zich georiënteerd op opbouwwerkers en de methodiek van het opbouwwerk. Omgekeerd raakten opbouwwerkers betrokken bij de psychiatrie. In Rotterdam gebeurde dat in het voorjaar van 1988 toen een bewonersondersteuner uit de Afrikaanderwijk in discussie met het Basisberaad pleitte voor meer aandacht van de GGZ voor sociale en maatschappelijke vaardigheden van hun cliënten.

Een projectgroep met vertegenwoordigers van GGZ, maatschappelijke dienstverlening en het Rotterdams Instituut

Bewonersondersteuning (RIO) heeft de volgende taakgebieden geformuleerd voor een categoriaal opbouwwerker in een beschermende, beschutte of begeleide woonvorm 4)

*Naar de bewoners van de voorziening: bevorderen van emancipatie en zelforganisatie.*

Het grootste probleem van mensen die afhankelijk zijn van langdurige hulp is dat ze verleerd zijn om op eigen verantwoordelijkheid belangrijke beslissingen in hun leven te nemen. Doel van de activiteit van een opbouwwerker is om hun probleemoplossend vermogen en de zelfwerkzaamheid en zelforganisatie te vergroten. De start van een proces van emancipatie ligt in de bewustwording van een groepsidentiteit.

*Naar het team van hulpverleners: verbreden van handelingsrepertoire en competentie terrein.*

Kanttekening van de projectgroep is dat het niet gaat om uitbreiding van het aantal begeleiders, maar om beïnvloeding van hun deskundigheid en verandering van de begeleidingsinhoud. Daarbij wordt gedacht aan het stimuleren van de overgang van een bevels- naar een onderhandelingshuishouding en van een oriëntatie op emancipatie in plaats van verpleging. Aan het opzetten van een vrijwilligersbeleid, het stimuleren van inzet van ervaringsdeskundigheid en aan kennisoverdracht: leren gebruik te maken van niet-GGZ-voorzieningen die van betekenis zijn voor de integratie van cliënten.

*Naar de omgeving van de voorziening: bruggen bouwen.*

Het leggen en onderhouden van contacten met sleutelfiguren en voorzieningen in de buurt. Het geven van voorlichting over psychiatrie, woonvoorzieningen en psychiatrische handicaps. Het zoeken en ondersteunen van werkprojecten voor cliënten. Het organiseren van

ontspanningsactiviteiten. Het realiseren van 'omgekeerde integratie': het organiseren van activiteiten voor de buurt, in en om de woonvoorziening.

### Patiënten en bewoners

In het projectvoorstel is gekozen voor categoriaal opbouwwerk binnen een woonvoorziening en niet voor de mogelijkheid bovengenoemde taken toe te wijzen aan de reguliere bewonersondersteuners in de wijken. Wellicht is dat in een volgende fase wel wenselijk. Daarbij hebben verschillende overwegingen van het Basisberaad een rol gespeeld:

\* Er is een spanning tussen patiënten- en bewonersondersteuning. De positie en problematiek van chronisch psychiatrische patiënten is dermate specifiek en ligt zeker bij nieuwe vestigingen zo gevoelig, dat vooralsnog eerder van belangengestellingen dan van overeenkomsten moet worden gesproken.

\* Een belangrijk deel van de activiteit van de opbouwwerker ligt binnen de woonvoorziening in de contacten met (individuele) cliënten en in begeleiding van het team van hulpverleners.

\* De werkdruk op bewonersondersteuners in de wijken is dermate hoog dat de ontwikkeling van een nieuwe praktijk nauwelijks als taak kan worden toegevoegd.

\* De drempel naar 'omgekeerde integratie' (de buurt komt naar de woonvoorziening) wordt lager, als de basis van de opbouwwerker in de woonvorm ligt.

De praktijk van het project ziet er inmiddels ander uit: het subsidieverzoek in het kader van de sociale vernieuwing is op formele gronden afgewezen door de Gemeente Rotterdam. Daartegenover staat dat de ontmoeting van opbouwwerkers en GGZ-professionals in de projectgroep zo nieuw en stimulerend was dat de samenwerking verder wordt ontwikkeld.

Ook in de praktijk worden stappen gezet, om pragmatische gronden niet door het inzetten van categoriale opbouwwerkers. Stichting Hillevliet, een beschermende woonvorm in Rotterdam Zuid heeft de bewonersondersteuners van de wijken waar woonvoorzieningen zijn gevestigd, uitgenodigd voor een kennismakingsgesprek.

Op grond van dat eerste overleg kunnen de volgende voorlopige aandachtspunten worden gformuleerd:

- Bewonersondersteuners hebben onvoldoende zicht op de positie, de kwetsbaarheden en de mogelijkheden van bewoners van beschermende woonvormen.
- Bewoners en begeleiders in de woonvorm hebben weinig zicht op het aanbod van bewonersondersteuners en wijkvoorzieningen. Ze oriënteren zich daar onvoldoende op.
- Er is van de zijde van bewonersorganisaties behoefte aan vroegtijdig overleg bij vestiging van nieuwe woonvormen in een wijk.

Daarop zijn als vertrekpunt de volgende taken gesteld:

- Het vestigingsbeleid van de beschermende woonvorm wordt met de bewonersondersteuners besproken.
- De bewonersondersteuners bezoeken regelmatig de beschermende woonvorm voor een ontmoeting met bewoners en begeleiders. Ze geven informatie over activiteiten- en ontspanningsmogelijkheden in de wijk en over de taak van de bewonersondersteuning. Doel is kennismaking over en weer en uiteindelijk een koppeling van vraag van cliënten aan het aanbod in de wijk.

## Mislukt substitutiebeleid

De kritiek van de zeventiger en begin tachtiger jaren op de inrichting is voor een deel overgenomen door de overheid en vertaald in het zogenaamde substitutiebeleid. In 1984 beloofde Van der Reijden, toenmalig staatssecretaris voor volksgezondheid, om binnen zes jaar ruim 2000 inrichtings'bedden' te vervangen door 'stoelen' in kleinschaliger woonvormen en dagbehandelingsplaatsen in de samenleving.5) Van dit voornemen, de psychiatrie te ontsluiten, is om verschillende redenen maar een fractie gerealiseerd. Belangrijk in dit verband is dat de nieuwe zorg in de samenleving inhoudelijk onvoldoende is ontwikkeld. Het begeleidingsaanbod van RIAGG's, Beschermende Woonvormen en van eerstelijnsvoorzieningen was fragmentarisch en dikwijls niet adequaat. De visie op revalidatie van (ex)psychiatrische patiënten – aan deze term die refereert aan sociaal en maatschappelijk eerdere herstel wordt in toenemende mate de voorkeur gegeven boven resocialisatie of revalidatie – was slecht ontwikkeld en weinig gefundeerd. Sommige hulpverleners noemen zichzelf net zo gehospitaliseerd als hun patiënten.

Veel cliënten die zelf maar een marginale rol mochten spelen in de ontwikkelingen hielden het op 'oude wijn in nieuwe zakken'. Behalve de inhoud van de zorg zijn er subsidietechnische, strategische en politieke redenen voor het mislukken van de substitutie. Het mechanisme van de substitutie was inferieur en liep dan ook al vast voordat er een bed verplaatst was. De politiek had vooral bezuinigingen op het oog, met als gevolg dat de nieuwe zorg in de samenleving weinig om het lijf had. De strategie van instellingen was gericht trainen van het beleid en behoud van de status quo.

Langzaam maar wordt duidelijk dat kleinschaligheid en integratie van de psychiatrie in de samenleving

een prijs hebben, die zolang niemand die wenst te betalen, op de schouders van de cliënten drukt.

*Huib Beijers, Basisberaad GGZ Rotterdam, Zomerhofstraat 71, 3032 CK Rotterdam.*

## noten

1. Het nieuwe Rotterdam in sociaal perspectief, cie. Idenburg, Rotterdam 1989.
2. Beschermende Woonvormen zijn georganiseerd in een Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen (RIBW). Sociowoningen of beschutte woonvormen maken deel uit van een psychiatrisch ziekenhuis. Beide typen woonvormen zijn GGZ-voorzieningen en worden gefinancierd vanuit de ABWZ-premies. Begeleid wonen lijkt qua vormgeving erop te lijken de woonvormen zongar dat er een regulier beleids- of financieringskader voor bestaat.
3. De reactie van de geestelijke gezondheidszorg hierop heeft niet lang op zich laten wachten. Het beleid om een eigen sociaal-cultureel circuit en eigen werkvoorzieningen exclusief voor GGZ-cliënten op te zetten, is in volle gang en zal binnen twee jaar definitief gestalte krijgen. Dat daarmee behalve een verbetering van de positie van psychiatrische patiënten in de samenleving ook een extra drempel wordt opgeworpen voor normalisering van de woon- en leefsituatie van deze mensen, laat zich raden.
4. Over de functie van het opbouwwerk bij het integratieproject Kempering, Jeroen Willems, Amsterdam 1989. Jeroen Willems was enige tijd als opbouwwerker betrokken bij het integratieproject De Kempering van psychiatrisch ziekenhuis Santpoort in Amsterdam-Zuid.
5. Nota Geestelijke Volksgezondheid, Tweede Kamer, 18463 1/2, 83-84. ■

# Opbouwwerk en rehabilitatieprojecten

**In Sittard bestaat sinds 1984 de Stichting Het Karwei. Als doelstelling werd geformuleerd: "het creëren van een voor uitkeringsgerechtigden eigen ruimte waar zij op een voor hun zinvolle manier invulling kunnen geven aan hun tijd. Deze ruimte zal beschikbaar dienen te zijn voor ontmoeting, hulpverlening, informatieverstrekking en activiteiten. Bovendien staat het centrum open voor uitkeringsgerechtigden, die een hulpverleningsrelatie hebben in de geestelijke gezondheidszorg".**

Het Karwei is ontstaan uit de as van een ter ziele gegaan werklozenproject van voor 1984, genaamd De Kringloop. Ook De Kringloop werd vanuit de geestelijke gezondheidszorg al gebruikt als een verwijzingsmogelijkheid voor "dagbesteding". Het project ging echter aan organisatorische chaos ten onder. Wat bleef was een pand, een goede bedoeling en de vraag van uitkeringsgerechtigden naar een plaats waar men actief kon zijn. Met beëindiging van het project kwam ook een einde aan de opvangmogelijkheid voor ex-psychiatrische patiënten van het RIAGG, de afdeling psychiatrie van het plaatselijke ziekenhuis en het Hostel (een resocialiseringshuis, onderdeel van het psychiatrische streekziekenhuis Vijverdal in Maastricht). Die opvang was in de praktijk nauwelijks van de grond gekomen. In 1984 besloot een aantal betrokkenen op de puinhopen van het vorige project een nieuw te bouwen. In een initiatiefgroep namen zitting: De Stichting Welzijn en Educatie Sittard, Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Vijverdal Maastricht, RIAGG Westelijke Mijnstreek, PAAZ ziekenhuis Sittard/Geleen, WAO-ontmoetingsgroep Sittard, en de Gemeente Sittard (afdelingen

Welzijn en Sociale Zaken). Zij vonden elkaar op boven geciteerde doelstelling. De organisatie werd beter in elkaar gestoken. Er kwam een autonome Stichting waarin vertegenwoordigers van het Regionaal Instituut Geestelijke Gezondheidszorg Westelijke Mijnstreek (in 1990 benoemd tot subregio als onderdeel van de RIGG-regio Heuvelland en Maasvallei) en de Stichting Welzijn en Educatie Sittard zitting namen. Voor deelnemers aan het project werden twee zetels in het bestuur gereserveerd. De officiële start van het nieuwe project volgde in 1986. De gemeente Sittard betaalt de personeelskosten voor een beheerder, psychiatrisch ziekenhuis Vijverdal detachteert voor 16 uur een activiteitenbegeleidster, de Stichting Welzijn en Educatie stelt jaarlijks subsidie en begeleidingsruimte opbouwwerk ter beschikking. Daarnaast worden incidenteel bijdragen ontvangen van bijvoorbeeld Ziekenfonds, RABO-bank, en particuliere stichtingen. Werkers uit verschillende sectoren hebben ter coördinatie en afstemming een Voorgeschakeld Overleg Dagbestedingsmogelijkheden, onderdeel van het RIGG Westelijke Mijnstreek. De Stichting Het Karwei heeft er zelfstandig zitting in samen met vertegenwoordigers van instellingen uit de geestelijke gezondheidszorg. Een bijzonderheid: hiermee is een regulier overleg ontstaan tussen vertegenwoordigers van het geestelijk gezondheids(GGZ)-circuit en het sociaal cultureel circuit. Het Karwei manifesteert zich nadrukkelijk niet uitsluitend als een opvang voor ex-psychiatrische patiënten, ook andere uitkeringsgerechtigden zijn welkom. Het is geen patiëntenopvangplaats, maar een ontmoetings-werkplaats waar ook chronische psychiatrische patiënten naar verwezen kunnen worden. Belangrijke doelstellingen zijn: ontmoetingsplaats, het ontwikkelen van sociale contacten, plus dienstverlening, informatie en advies, signalering bij crisis en belangen-

behartiging. Het Karwei is vijf dagen per week geopend. Bevordering van integratie van mensen met een psychiatrische geschiedenis staat centraal. Stigmatisering moet worden voorkomen door het een open project te houden voor iedereen die zonder betaald werk is. Het aantal deelnemers bedroeg in 1988 per dag 25, er is een vaste kern van zo'n 35 deelnemers. Een deel komt via verwijzing door het professionele psychiatrische circuit. Een ander deel komt "spontaan". Het Karwei heeft een ontmoetingsruimte en een goed geoutilleerde werkplaats. Naast allerlei (werk)activiteiten die in de werkplaats kunnen worden ondernomen en recreatieve activiteiten die kunnen worden georganiseerd, zijn de onderlinge steun en hulpverlening, evenals het ontwikkelen van sociale contacten (netwerken) een belangrijk onderdeel van het project. Voor een structureel aanbod is gezorgd door het aanstellen van een activiteitenbegeleidster. De beheerder speelt een belangrijke rol in de dagelijkse organisatie. De opbouwwerker vormt een belangrijke schakel tussen patiënten, "de maatschappij" en het psychiatrisch circuit. Het Karwei is uitgegroeid tot een instelling op het snijpunt van gezondheidszorg en sociaal cultureel werk, waarin aspecten van dagbesteding, revalidatie, participatie aan het maatschappelijk verkeer geïntegreerd zijn. Waarbij het kader – geheel in de zin van een beleid van transmuralisatie en substitutie – niet wordt bepaald door voorzieningen van gezondheidszorg of hulpverlening, maar door voorzieningen op plaatselijk en buurtniveau vanuit het sociaal cultureel werk. De bezoekers van Het Karwei voelen zich daar geen patiënten of cliënten, maar deelnemers en bezoekers. Vanaf de start van het project is aandacht besteed aan de mogelijkheid tot doorstroming van bezoekers



naar de arbeidsmarkt, naar betaalde arbeid. Enerzijds via pogingen om vanuit Het Karwei tegen betaling een klussen-dienstverlening op te zetten, anderzijds door te zoeken naar betaald werk. Een veel gehoorde opmerking van de potentiële deelnemers is "dat zij het niet zien zitten om uitsluitend vrijwillig bezig te zijn. Ze vragen zinvol werk met een perspectief op uiteindelijk betaald werk". Ontmoeting, opvang en vrijwilligerswerk worden ook gezien als basis voor activiteiten gericht op herintreding in het arbeidsproces. De doorstroming naar activiteiten buiten Het Karwei krijgt steeds meer aandacht. Door de integratieve werkwijze in Het Karwei bestaat voor deelnemers een "laag-drempelige instap" naar bijvoorbeeld educatieve activiteiten, die door de plaatselijke instelling voor basiseducatie (onderdeel van de plaatselijke welzijnsinstelling waar ook het opbouwwerk onder valt) worden georganiseerd. Een aantal vrouwen neemt deel aan een vrouweneducatiegroep, opgezet door de afdeling Basiseducatie van de Stichting Welzijn en Educatie Sittard. Nieuw is de structurele samenwerking die in 1990 is ontstaan tussen de Gemeentelijke Sociale Dienst, de sector Gemeentewerken Sittard en Het Karwei, bij de opzet van een werkervaringsproject, waarbij de mogelijkheden van de deelnemers in een voortraject van scholing en bemiddeling worden beproefd. Hiermee is de doelstelling "doorstroming naar de arbeidsmarkt" een meer structureel onderdeel van de taakstelling van Het Karwei geworden.

### Lokale rehabilitieroute

Deze verschillende werkzaamheden van Het Karwei, met als startpunt de ontmoetingsfunctie en daaraan gekoppeld programmering van dagbestedingsactiviteiten, werk in de klussenwerkplaats, deelname

aan werkprojecten en actieve begeleiding van uitstroom naar reguliere sociaal-culturele activiteiten en reguliere arbeid, vormen gezamenlijk de intensief begeleide lokale rehabilitieroute buiten het GGZ circuit.

De groei van het deelnemersbestand, de extra gelden en de erkenning van Het Karwei als (sub)regionaal dagbestedingscentrum (via de nieuwe subsidieregeling dagbesteding 1990) heeft ook ruimtelijke gevolgen.

Er wordt een nieuw gebouw betrokken waar de Stichting Het Karwei plaats biedt aan het "centrum voor dagbesteding en alternatieve werkprojecten". Het oude pand van Het Karwei met de werkplaats, krijgt een functie als stedelijk klussencentrum. Hier kunnen deelnemers onder dezelfde arbeidsvoorwaarden als geregeld in het contract voor het buurtbeheerproject, met steun van een werkplaatsbegeleider, werkzaamheden verrichten voor instellingen, scholen en particulieren. De speciaal aan te stellen medewerker "alternatieve werkprojecten" zal uitvoering van meerdere werkprojecten kunnen realiseren. De ruimtelijke spreiding van activiteiten over verschillende locaties in de stad, in plaats van dagbesteding in één gebouw, schept gunstige voorwaarden voor integratie en rehabilitatie.

### Sociale vernieuwing

Met de groei van het aantal deelnemers aan Het Karwei en met uitbreiding van het aantal activiteiten, onder andere het traject voor werkervaring, is ook het personeel uitgebreid. Bovendien is de relatie met het GGZ-circuit verder gestructureerd. Hierbij speelt de nieuwe subsidieregeling dagbesteding een rol. Overleg tussen de Stichting Het Karwei en het RIGG heeft er toe geleid dat Het Karwei is aangewezen als de reguliere dagbestedingsvoorziening in de subregio Westelijke Mijnstreek. Het RIGG sluit met Het Karwei een contract waarin dit zich verbindt het "product" dagbesteding te "leveren". Een unieke con-

structie, waaruit blijkt dat via een creatieve en flexibele opstelling van het GGZ-management ook "buiten de muren" van de psychiatrie rehabilitatieprojecten kunnen ontstaan. Via het contract zijn én de binding met het officiële GGZ-circuit (een subsidievoorwaarde) én de zelfstandigheid van Het Karwei voldoende gegarandeerd. Tegelijkertijd wordt het eigen karakter van Het Karwei gewaardeerd en de rehabilitatiemeerwaarde, positionering buiten het GGZ-circuit, bevestigd. In het subsidieverzoek aan de Ziekenfondsraad stelt het RIGG dat er bewust van af is gezien om zelf een eigen aanbod dagbesteding te creëren dat concurrerend ten opzichte van Het Karwei zou gaan werken. Het Karwei zal op basis van een zakelijke overeenkomst tegen een vooraf overeengekomen jaarlijkse vergoeding "een kwantitatief en kwalitatief vastgesteld aanbod aan dagbesteding" verzorgen. Uit het geheel blijkt dat via een mix van financieringsbronnen en samenwerking met diverse "partijen" in combinatie met een "autonome" lokale stichtingsvorm een nieuw sociaal product is gerealiseerd. Kenmerkend voor sociale vernieuwing: productieve coalities tussen burgers, professionele instellingen en bestuurlijk apparaat, gericht op nieuwe vormen van maatschappelijke participatie. Dwars door bestaande institutionele en bureaucratische routines, "ontkokering".

*Kees Stuurup*

*Bij het Werkcentrum Opbouwwerk Zuid-Oost Nederland (WOZON), verschijnt in januari 1991 een publicatie "Opbouwwerk en rehabilitatieprojecten. Geestelijke gezondheidszorg als samenlevingsvraagstuk". Voor informatie: Kees Stuurup, WOZON, tel. 046-513912. Informatie over Het Karwei is te verkrijgen bij Frits Jetten (coördinator), tel. 046-518914.*

# Lokaal gezondheidsbeleid is maatwerk

**Als gezondheid voortdurend door mensen in de samenleving moet worden geproduceerd zal de lokale overheid via het gezondheidsbeleid mee kunnen werken om de beschikbaarheid van de produktiemiddelen te garanderen, daar en wanneer die nodig zijn.**

**Om de parallel met de economie door te trekken, waar termen als productie en produktiviteit gelden, kan men termen als 'welvaart' en 'welstand' vertalen naar het terrein van de volksgezondheid.**

De term 'welvaart' staat voor de rijkdom van een samenleving, terwijl de term 'welstand' gebruikt wordt om de materiële rijkdom van een individu aan te duiden. Welnu, het begrip volksgezondheid kan gebruikt worden voor het potentieel van gezondheid in de samenleving: gezond of ziek zijn termen van toepassing op het individu. Een gezondheidsbevorderende context (fysiek en sociaal) en persoonlijke vaardigheden met het oog op het bereiken van een goed niveau van gezondheid kan men dan beschouwen als produktiefactoren.

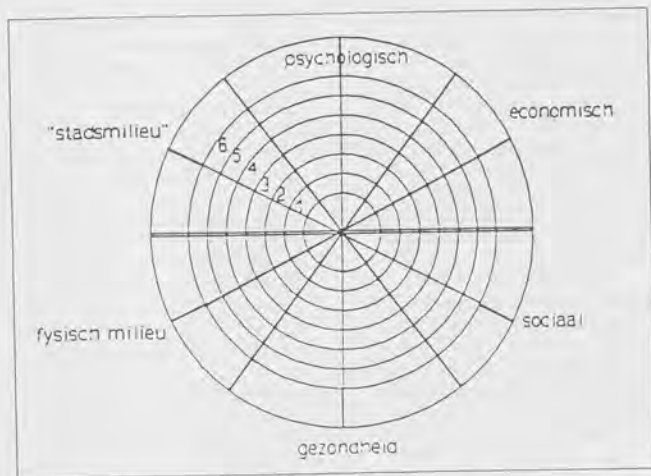
Lokaal gezondheidsbeleid dat specifiek als vertrekpunt en beleidsdoel heeft de vermindering van gezondheidsverschillen tussen de bevolking van verschillende buurten of tussen sociale categorieën in de bevolking kan dan ook niet volgens een eenheidsrecept worden opgezet. De lokale 'gezondheids economie' verschilt per buurt en per stadsdeel.

Lokaal gezondheidsbeleid is maatwerk. Er zal vooraf een verantwoorde inschatting moeten worden gemaakt van de sterke en zwakke elementen in het voor de betrokken

buurt of sociale categorie kenmerkende systeem van 'gezondheidsmanagement'. Stedelijk gezondheidsbeleid staat gelijk aan het realiseren van een optimale beschikbaarheid van middelen en omstandigheden om de volksgezondheid op een zo goed mogelijk peil te brengen of te houden. Dit betekent dat de produktiemiddelen van de volksgezondheid zo goed mogelijk beschikbaar moeten staan aan de bevolking, de gemeenschap, die zelf dat volksgezondheidspeil moet zien te optimaliseren. Waar tekorten zijn in de beschikbaarheid van die middelen, moet gecorrigeerd kunnen worden in de wijze waarop die over de verschillende bevolkingsgroepen worden verdeeld of moeten tekorten voor bepaalde bevolkingsgroepen worden gecompenseerd. Vertaald naar de sector van de volksgezondheid betekent dit dat aan bewoners van de verschillende stadsdelen c.q. buurten in voldoende mate gunstige condities en middelen ter beschikking staan om een zo gunstig mogelijk peil van de volksgezondheid in de wijk te realiseren.

In de ene situatie zal dat inhouden dat moet worden voorzien in tekorten aan informatie over de bevordering of bescherming van de gezondheid. In andere situaties zal voorzien moeten worden in de ondersteuning van sociale netwerken, van belang bij onderlinge hulpverlening en de verwerking van problemen. Weer elders moet worden voorzien in tekorten in de beschikbaarheid van voorzieningen voor medische verzorging en nog weer elders gaat het om de correctie van onveilige verkeerssituaties in de buurt of om het herstel van hygiënische woonomstandigheden.

Om een suggestie te doen voor de verschillende dimensies die men kan onderscheiden bij de beschrijving van de situatie van de volksgezondheid, geef ik een schema weer, dat door Barnard is gemaakt (K. Barnard, Inleiding workshop Netwerk Gezonde Steden, 27 april 1990, niet gepubliceerd). Daarin onderscheidt hij een aantal aspecten waarom men de situatie in een stad of buurt kan inschalen. Dat inschalen kan men doen aan de



De "schijf van Barnard": een scorebord voor stedelijke- of buurtgezondheid.

hand van informatie uit onderzoek of anderszins, maar in elk geval volgens een afgesproken systeem. Zo kan een patroon van sterke en zwakke kanten van de situatie in de buurt in kaart worden gebracht op een manier die vergelijking met andere buurten toelaat. Door Barnard zijn in deze schijf bij wijze van voorbeeld enkele dimensies genoemd:

1. Het psychologische aspect: het psychologische klimaat in de buurt of de stad, levendig of saai, gelegenheid tot interessante ervaringen, cultuur.
2. Het economische aspect: bedrijvigheid, werkgelegenheid, de buurtoriëntatie van de lokale economie.
3. Het fysieke aspect: de bebouwing, de kwaliteit en veiligheid van de infrastructuur voor verkeer en vervoer, de buurtvoorzieningen.
4. Het milieu-aspect: kwaliteit van de bodem, lucht en water; natuurlijke elementen in de stad (park, bos, etc.).
5. Het sociale aspect: sociale ondersteuning, netwerken, marginalisatie, discriminatie, buurtbeheer, verenigingsleven.

6. Het gezondheids-aspect: het niveau van de volksgezondheid, gemeten aan klassieke en minder klassieke gezondheidsindicatoren. Klassiek, bijv. informatie over morbiditeit en sterfte; minder klassiek, bijv. informatie over subjectieve aspecten van gezondheid, gewoonten en leefstijlen van belang voor het gezond en fit blijven, zorggebruik en hulpbetoon aan anderen in tijden van ziekte, preventieve zorg. Met een dergelijk schema kan de gezondheidssituatie in buurt of stad worden gemeenten en in schema gebracht. De keuze van het pakket te nemen maatregelen zal moeten worden gebaseerd op een zo goed mogelijke inschatting van hetgeen in een bepaalde buurt, in vergelijking met andere buurten of de stad als totaal, nodig is met het oog op de bevordering van de volksgezondheid. ■

*Siem Bellema, stafmedewerker Stafbureau Epidemiologie en Documentatie, GG&GD Amsterdam. Dit artikel is gebaseerd op de GG&GD nota 'Gezondheidsbeleid in Amsterdam'.*

**Buitenveldert is de Pijp niet, de Watergraafsmeer is een andere buurt dan Amsterdam Noord – dat weet iedere Amsterdamer. Even bekend zijn de cultuurverschillen tussen buurten. Een 'echt' Jor-daans café zoek je in de buurt van de Lindengracht en niet op de Koninginneweg. Minder bekend zijn de verschillen in gezondheid tussen al die Amsterdamse stadsdelen en buurten. Toch bestaan die wel en ze zijn soms erg groot.**

## Onderzoek naar gezondheidsverschillen

De wetenschap dat er tussen buurten en hun bewoners verschillen in gezondheid bestaan komt voort uit onderzoeken van onder andere de GG&GD. Deze Vergelijke Buurt Onderzoeken (VBO) strekten zich uit over zeven jaar. Inmiddels zijn er twee VBO's gehouden. Bij het onderzoek is met name gekeken naar gegevens over ziekenhuisopnamen en sterfte; maar ook naar sociaal economische gegevens (waaronder de opkomst bij verkiezingen). Gebleken is dat er een aanwijsbare relatie bestaat tussen mate van welvaart in een bepaalde buurt/wijk en de gezondheidstoestand van de inwoners daarvan. Sociaal-economisch minder kansrijk zijn betekend veelal ook een kleinere kans op een goede gezondheid. Die verschillen uiten zich ook in zoiets als de levensverwachting. Bewoners van de ene buurt overlijden gemiddeld vijf jaar eerder dan hun stadsgenoten uit andere wijken. De gemeenteraad van Amsterdam heeft naar aanleiding van de vergelijkende buurt onderzoeken de GG&GD gevraagd er aan te werken om de vastgestelde gezondheidsverschillen te verkleinen. De GG&GD kan dat het beste door samen te werken met degenen die zelf het meest te maken hebben met de gezondheidsproblemen in het

## Gezondheidsprofiel van Amsterdamse buurten

De Amsterdamse GG&GD gaat de komende jaren de ongelijke verdeling van de gezondheid in Amsterdams onderzoeken. Er is een project 'Gezondheid in de stadsdelen' van start gegaan dat als eerste in het stadsdeel 'Westerpark' (waaronder Spaandammerbuurt en Zeeheldenbuurt de gezondheidstoestand in kaart moet brengen. Andere wijken zullen volgen. In het kader van het project zullen een vijftal activiteiten worden ondernomen:

- \* het opstellen van een gezondheidsprofiel van een stadsdeel;

- \* het creëren van een netwerk van sleutelfiguren;
- \* het uitvoeren van een gezondheidsenquête onder de bevolking;
- \* het initiëren en evalueren van projecten welke een bepaald gezondheidsprobleem aanpakken;
- \* het uitbrengen van rapportages met aanbevelingen voor (lokaal) beleid.

Informatie over het project bij de medewerkers van het GG&GD Stafbureau Epidemiologie en Documentatie S. Belleman, R. Thomas, C. de Ceuninck van Capelle of J. van Wieringen. Nieuwe Achtergracht 100, 1018 WT Amsterdam tel. 020-55 55 551.

stadsdeel. Allereerst is dat natuurlijk de bevolking van het stadsdeel zelf, maar ook hun vertegenwoordiger (stadsdeelbestuur) en mensen die in het betreffende stadsdeel werken in de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening.

## De gezondheidsverschillen aanpakken

Om de gezondheidsverschillen in de stad aan te pakken, zul je goed moeten weten welke gezondheidsproblemen er in een stadsdeel zijn en wat voor mogelijke oorzaken daaraan ten grondslag liggen. De aanpak zelf behoort mede tot de competentie van het Stadsdeelbestuur.

De GG&GD wil de stadsdeelbesturen van dienst zijn om de gegevens die voor een goede aanpak nodig zijn bij elkaar te krijgen. De hulp van de GG&GD bestaat niet alleen uit het verzamelen van gegevens, maar er kan ook ondersteuning geleverd worden aan initiatieven om problemen in de wijk aan te pakken.

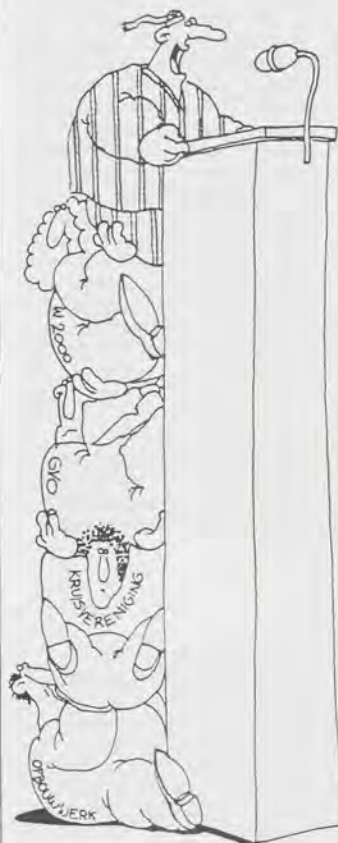
Het Stafbureau Epidemiologie en Documentatie (de onderzoeksafdeling) van de GG&GD onderscheidt drie stappen in zijn dienstverlening.

### Eerste stap

Het Stafbureau geeft aan de hand van de beschikbare informatie bij de gemeente en allerlei gezondheidsorganisaties een beeld van de stand van zaken in het stadsdeel. Onderdelen van dat beeld zijn onder andere:

- bevolking, geboorte en sterfte
- sociale situatie en woonsituatie van de bevolking
- gegevens met betrekking tot werken of niet werken (werkloosheid, arbeidsongeschiktheid)
- andere belangrijke gegevens over het stadsdeel en zijn inwoners.

Daarnaast zet het Stafbureau gegevens over de gezondheid van de stadsdeelbevolking op een rij. Daarmee kan een indruk worden gege-



SOORTEN ONDERSTEUNING

© LOET VAN MOLL  
26 6 89

ven van het niveau van gezondheid in de wijk en ontstaat een eerste indicatie omtrent de vraag waar de belangrijkste knelpunten liggen.

Het geheel van gegevens wordt gebundeld in een rapport, waarmee iedereen die bij het stadsdeel betrokken is zich een globaal beeld kan vormen over de problemen in de wijk.

### Tweede stap

Na de 'papierenen' studie gaat de GG&GD aan de hand van het rapport praten met personen in het stadsdeel van wie verwacht kan worden dat zij de wijk en bevolking goed kennen. Bijvoorbeeld medewerk(st)ers van kruiswerk, gezinszorg, gezondheidscentrum, wijkteam van de politie, sociaal raadslieden, GG&GD-wijkpost, politieke partijen, stadsdeelraad, etc. Hierdoor ontstaat naast het cijfermatige, statistische 'portret van de wijk' ook een beeld van de problemen in de wijk zoals dat wordt beleefd door de mensen die dagelijks met de bevolking te maken hebben. Met dat verscherpte beeld kan wellicht al een start met het aanpakken van bepaalde problemen gemaakt worden. Zo'n aanpak kan variëren van het maken van afspraken over samenwerking tussen verschillende instanties tot het (eventueel samen) verder zoeken naar de achtergrond van problemen.

### Derde stap

De derde stap wordt gezet door de GG&GD en bij stap 2 genoemde personen en instanties. In deze fase wordt ook de bevolking zelf bij de activiteiten betrokken. Aan de hand van de in de eerste en tweede fase opgedane kennis kan namelijk een 'gezondheidsenquête' worden gehouden onder de bevolking. De enquête gaat dieper in op de door de GG&GD en wijkdeskundigen gesignaleerde problemen. Het is ook een controle of de bevolking zelf die problemen zo ervaart.

# Rotterdam: een gezonde stad

**In de nota Sociale Vernieuwing van de Tweede Kamer wordt expliciet aandacht besteed aan 'lokaal beleid te bevorderen van gezondheid'. Letterlijk staat er dat er een belangrijke rol is weggelegd voor gemeenten ten aanzien van onder andere: 'Acties gericht op de bewustmaking en deelname van de lokale bevolking, waarbij speciale aandacht voor methodieken ten behoeve van achterstandsgroepen. (Voorbeeld: Den Haag Beter Gezond, Gezond Rotterdam)'. Met het voorbeeld tussen haakjes 'Gezond Rotterdam', wordt het Gezonde Stad-beleid van de GGD bedoeld.**

**Het Gezonde Stad-beleid van Rotterdam is geënt op het Gezonde Steden-beleid van de World Health Organization (WHO). De nota Het Nieuwe Rotterdam: een gezonde stad, gaat dan ook uit van de werkdoelen van het actieprogramma 'Health for All'.**

De interne werkgroep Gezonde Stad van de GGD heeft een plan van aanpak voor het gezonde stad-beleid geschreven. De werkgroep formuleerde vier uitgangspunten voor zo'n beleid.

**Politieke betrokkenheid.** Die betrokkenheid lijkt redelijk aanwezig met de inbedding in het beleid t.a.v. sociale vernieuwing.

**Intersectoraal werken.** Omdat gezondheidsproblemen vaak te maken hebben met determinanten in andere sectoren dan de gezondheidszorg, is de betrokkenheid van die andere sectoren een belangrijke voorwaarde. Met dat doel is er een intersectorale projectgroep opgericht, die het gezonde stad-project zal adviseren. Daarnaast zal de

GGD in het voorjaar van 1991 een conferentie organiseren, samen met en voor de andere sectoren in de gemeente over het Gezonde Stad-beleid, waarin de mogelijkheden voor het intersectoraal werken centraal zullen staan.

**Gegevens als basis.** Veranderingsstrategieën dienen door gegevens onderbouwd te zijn, ze moeten worden gestuurd op basis van onderzoek. De planmatigheid van het nieuwe beleid moet een belangrijk uitgangspunt blijven.

**Betrokkenheid van de bevolking.** Initiatieven van de bevolking, vanuit de wijken zijn belangrijk. De activiteiten in buurten zullen worden gestimuleerd. Met dat doel heeft de GGD sinds kort een nieuwe functionaris in dienst die tot taak heeft het wijkgerichte werken van de GGD te stimuleren.

Wat betekent dat voor gezondheidsvoorlichting en -opvoeding?

Hoe worden achterstandsgroepen met een gvo-boodschap bereikt? De GGD Rotterdam gebruikt vijf strategieën die van belang zijn voor het bereiken van achterstandsgroepen.

**1.** Het ontwikkelen van voorlichtingsmiddelen en -methodieken. Dat is niet nieuw, hoogstens worden extra pogingen ondernomen om zo goed mogelijk bij de doelgroep aan te sluiten, door bijvoorbeeld de doelgroep uitgebreid bij de ontwikkeling en de pretest van methoden te betrekken. Zo heeft de afdeling GVO audiobandjes over AIDS in verschillende talen ontwikkeld, met veel aandacht voor de pretest. Met het medium en de vorm verwacht men verschillende migrantengroepen beter met algemene informatie over AIDS te bereiken. Datzelfde geldt voor een videoprogramma over AIDS voor LBO-leerlingen.

**2.** Deskundigheidsbevordering van intermediairen. Dat is ook niet

nieuw, maar het blijft van belang voor een effectieve verspreiding van voorlichtingsmiddelen en voor het bereiken van een optimale toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Zo kan een videoband over druggebruik door Marokkaanse jongeren, het beste worden gebruikt door de migranten-opbouwswerkers in de wijk. Zij hebben een netwerk van relaties met migrantenouders dat zij kunnen gebruiken voor de organisatie van drugsvoorlichting in de buurten. Deskundigheidsbevordering in de buurthuizen en gezondheidscentra is een belangrijk middel om de samenwerking in de wijk te bevorderen. Het onderlinge netwerk van intermediairen kan worden versterkt door deskundigheidsbevordering interdisciplinair te organiseren en veel aandacht te hebben voor de samenwerking.

**3.** Uitvoerende voorlichting, ofwel paraprofessionele voorlichters. De groepsvoorlichting door en voor Turkse en Marokkaanse vrouwen bestaat al een aantal jaren in Rotterdam. Nieuw is dat per 1 april 5 Turkse en 5 Marokkaanse vrouwen aangesteld zijn bij de GGD voor 20 uur per week. Voor het grootste gedeelte zullen ze voorlichting blijven geven, maar een deel van hun taak kan gaan bestaan uit 'intermediaire functies', mogelijk op andere afdelingen van de GGD of organisaties in de stad. In een proefperiode zal o.a. worden nagegaan welke taken daarvoor in aanmerking komen. Bijvoorbeeld assisteren bij de afdeling tuberculosebestrijding, of bij het inentingsspreekuur van infectieziekten. Ook ten behoeve van de voorlichting over AIDS aan migranten bestaan er nu paraprofessionele voorlichters. Samen met de NCAB en een aantal andere steden, heeft de GGD meegewerkt aan

een kadercursus over AIDS voor migrantenmannen. In Rotterdam gaan er tien mannen aan de slag, betaald op freelance basis.

**4. Lokale massamediale middelen.** Al is een massamedium op het eerste gezicht geen medium om achterstandsgroepen te bereiken, toch denkt de afdeling GVO dat de kleine lokale media, de gratis huis-aan-huis bladen, de wijkblaadjes, een belangrijke ondersteunende rol kunnen vervullen voor de voorlichting. En dat geldt ook voor de lokale televisie en de verschillende lokale radio-programma's. Tot nu toe wordt daar te weinig gebruik van gemaakt. De Gezondheidswijzer, het voorlichtingscentrum van de GGD voor het publiek, zal zich onder andere ook daarop richten.

**5. Wijkgerichte voorlichting.** De vier bovengenoemde strategieën komen bij elkaar in de wijkgerichte benadering. Als er samen met bewonersorganisaties, deelgemeenteraden en andere instanties in de wijk voor een langere periode aandacht kan zijn voor specifieke gezondheidsproblemen in een wijk, dan kunnen de andere strategieën het meest effectief worden gebruikt. Het zal het effectiefst zijn als ze allemaal tegelijk worden gebruikt, en daar kan de wijkgerichte aandacht voor zorgen. Het werkt ook andersom: stedelijke projecten worden gevoed met informatie uit de wijken. Dat komt hun verdere ontwikkeling en planning ten goede. Een punt van aandacht voor de wijkgebonden projecten is de intersectorale benadering. Met name door aansluiting te vinden bij buurtbeheer (een nieuwe vorm van wijkoverleg van de verschillende gemeentelijke diensten), kan er ook aandacht zijn voor omgevingsfactoren die gezondheid en welzijn bepalen.



Ten aanzien van de wijkgerichte benadering is nog een discussie gaande met betrekking tot de interventie die vanuit een GGD gewenst is in de wijken. Globaal zijn er twee modellen. In het eerste model werkt de GGD vanaf het begin van het onderzoek tot aan het eind van de evaluatie samen met de instanties in de wijk. Het is te kenschetsen als gezondheidsopbouwwerk in de wijk. Dat is een intensieve werkwijze en die zou nogal wat consequenties hebben als dat voor veel wijken verwacht wordt. In het tweede model ligt de nadruk op overdracht op intermediairen in de wijk. Als er in een wijk na onderzoek bereidheid blijkt te bestaan te werken aan gezondheidsonderwerpen, dan kunnen professionals bij opbouwwerk en buurt-en clubhuiswerk de methodieken aangereikt krijgen om daar zelfstandig mee verder te gaan.

Welk model of welke tussenvorm de beste kosten-baten-verhouding heeft, zal straks moeten blijken. Mijn persoonlijke voorkeur gaat uit naar het tweede model. Daarbij wordt er een groot beroep gedaan op het opbouwwerk en het sociaal-cultureel werk. In dat model is de kans groot dat ieders specifieke deskundigheden optimaal worden gebruikt: het opbouwwerk voor het vergroten van de betrokkenheid met de bevolking, het sociaal-cultureel werk voor de organisatie van educatieve interventies en de GGD voor het benaderen van gezondheidsproblemen.

*Toon Voorham, GGD Rotterdam, postbus 70032, 3000 LP Rotterdam, tel. 010-4339933.* ■

# Project 'migranten en gezondheid'

**In de Rotterdamse wijk Bospolder-Tussendijken is eind 1986 het project "Migranten en Gezondheid" van start gegaan. Het project is een initiatief van de Bewonersorganisatie in die wijk in samenwerking met migrantenwerkers en werkers in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening in de wijk. Het project richt zich op verbetering van de gezondheidssituatie van de wijkbewoners van buitenlandse afkomst. In het project wordt samengewerkt met zelforganisaties van migranten in de wijk, werkers van buurthuizen en werkers in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening.**

Bospolder-Tussendijken is een oude wijk in het westen van Rotterdam. De wijk is ontstaan aan het begin van deze eeuw en er wonen zo'n 15.000 mensen. De laatste jaren is de samenstelling van de wijkbevolking sterk veranderd. Veel Nederlandse gezinnen met kinderen zijn weggetrokken. Daarvoor zijn in de plaats gekomen gezinnen van buitenlandse afkomst, jongeren en alleenstaanden. Op dit moment is 40% van de bewoners van buitenlandse afkomst. De grootste groepen zijn van Turkse en Marokkaanse afkomst. De wijk heeft verder ook alle kenmerken van een oude stadswijk. De werkloosheid is hoog (35%). In 1981 is de wijk door de Gemeente aangewezen als stadsvernieuwingsgebied. De bewonersorganisatie is ontstaan in 1970 en zet zich samen met andere groepen, organisaties en instellingen in voor de leefbaarheid van de wijk. De bewonersorganisatie is actief op veel fronten, zoals: stadsvernieuwing, woonlasten, woonomge-

ving, voorzieningen, onderwijs, verhoudingen tussen de verschillende bevolkingsgroepen, werkgelegenheid- en werkloosheidsproblematiek, enz. De bewonersorganisatie wordt daarbij ondersteund door een team van beroepskrachten (opbouwwerkers, bouwkundigen, volkshuisvesters, deskundigen-beheer, administratieve krachten) in dienst van het Rotterdams Instituut Bewonersondersteuning (RIO). Bij veel activiteiten en projecten in de wijk speelt de bewonersorganisatie een vitale rol.

In 1984 maakte de bewonersorganisatie in samenwerking met de buurthuizen in de wijk, een aantal instellingen voor maatschappelijke dienstverlening en twee zelforganisaties van migranten in de wijk een Migrantenplan. In dit plan werd aangegeven hoe ze om wilden gaan met het feit dat (toen) meer dan 25% van de wijkbevolking van buitenlandse afkomst was. Naast het aanpassen van de activiteiten aan de veranderende bevolkingssamenstelling, stonden het (verder) stimuleren van zelforganisatie van migranten en samenwerking tussen de verschillende bevolkingsgroepen in het plan centraal.

Bij het maken van het plan werd duidelijk dat veel wijkbewoners van buitenlandse afkomst problemen hadden met hun gezondheid en met de gezondheidszorg. Werkers in de gezondheidszorg bleken ook problemen te hebben bij de hulpverlening aan migranten. Als problemen werden onder meer gesignaleerd veelvuldig medicijngebruik, veel psychosomatische klachten, te laat de kruisvereniging inschakelen bij zwangerschap, niet alleen naar de arts durven en het niet juist opvolgen van adviezen en behandelwijzen, weinig vertrouwen in Nederlandse artsen, sparen voor operaties in thuisland, vitamineproblemen, moeite om gezondheidszorg in te schakelen bij persoonlijke problemen, slechte toestand van de gebitten, veel reuma-, maag- en rugklachten en problemen met

anti-conceptie.

Door de bewonersorganisatie werden daarop een aantal bestaande contacten in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening uitgenodigd om zitting te nemen in een projectgroep die de problemen moest gaan aanpakken. In eerste instantie bestond de projectgroep uit een huisarts, een maatschappelijk werkster (zelf van Surinaamse afkomst), een sociaal-cultureel werkster die speciaal was aangesteld in de wijk om activiteiten met en voor migranten te ontwikkelen en een opbouwwerker van de bewonersorganisatie. Later werd de projectgroep verder uitgebreid met de raadsman uit de wijk, een medewerkster van de Kruisverenigingen, een preventie-medewerker van het RIAGG, een fysiotherapeute, een medewerkster van het Stedelijk Samenwerkingsverband Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding (GVO) en een lid van een Turkse zelforganisatie in de wijk

Een van de eerste activiteiten van de werkgroep was het (laten) uitvoeren van een nader onderzoek naar de gesignaleerde problemen en de naar de mogelijkheden om die op wijkniveau op te lossen. Het onderzoek moest leiden tot een 'plan-van-aanpak'. Het onderzoek kon betaald worden uit het geld wat beschikbaar was gekomen omdat de wijk was aangewezen als PCG-wijk (Probleem Cumulatie Gebied). Het onderzoek werd in 1987 en 1988 uitgevoerd door onderzoeksbureau Lighthouse. Bij het onderzoek werden een groot aantal (diepte) interviews gehouden met (groepen) migranten en hulpverleners in de wijk. Terwijl het onderzoek werd uitgevoerd startte de projectgroep ook andere activiteiten. Zo werd er een thema-avond voor hulpverleners georganiseerd met als onderwerp: migranten en medicijngebruik. Deze thema-avond had twee doelen: uitwisseling van ervaringen en in-

zichten over het gebruik van medicijnen én het verbeteren van de contacten tussen de verschillende hulpverleners in de wijk. Verder werden in de projectgroep de ervaringen van één van de zelforganisaties met gezondheidsvoorlichting besproken. Bestoten werd om de gezondheidsvoorlichting uit te breiden i.s.m. de zelforganisaties in de wijk en de buurthuizen. Daarbij werd gebruik gemaakt van speciaal opgeleide voorlichtsters in de eigen taal. Op die manier breidde het netwerk van contacten binnen en buiten de wijk zich steeds verder uit.

Begin 1989 werden de onderzoeksresultaten gepresenteerd. De onderzoekers deden een groot aantal aanbevelingen, zoals:

- vaker inschakelen van tolken bij de hulpverlening;
- verbeteren van de informatie over voorzieningen en hulpverleningsmogelijkheden;
- meer aandacht voor de problematiek van oudere migranten;
- meer en betere informatie over medicijnen en medicijngebruik;
- meer aanstellen van hulpverleners van buitenlandse afkomst;
- verbeteren van de werkomstandigheden van hulpverleners die met en voor migranten werken;
- verbeteren van de 'context-kennis' bij hulpverleners;
- opzetten van een advies- en informatiebureau in de wijk (gezondheidswinkel);
- verbeteren van overleg en samenwerking tussen hulpverleners;
- minder doorverwijzen naar het ziekenhuis;
- meer aandacht voor de rol van 'eigen' genezers;
- aanstellen van een speciale beroepskracht in de wijk om gezondheidsbevorderende activiteiten te stimuleren en op elkaar af te stemmen (trekker).

Omdat voor het uitvoeren van de meeste aanbevelingen geld nodig was, diende de werkgroep een subsidieaanvraag in bij de gemeente. Hoewel de gemeente erg enthousiast was, bleek het toch erg moeilijk om geld voor het project los te krijgen. Uiteindelijk bleek de GGD bereid om voor de voortgang van het project een subsidieaanvraag in te dienen bij WVC. Een 'geluk' was dat staatssecretaris Hans Simons het project kende uit de tijd dat hij wethouder was in Rotterdam. WVC bleek bereid om het project gedurende 3 jaar te financieren. De subsidieaanvraag had betrekking op het aanstellen van de aparte beroepskracht in de wijk, een onderzoeksmedewerker (part-time) die het project moest gaan beschrijven en de opgedane ervaringen en inzichten overdraagbaar moest gaan maken naar mensen en groepen in andere situaties en twee voorlichtsters (part-time). Wel vond WVC dat de GGD eindverantwoordelijkheid moest dragen voor het project en de besteding van de subsidie. Uiteindelijk werd, in overleg met de

participanten in het project, besloten om een stuurgroep in te stellen voor de bestuurlijke en inhoudelijke begeleiding van het project. De stuurgroep bestaat uit twee vertegenwoordigers van de GGD-Rotterdam en twee vertegenwoordigers van het Rotterdams Instituut Bewonersondersteuning (RIO).

In de loop van het project heeft de projectgroep een eigen visie op de problemen ontwikkeld. De projectgroep gaat er van uit dat 'gezond zijn' veel meer is dan 'niet-ziek zijn'. Onder 'gezond zijn' verstaat de projectgroep een situatie van lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn. Waarom mensen ziek worden zit diep opgesloten in het individu én in de (sociaal-economische) omstandigheden waarin mensen leven; zoals een goede of een slechte woning, wel of geen toekomstperspectief hebben, je gerespecteerd en gewaardeerd voelen, het hebben van contacten of juist geïsoleerd zijn. Dat betekent volgens de projectgroep, dat je er niet alleen voor moet zorgen dat mensen gezonder gaan leven en dat de hulpverlening verbeterd moet worden, maar dat je ook ongezonde omstandigheden waarin mensen leven moet aanpakken. Verder moet het erom gaan dat mensen (weer) verantwoordelijkheid kunnen gaan nemen voor hun eigen gezondheid en leren hoe en met wie ze ongezonde omstandigheden kunnen veranderen.

Het verwerven van subsidie voor de voortgang van het project heeft veel tijd gekost. Om het opgebouwde vertrouwen en de ontwikkelde contacten niet verloren te laten gaan, heeft de projectgroep de activiteiten in de periode dat er geen subsidie beschikbaar was, de activiteiten binnen haar mogelijkheden voortgezet.



ER ONTSTONDEN AL GAAN COMMUNICATIEPROBLEMA!

nieuwsbrief 2005 juni 1993



# Gezondheids- voorlichting als aanknopingspunt

Zo werd er in samenwerking met de afdeling GVO van de GGD en de Stichting Buitenlandse Werknemers Rijnmond (SBWR) een cursus 'werken-met-migranten' georganiseerd voor hulpverleners uit de wijk. Verder is er een wijk-interne-doorverwijsmap gemaakt voor alle hulpverleners in de wijk met alle belangrijke adressen. Ook werd er gezondheidsvoorlichting gegeven aan verschillende groepen vrouwen van Marokkaanse en Turkse afkomst. Tenslotte werd er bij wijze van proef gezondheidsvoorlichting gegeven aan groepen mannen van Turkse en Marokkaanse afkomst i.s.m. de zelforganisaties in de wijk. Op dit moment loopt er een cursus gezondheidsvoorlichting voor vrouwen van Turkse afkomst. De cursus is georganiseerd i.s.m. een buurt-huis in de wijk. In een (voorlopig) 8-tal bijeenkomsten komen verschillende thema's aan de orde, zoals: anatomie, anti-conceptie en geslachtsorganen, baarmoeder- en borstkanker, vrouwenklachten en psychosomatische klachten. De onderwerpen zijn vastgesteld in overleg met de deelnemers. De bedoeling is om de bijeenkomst over psychosomatische klachten te gebruiken als opstapje naar een praatgroep. Verder wordt er gewerkt aan een serie voorlichtingsbijeenkomsten voor meiden van Marokkaanse en Turkse afkomst in samenwerking met een opvangproject voor leerplichtige meiden die om verschillende redenen niet meer naar het reguliere onderwijs gaan (Voorportaal), de Streekschool (partieel leerplichtig) en het jongerenwerk in de wijk.

Voorlopig is het project gehuisvest bij de Bewonersorganisatie. Begin volgend jaar betreft het project een eigen accommodatie in de wijk.

*Peter Rokers, Bewonersorganisatie  
Bospolder Tussendijken, Rösener  
Mansstraat 80, 3026 TV Rotterdam.*

**Voor buitenlandse vrouwen is de weg naar basiseducatie en sociaal-cultureel werk door hun geïsoleerde positie dikwijls niet gemakkelijk te vinden. Een persoonlijke uitnodiging en een onderwerp dat trekt kunnen helpen om de eerste en daarna ook volgende stappen te zetten. In Utrecht haakte slechts een klein aantal vrouwen af na de eerste voorlichtingsbijeenkomst over zaken als gezondheid, opvoeding en voeding. 'We wilden vooral die Turke en Marokkaanse vrouwen bereiken die tot nu toe aan het sociaal-cultureel werk noch aan de basiseducatie deelnamen. Gezondheidsvoorlichtingsbijeenkomsten zijn daar een goede ingang voor.'**

Aan het woord is Karin Mous, educatief werker van KANS Mid-West. KANS Mid-West is een van de drie wijkgerichte projecten voor de basiseducatie in de stad Utrecht. Naast het wijkgerichte werk vallen onder de moederorganisatie KANS nog twee instellingen die activiteiten organiseren voor de gehele stad Utrecht. Samen met ROSA - een instelling voor sociaal-cultureel werk voor vrouwen, die voor 60 % buitenlandse vrouwen bereikt - heeft Karin twee voorlichtingscycli georganiseerd voor respectievelijk Marokkaanse en Turkse vrouwen in de wijk.

In Utrecht West, in beleidstermen een PCG-gebied, wonen 700 Turke en 350 Marokkaanse gezinnen. Het leefklimaat is er verre van ideaal. Zou dra mensen maar enigszins kunnen trekken zij naar die delen van de stad waar de huizen beter en groter zijn. Het is dus niet voor niets dat juist bij de 'achterblijvers' de (psychosomatische) klachten rond huisvesting, gezondheid en opvoeding het sterkste naar voren komen. Uit een onderzoek in 1988 is gebleken dat vooral oudere buitenlandse vrouwen nog weinig of geen gebruik

maken van het sociaal-cultureel werk en de basiseducatie. Evenmin worden meer op preventie gerichte voorzieningen rond primaire levensterreinen, zoals de infowinkel voor materiële zaken of de wijkwinkel voor huisvesting door deze vrouwen bezocht.

Uit gesprekken met de kruisvereniging en het gezondheidscentrum blijkt daarentegen dat er wel degelijk behoefte bestaat aan informatie over (lichaams) nabije zaken als gezondheid, opvoeding en voeding. Achter klachten als buikpijn, hoofdpijn en pijnlijke benen gaan dikwijls allerlei gezinsproblemen schuil. Op het spreekuur noemen vrouwen het groeiende isolement ten opzichte van hun kinderen, heimwee naar hun familie in Turkije of Marokko, communicatieproblemen thuis en de geringere ontmoetingsmogelijkheden met andere vrouwen familieleden in vergelijking tot het land van herkomst. De slechte kwaliteit van de woningen, het gebrek aan ruimte en de geringe buurtparticipatie werken zonder meer door op de gezondheid van de vrouwen. Tegen deze achtergrond moet het initiatief van KANS Mid-West en ROSA gezien worden om voorlichtingsbijeenkomsten te organiseren.

## Persoonlijke uitnodigingen

In de eerste drie maanden van dit jaar zijn apart voor Turkse vrouwen vier voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd. Aan alle Turkse gezinnen - op die vrouwen na die al bekend waren bij ROSA en KANS - was een uitnodiging gestuurd voor een eerste bijeenkomst. Verder zijn gerichte uitnodigingen verspreid via het algemeen maatschappelijke werk, het consultatiebureau, de gysiotherapeuten en het sociaal-cultureel werk voor vrouwen. De middagen zijn niet als cyclus aangekondigd. Pas na het succes van de eerste middag zijn de vervolgbijeenkomsten bekend gemaakt. Naar de vrouwen in de wijk is voor iedere middag apart een schriftelijke uitnodiging verstuurd!

## Veel belangstelling

De verwachting dat het thema gezondheid een goede ingang was om de niet-actieve vrouwen in de wijk te bereiken, is uitgekomen. Zestig vrouwen gaven gehoor aan de uitnodiging en zij brachten deels hun kleine kinderen mee. Op dit aantal was de ruimte in het consultatiebureau waar de bijeenkomsten gehouden werden, niet berekend. Dat betekende dat de kinderen in een aparte ruimte opgevangen moesten worden. Zij konden niet, zoals gepland, bij hun moeder in dezelfde ruimte blijven spelen. Dat de kinderen nu opgevangen moesten worden in dezelfde ruimte als waar ze ingeënt werden, zorgde logischerwijze voor onrust. Desalniettemin is het consultatiebureau een goede plek omdat de meeste vrouwen er al eerder geweest zijn.

Naast zaken als een goede werving, kinderopvang en een juiste plek, is de aanwezigheid van tolken en de hulp van een Turkse begeleidster van vrouwen groepen van ROSA bepalend geweest voor het succes van de middagen. Ook het feit dat de gastspreeksters bekend waren met de problemen van de vrouwen in de wijk, heeft een stimulerend effect gehad. De maatschappelijk werker, de arts, de wijkverpleegkundige en de fysiotherapeute ontleenden aan eerdere professionele contacten voldoende gezag om de vrouwen ervan te overtuigen dat zij in hun eigen situatie kunnen en mogen ingrijpen.

Niemand had op zo'n grote belangstelling gerekend. In een eerdere cyclus voor Marokkaanse vrouwen waren gemiddeld maar 10 vrouwen aanwezig! Toch kunnen deze bijeenkomsten niet minder geslaagd genoemd worden.

De gesprekken die gevoerd zijn met de groep Marokkaanse vrouwen, waren - vergeleken met de - intensiever en persoonlijker van karakter. De Turkse vrouwen gaven bij de evaluatie te kennen dat zij een meer diepgaande behandeling van hun vragen gemist hadden vanwege de

grootte van de groep. Alhoewel aan hun behoefte om te kunnen praten over eigen ervaringen niet tegemoet kon worden, haakte slechts een klein aantal vrouwen af na de eerste bijeenkomst.

## Vier middagen

De eerste middag begon met een verhaal (door een wijkverpleegkundige) over het menselijk lichaam, hoe dat in elkaar zit en functioneert in gezonde toestand. Deze informatie over de spijsvertering, het bloed en de functie van de organen, gaf aanleiding tot het stellen van allerlei vragen over eigen klachten. De ervaringen en vragen van de vrouwen vormden de basis van de thema's voor de volgende bijeenkomsten. De tweede bijeenkomst ging een arts van het gezondheidscentrum dieper op de klachten in. Ook het functioneren van het gezondheidscentrum lokte de nodige discussie uit. Naast de directe lichamelijke klachten brachten de vrouwen ervaringen naar voren op het terrein van de psychosomatiek. Dit gaf aanleiding om de daaropvolgende keer een Turks gesproken videofilm 'Mijn maag is als een steen van angst' te vertonen. Veel vrouwen herkenden zich in de gedramatiseerde beelden van het leven van migrantenvrouwen in Nederland. Ze reageerden met opmerkingen dat problemen thuis pijn op pijn veroorzaakten. Ze raadden elkaar aan daar niet mee te blijven zitten.

Maar is er wel een oplossing voor deze sociale en psychische problemen? En wat kun je als vrouw daar zelf aan doen? Deze vragen die na afloop van de videovertoning aan de maatschappelijk werker werden gesteld, vormden het thema van de vierde en laatste bijeenkomst. Die laatste keer stond het evenwicht zoeken tussen spanning en ontspanning als onderwerp centraal. De maatschappelijk werker vertelde over haar psychosomatiekgroep met Turkse vrouwen. De fysiotherapeute over een gymnastiekgroep voor buitenlandse vrouwen met als

doel een grotere lichamelijke ontspanning te bereiken. De medewerkster van ROSA vertelde over de creatieve activiteiten die deze instelling organiseert en over de uitwisselingsbijeenkomsten voor vrouwen. De medewerkster van KANS benadrukte het belang van taallessen voor een beter functioneren in de Nederlandse samenleving.

## Vervolg

Kunnen we iets aan onze situatie veranderen en hoe moeten we dat dan realiseren? Dit zijn vragen die een nieuwe gespreksronde vereisen. Meer tijd nemen voor jezelf, opkomen voor jezelf als vrouw, naar buiten treden, dat blijken moeilijke zaken te zijn, die toch nodig zijn om de kwaliteit van het dagelijkse leven te verbeteren. De drempel naar de genoemde educatieve en sociaal-culturele activiteiten is niet met één voorlichtingscyclus geslecht. Zowel voor de Turkse als Marokkaanse wordt naar een vervolg gezocht. In ieder geval gaat het vrouwenproject ROSA gespreksgroepen organiseren met gezondheid als thema. Ingaan op elkaar klachten, afgewisseld met ontspannende activiteiten, komt tegemoet aan de behoefte van de vrouwen. De deelname aan meer educatieve activiteiten moet langzaam groeien, aldus Karin Mous. Alles wat georganiseerd wordt in de wijk draagt daar, op een eigen manier, toe bij. Door een gerichte samenwerking tussen de verschillende voorzieningen, krijgen eenmaal op gang gebrachte activiteiten ook een onderling stimulerend effect. Positieve verbetering van migrantenvrouwen in Utrecht-West is een geleidelijk, maar gestaag vorderend proces, vanuit een gezamenlijke inspanning.

Kitty den Boogert

(Bovenstaand artikel is met toestemming overgenomen uit "Volwasseneducatie", nr. 10, 1990.)

# Opbouwwerk, gezondheidszorg en milieu-overlast

**Wie de relatie gezondheid-milieu nader onderzoekt, stuit op een bepaalde tweeslachtigheid. Enerzijds lijkt het voor de hand liggend, dat milieuverontreiniging moet leiden tot gezondheidsklachten. Anderzijds wagen weinigen zich aan de uitspraak dat een bepaalde vorm van milieuverontreiniging automatisch leidt tot een specifieke gezondheidsklacht.**

**In wetenschappelijk jargon gegoten: mono-causale verbanden tussen milieu-factoren en de gezondheidstoestand van de bevolking zijn (nog) niet (of moeilijk) te leggen. Wellicht, dat deze wetenschap gezondheidswerkers ervan weerhoudt om zich actief in te zetten voor milieu-acties?**

**Opmerkelijk is in ieder geval dat bij bewonersacties tegen milieu-vervuiling een expliciete rol van opbouwwerkers en/of gezondheidswerkers niet beschreven staat. Uit de hierna volgende voorbeeldproblemen mag blijken dat gezondheidsaspecten soms van essentieel belang kunnen zijn voor het welslagen van een milieu-actie. Een reden te meer voor gezondheidswerkers en opbouwwerkers zich duidelijker te manifesteren.**

## Geluidhinder

Een belangrijke bron van geluidhinder wordt gevormd door het vliegtuiglawaai. Al jarenlang voeren omwonenden van de vliegvelden Schiphol en Beek (Zuid-Limburg) acties om de vliegtuighinder in te dammen.

De overlast van Schiphol wordt al sinds 1967 bestreden door de Zwanenburgse huisarts, de heer Oijk. Door de toename van geluidsoverlast begin jaren zeventig werd hij daarin ondersteund door huisartsen

in de regio. Op basis van de gehoorde gezondheidsklachten werd contact opgenomen met het Instituut voor Huisartsengeneeskunde en het Coronellaboratorium van de Universiteit van Amsterdam (UVA). Niet lang daarna sprak ook de Koninklijke Maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunst (KNMG) zich uit. In een brief aan de Minister werd de ernstige bezorgdheid uitgesproken over de gevolgen van geluidhinder voor de gezondheid in de gebieden rond Schiphol. De tijd was rijp om onderzoeken te laten uitvoeren. Een twintigtal huisartsen voerde in samenwerking met het Instituut van Huisartsengeneeskunde en het Coronellaboratorium in '72 en '74 onderzoek uit, dat leidde tot de volgende conclusies:

- Vliegtuiglawaai kan leiden tot psychische problemen en gebruik van kalmerende middelen.
- Onder invloed van lawaai vertoont een toenemend aantal mensen slaapproblemen en angstverschijnselen.
- Uit onderzoek in het (Coronel)laboratorium bleek, dat lichamelijke stoornissen optreden. De reactie van het hart-vaatstelsel op vliegtuiglawaai is vaatvernauwing.

Tegelijkertijd met het huisartsenonderzoek startte een uitgebreid onderzoek met subsidie van het preventiefonds, waarvan een deelonderzoek uitmondde in het proefschrift van PG. Knipselschild "Medische gevolgen van vliegtuiglawaai".

Nu het 'bewijs' geleverd was ontbrandde een nieuwe strijd over de hoeveelheid lawaai die nog acceptabel zou zijn. Vanwege de financiële gevolgen (woningisolatie) zijn besluiten hierover nog steeds niet genomen. In de zomer van '89 maakte Schiphol zijn plannen bekend om op grote schaal te gaan uitbreiden (Masterplan). Tegelijkertijd ontstond er een toenemende onzekerheid over de gezondheidsgevol-

gen van luchtverontreiniging door vliegtuigen. Het Masterplan werkte als katalysator en een groot aantal bewonersgroepen en milieuorganisaties uit de regio Schiphol bundelden hun belangen. Het Platform Leefmilieu Regio Schiphol werd opgericht, bijgestaan door provinciale en landelijke milieuorganisaties en het lokale en provinciale opbouwwerk (Ondersteuningsinstituut Noord-Holland).

Het Platform ontplooit ondermeer de volgende activiteiten:

- coördinatie van de activiteiten van de aangesloten groepen;
- publiciteit;
- het binnenhalen van subsidies voor het uitvoeren van onderzoeken.

De ervaringen van de huisartsen en de uitgevoerde onderzoeken werden, aangevuld met ervaringen van bewoners werden op een rijtje gezet in het boek "Schiphol, van droom tot nachtmerrie". Dit boek vormde de basis om nieuwe activiteiten te ontplooiën, zoals bv. het organiseren van forums voor politici en beleidsmakers.

Als de situatie van Schiphol e.o. vergeleken wordt met het Zuid-Limburgse Beek, dan valt een groot aantal overeenkomsten op. Ook daar zijn vijftien jaar geleden de activiteiten van de Vereniging Geen Uitbreiding Vliegveld Beek begonnen. Gezondheidsrapporten vormden er eveneens een belangrijke basis om de publieke opinie te mobiliseren.

## Stankoverlast

Hoewel klachten over stankoverlast veel voorkomen, lijken ze op het eerste gezicht sterk gebonden te zijn aan iemands persoonlijke voor- of afkeer van de luchtjes. De stelling dat stankoverlast leidt tot aanwijsbare psychische en lichamelijke stoornissen zal zeker snel verwezen worden naar het rijk der fabelen. Maar onderzoek van de Chemiewinkel

van de UvA heeft aangetoond dat er wel degelijk een relatie bestaat tussen stankoverlast en gezondheidsklachten.

Bewoners en milieugroepen rondom het komposteerbedrijf Rutte Recycling hebben dankbaar gebruik gemaakt van dit onderzoek. Het bedrijf bezorgde de omwonenden (binnen 2 km) al jarenlang stankoverlast. Toen het bedrijf in het voorjaar van '85 een Hinderwetvergunning aanvraag om te mogen uitbreiden, bundelde omwonenden hun krachten. Het milieuplatform Rutte werd opgericht. In het najaar '85 kwamen zij met de uitgave van een zwartboek over het bedrijf "Rutte, van mesthoop tot wanhoop", waaraan de Chemiewinkel en de provinciale milieuorganisatie (CMN) hadden bijgedragen. De relatie stankoverlast en gezondheidsklachten werd hierin wel aangestipt maar kreeg nog niet de volledige aandacht. In april '88 gebeurde dat wel. Toen verscheen het rapport "Stank, stankhinder en gezondheidsklachten in de omgeving van het komposteringsbedrijf Rutte recycling". Het rapport was het resultaat van een samenwerkingsverband tussen Chemiewinkel (UvA), Landbouw Universiteit Wageningen, het Coronelaboratorium en het Psychologisch Laboratorium van de Rijks Universiteit Utrecht. Naast het uitvoeren van zgn. geuronderzoek en het gebruik maken van menselijke 'snuffelpalen' werden ook gezondheidsklachten onder de loep genomen. De conclusie was duidelijk: bij langdurige onvrijwillige blootstelling aan stank kunnen klachten als geprikkeldheid, neerslachtigheid, agressiviteit of apathie optreden. Ook stress-reacties als gebrek aan eetlust, hoofdpijn, misselijkheid en slapeloosheid kunnen optreden.

De onderzoeksgegevens werden gebruikt in een juridische procedure en met succes bekroond. Het bedrijf moest binnen een half jaar aan strenge milieu-eisen voldoen. Bij overtreding wordt een dwangsom opgelegd. Op dit ogenblik heeft het

Milieuplatform Rutte een bedrag van een kwart miljoen van het bedrijf tegoed. Plannen om het bedrijf naar elders te verplaatsen zijn in de maak.

### Luchtverontreiniging

Medio september van dit jaar maakte Greenpeace een nog geheim rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) bekend: "Impact on Human Health of Air Pollution". De conclusies uit dit rapport liegen er niet om. Jaarlijks veroorzaakt de luchtverontreiniging in Europa duizend sterfgevallen en nog veel meer gevallen van chronische aandoeningen van de luchtwegen (cara). Diverse onderzoeken hebben gezondheidsklachten door luchtverontreiniging in Nederland al eerder onder de aandacht gebracht. Het WHO-rapport onderstreept nu echter de noodzaak om hiermee gericht aan de slag te gaan. De resultaten uit de gezondheidsonderzoeken in Amsterdam (Vergelijkend Buurt Onderzoek 1 en 2), Rotterdam (Gezonde Stad Projekt) en elders dienen snel handen en voeten te krijgen. Dat kan, zo blijkt in Amsterdam. Tegen de komst van een kolencentrale naar Amsterdam hebben een groot aantal bewonersgroepen en milieuorganisaties, verenigd in het Hemwegoverleg, zich verzet.

### Verkeersoverlast

De gevolgen van luchtverontreiniging veroorzaakt door het verkeer voor cara-patienten zijn in het project "Verkeerde Lucht" in kaart gebracht (zie ook M.O. nr. 78). Dit educatie-project van het Provinciaal Konsulentenschap Natuur en Milieu Edukatie Zuid Holland werd in eerste instantie opgezet voor kaderleden van milieu-organisaties, die ermee aan de slag konden gaan bij patiëntengroepen en gezondheidswerkers. Naast een bijbehorende werkmap bestond het voorlichtingsmateriaal ook uit een videoband, waarop prof. Joosting uit Nijmegen uiteenzet welke uitwerking luchtverontreiniging heeft op het

longsysteem. Later is de informatie aangevuld met meer basiskennis in het boekje "Van A(stma) tot Z(ure regen)". Het opbouwwerk in Vlaardingen gebruikte deze gegevens in de acties tegen Rijksweg 19 in Midden-Delfland. Bewonersgroepen, milieuorganisaties en patiëntenverenigingen (cara) verweerden zich tegen deze dreigende overlast.

### Bodemverontreiniging

Sinds Lekkerkerk zal vrijwel niemand meer in twijfel trekken dat bodemverontreiniging tot gezondheidsklachten leidt. Maar het is steeds moeilijker geworden om bodemverontreinigingen gesaneerd te krijgen. Om (verdere) gezondheidschade te voorkomen, wordt in toenemende mate gebruik gemaakt van het aanbrengen van een zgn. leeflaag. Het gezegde 'zand erover' wordt hierbij letterlijk uitgevoerd. De kop wordt echter in het zand gestoken voor wat betreft de psychosociale gevolgen van het 'overleven op gif'. Opbouwwerkers en gezondheidswerkers, die aan de slag willen gaan met bewonersgroepen op en rondom gifbelten kunnen dankbaar gebruik maken van de enorme kennis en ervaring, die ligt opgeslagen bij het WOZH en Nederland Gifvrij te Utrecht. Brochures als "Gezondheidsrisico's bij bodemverontreiniging", "Wordt je niet ziek, dan wordt je er wel gek van" en "Buikpijn van de aarde" spreken wat dat betreft klare taal.

Wie meer wil weten over projecten rondom gezondheid, milieu en opbouwwerk of meer voorbeelden heeft te melden, kan contact opnemen met de Landelijke Adviesgroep Milieugericht Opbouwwerk (LAMIGO) te Dordrecht, tel. 078-141443 (WOZH).

Aart Dekker, Rooseveltlaan 24 III,  
1078 NJ Amsterdam,  
tel. 020-6624042.

# Gebruikersoverleggen gezondheidszorg

**In de regio Eindhoven/Kempenland functioneert sinds 1985 het Regionaal Patiënten/Consumenten Platform Eindhoven/Kempenland (RPCP). Het RPCP Eindhoven/Kempenland is één van de drie experimentele patiëntenplatforms in het land.**

**Vanaf de start van dit platform is gekozen voor een tweeledige basis. Enerzijds werken hierin een groot aantal patiëntenverenigingen samen en daarnaast maken een aantal plaatselijke groepen deel uit van de organisatie van het platform. Deze groepen werken onder de naam: "Gebruikersoverleg Gezondheidszorg". In deze bijdrage gaat Henk Duis, coördinator van het RPCP Eindhoven/Kempenland in op het ontstaan en de ontwikkeling van Gebruikersoverleggen.**

## **Ontstaan van gebruikersoverleggen**

Het RPCP Eindhoven/Kempenland werd opgericht in 1985. In de regio werd — o.a. met steun van het stedelijk opbouwwerk — hard gewerkt aan de voorbereiding van een integraal invoeringsexperiment in het kader van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG). Deze wet bood het perspectief dat gemeentebesturen een grote rol zouden gaan spelen bij de planning van lokale gezondheidsvoorzieningen. De gebruikers van deze voorzieningen hadden er alle belang bij om bij de lokale overheid en de plaatselijke politiek invloed uit te oefenen op deze lokale gezondheidszorgplannen. Het is daarom dat het RPCP koos voor de oprichting van plaatselijke gebruikersoverleggen. Het RPCP vroeg de aangesloten patiëntenverenigingen of leden geïnteresseerd waren om aan een plaatse-

lijk gebruikersoverleg deel te nemen. Daarnaast is dezelfde vraag voorgelegd aan plaatselijke verenigingen, zoals ouderenorganisaties, vrouwenorganisaties en vrijwilligersorganisaties, actief op het terrein van de zieken- en ouderenzorg. Er bleek nogal wat belangstelling voor te bestaan. Daardoor kon in een aantal gemeenten/combinatie van gemeenten een gebruikersoverleg beginnen.

## **Gebruikersoverleggen in de regio**

Analoog aan een indeling in subregio's, die gehanteerd werd door de samenwerkende gemeenten, zijn in een korte tijd gebruikersoverleggen opgericht in de subregio's Eindhoven, Veldhoven, de Kempen, Best/Oirschot/Son en Breugel, Geldrop/Nuenen c.a. en Valkenswaard/Waalre. In 1989 startte het gebruikersoverleg Heeze, Leende, Maarheeze en Budel. Daarbij is dankbaar gebruik gemaakt van de start van de adviescommissies vestigingsbeleid huisartsen die in iedere subregio van start zijn gegaan. Het RPCP levert veelal de gebruikersvertegenwoordigers in deze commissies. De gebruikersoverleggen functioneren voor hen als plaatselijke achterban.

## **Professionele ondersteuning**

Het RPCP Eindhoven/Kempenland heeft vanaf 1985 gebruik kunnen maken van de ondersteuning van de Stichting Opbouwwerk Eindhoven en vanaf 1989 beschikt het RPCP over een eigen bureau en ondersteuningscapaciteit. Van het begin af is ernaar gestreefd om professionele ondersteuning voor de gebruikersoverleggen te zoeken bij het lokale/regionale opbouwwerk c.q. welzijnswerk. Zo wordt het gebruikersoverleg in de Kempen, Veldhoven, Eindhoven en Heeze/Leende/Maarheeze/Budel door het plaatselijk of regionaal opbouwwerk ondersteund. In de overige subregio's wordt in beperkte mate ondersteuning geboden door het RPCP-bureau.

## **Van overleggroep naar patiëntenbelangenorganisatie**

Het perspectief om als erkende partij bij de gemeentelijke gezondheidszorg-planning betrokken te worden en het in dat kader startende huisartsenvestigingsbeleid heeft er toe geleid dat veel organisaties betrokken zijn geraakt bij de gebruikersoverleggen. Vooral de betrokkenheid van plaatselijke ouderenbonden viel op.

In 1987/1988 verschenen de adviezen van de commissie "Dekker" en de regeringsnota "Verandering verzekerd". Dat leverde voor de meeste gebruikersoverleggen de vraag op: Hoe nu verder?

De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg zou niet ingevoerd worden. Alleen het huisartsenvestigingsbeleid zou tot 1992 een taak van de gemeenten blijven. Een aantal gebruikersoverleggen heeft in die periode een inbreng geleverd in de regionale planvorming met betrekking tot de verpleeghuizen en de verzorgingshuizen.

Tot dan toe werd nog weinig aandacht besteed aan signalering van knelpunten, die patiënten en consumenten uit de eigen subregio ervaren met betrekking tot de gezondheidszorg.

Dit nu bleek steeds meer een werkterrein voor een gebruikersoverleg te kunnen zijn.

De heroriëntatie van gebruikersoverleggen van overleggroep van vertegenwoordigers van plaatselijke organisaties naar een patiëntenbelangengroep is niet altijd zonder problemen verlopen.

De gebruikersoverleggen in Veldhoven, Eindhoven en Best/Oirschot/Son en Breugel kwamen nagenoeg stil te liggen.

In het najaar zal met gebruikmaking van bovenomschreven nieuwe doelstelling geprobeerd worden opnieuw te beginnen.

## De deelnemers

Gebleken is dat een patiëntenbelangengroep een ander type deelnemer vraagt. Het moet iemand zijn, die het belang erkent dat de patiënt/consument zich ook plaatselijk moet laten horen. Iemand, die een confrontatie met hulpverleners en instellingen niet uit de weg gaat. Iemand, die tijd en energie wil steken in het gebruikersoverleg. Het moet iemand zijn die eenvoudige basiswerkzaamheden wil en kan verrichten en weet wat mensen in hun omgeving bezighoudt. Ook zal een gebruikersoverleg moeten beschikken over mensen die het overleg naar buiten kunnen vertegenwoordigen.

In toenemende mate nemen in de gebruikersoverleggen dan ook persoonlijk geïnteresseerde mensen deel. In 1989 en 1990 is met medewerking van plaatselijke opbouwwerkers en bureau-medewerkers van het RPCP een basis gelegd voor gebruikersoverleggen, die zich primair richten op plaatselijke patiënten- en consumentenbelangen. De gemeenschappelijke zaken worden in RPCP-verband aangepakt. Gemeenschappelijk is bijvoorbeeld het streven naar erkenning en subsidiëring door gemeentelijke overheden. Evenals de instelling van een werkgroep die zich bezighoudt met bevordering van alternatieve geneeswijzen in de regio.

## Erkenning door de lokale overheid

Toen de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg eenmaal een gepasseerd station was, hebben veel gemeenten de gezondheidszorg als mogelijk toekomstig beleidsterrein in de ijskast gezet. Voor veel gemeenten is deze ontwikkeling reden om af te zien van erkenning en zeker van financiële ondersteuning van gebruikersoverleggen.

De gebruikersoverleggen zullen door hun activiteiten gericht op hulpverleners, instellingen en lokale overheid erkenning moeten afdwingen.

## Financiering

Het RPCP vindt dat een gebruikersoverleg een organisatie is, die werkt voor de burgers van een betreffende gemeente. De kosten zouden dan ook door die burgers gedragen moeten worden bijvoorbeeld door een contributie. Gewoon contributie heffen (zoals in een vereniging) kan natuurlijk niet.

Daarom wordt aan de gemeenteraden gevraagd een bepaald bedrag per inwoner bij te dragen. In ambtelijke termen heet dit "subsidie aanvragen".

De geschetste ontwikkelingen met de WVG was voor vele plaatselijke overheden aanleiding om niet op subsidieverzoeken voor gebruikersoverleggen in te gaan.

Argumenten: het is geen taak meer voor de lokale overheid, er is een regionaal platform (RPCP), dat rijks-subsidie krijgt, de noodzaak van het bestaan is twijfelachtig.

Met deze argumenten werd dan ook in 1989 een subsidie-aanvraag van het gebruikersoverleg De Kempen door zes van de negen gemeenten afgewezen. Dit ondanks een gericht lobby van leden van het gebruikersoverleg naar wethouders en raadsleden.

Het bleek dat de ondersteuning door een opbouwwerker een van de belangrijkste struikelblokken vormde. Met het beperkte budget zijn in 1990 een beperkt aantal uren opbouwwerk "ingekocht" door dit gebruikersoverleg.

Eén van de betrokken gemeenten vroeg advies aan de Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst Geldrop/Valkenswaard.

In de subsidieaanvraag was n.l. gerefereerd aan de toekomstige gemeentelijke taken als gevolg van de Wet op de Collectieve Preventie. Het advies van de GGD was negatief,

maar men kondigde aan dat de GGD een nadere advisering zou uitwerken. Dit negatieve advies werd ongevraagd toegestuurd aan alle gemeenten in de regio.

Over deze handelwijze heeft een gesprek met de directeur van de GGD plaatsgevonden. In dat gesprek zijn afspraken gemaakt over de inbreng van de gebruikersoverleggen en het RPCP in het uit te brengen advies. Aangekondigd werd dat de meeste gebruikersoverleggen in 1990 een subsidieaanvraag zouden indienen. In de loop van 1990 hebben twee gesprekken plaatsgevonden ter voorbereiding van het ambtelijk advies.

Sinds enkele jaren kent de GGD een door de gemeenten geaccepteerd beleid op het gebied van ondersteuning van activiteiten, gericht op "informele zorg". Hieronder wordt verstaan het bieden van ondersteuning en het bieden van faciliteiten aan zelfhulpgroepen en zelfhulpactiviteiten van patiëntenorganisaties. Activiteiten op het gebied van belangbehartiging en participatie van gebruikers van zorg worden in de adviesnota als indirecte vorm van verbetering van de zorgverlening omschreven. Aansluitend hierop stelt het GGD-advies voor om de activiteiten van gebruikersoverleggen experimenteel voor een periode van drie jaar te subsidiëren. De als noodzakelijk erkende professionele ondersteuning dient echter in deze periode van drie jaar van 4 uur per week afgebouwd te worden tot 2 uur per week, hetgeen overigens in overeenstemming was met de visie van de gebruikersoverleggen hierop.

Het ambtelijk advies is op het ogenblik in behandeling bij het Samenwerkingverband van de 22 gemeenten in de regio Eindhoven/Kempenland. In een voorbespreking met de betrokken portefeuillehouders gezondheidszorg zijn opnieuw vraag-

tekens geplaatst bij de noodzaak van professionele ondersteuning en waarom deze niet geboden kan worden door het RPCP.

Het patiëntenplatform wordt immers door WVC gesubsidieerd voor de taak patiëntenorganisaties te ondersteunen.

De inmiddels in de staatscourant gepubliceerde stimuleringsregeling voor regionale patiëntenplatforms was bekend. Het RPCP heeft hierop zijn werkplan 1991 besproken met een delegatie van het Samenwerkingsverband. Hierbij is in ieder geval duidelijk geworden dat het RPCP niet verder kan gaan dan coördinerende en voorwaardenscheppende taken ten behoeve van gebruikersoverleggen. Het valt niet te verwachten dat het Samenwerkingsorgaan met een eenstemmig advies naar de gemeenten zal gaan. Dat betekent dat de gebruikersoverleggen opnieuw een lobby moeten onderneemen naar de verantwoordelijke wethouders en de gemeenteraden. Een spannend najaar dus.

Het is bedroevend te moeten constateren dat veel tijd en energie gestoken moet worden in subsidiekwesties en de daarvoor vereiste lobby.

### **Perspectieven voor gebruikersoverleggen**

De plaatselijke patiëntenbelangenorganisaties (zoals de gebruikersoverleggen), die zich in de regio Eindhoven/Kempenland ontwikkelen, hebben naar mijn opvatting een belangrijke functie. Op korte termijn zal een eerste belangrijke stap gezet worden in het kader van de naderende stelselherziening van de gezondheidszorg. De contracteerplicht met vrijgevestigde beroepen in de gezondheidszorg voor ziekenfondsen wordt begin 1991 opgeheven. Niet alleen het vestigingsbeleid, maar ook de bewaking van de kwaliteit van de verleende zorg zal in handen komen liggen van de ziekenfondsen en de organisaties van hulpverleners. De inbreng hierbij van patiënten- en consumentenorganisaties wordt op landelijk niveau, vooral als het gaat om de kwaliteit

van de verleende zorg, sterk bepleit. Gebruikersoverleggen staan plaatselijk dichtbij de consument en werken regionaal in een regionaal patiëntenplatform samen. Zij zijn voor een regionaal patiëntenplatform een gedegen basis om op het niveau van de regio én plaatselijk het overleg aan te gaan met de ziekenfondsen en de organisaties van beroepsbeoefenaren.

De naderende stelselwijziging legt bij de patiënten- en consumentenorganisaties ook de taak om consumenten voor te lichten. Het is weliswaar nog een geheel onontgonnen terrein, maar gebruikersoverleggen kunnen op dit terrein een belangrijke signalerende rol vervullen bijv. op welke punten is goede consumentenvoorlichting nodig. Bovendien kunnen zij op plaatselijk niveau de uitvoering hiervan mee verzorgen.

Henk Duis, coördinator RPCP Eindhoven/Kempenland, Ten Hagestraat 9a, 5611 EG Eindhoven, tel. 040-454775. ■

## Opbouwwerk en gebruikersoverleggen

**In dit artikel gaat Wil de Kort in op het Gebruikersoverleg Gezondheidszorg Kempenland, een onderdeel van het Regionaal Patiënten Consumenten Platform Eindhoven/Kempenland (RPCP).**

**Het werkgebied van het gebruikersoverleg bestrijkt de gemeenten Westerhoven, Rieethoven, Bergeijk, Luijkgestel, Eersel, Vessem, Hoogeloon, Bladel en Reusel. In deze streek ten zuidwesten van Eindhoven aan de Belgische grens wonen ongeveer**

**60.000 mensen. De opbouwwerkondersteuning aan dit overleg wordt verleend door Wil de Kort, opbouwwerker van de Stichting Samenlevingsopbouw Hoogeloon c.a. Het opbouwwerk is ingehuurd om ondersteunend werk te leveren, maar de mogelijkheden daarvoor zijn nog minimaal. Steun voor lokale gezondheidsinitiatieven van patiënten stuit op nogal wat hindernissen, zoals uit het volgende zal blijken.**

### **De geschiedenis van het overleg**

In 1986 besloot de regering, vooruitlopend op de invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG), om in drie regio's in het land met de invoering te experimenteren voor een periode van drie jaar. Eén van die regio's was de regio Eindhoven/Kempenland en één van de uitgangspunten van de WVG was de betrokkenheid van de inwoners bij de gezondheidszorg in hun plaats of regio.

Probleem was alleen dat er geen organisatie was die de inbreng van de gebruikers, zeker op plaatselijk of regionaal niveau, naar voren kon brengen.

Daarnaast besloot de regering dat de gebruikers ook zitting dienden te hebben in de Vestigingcommissie Huisartsen. Deze commissie adviseert de gemeentebesturen bij de invulling van vacante huisartsenplaatsen in hun gemeente. Op initiatief van het Regionaal Patiënten Consumenten Platform Eindhoven/Kempenerland kwamen een aantal ouderensorganisaties, patiëntengroepen (voor zover in de Kempen actief) en het opbouwwerk (slechts één instelling in de Kempen) bij elkaar. Samen besloten zij die gevraagde inbreng in de Kempen wel te willen leveren. Deze inbreng werd ook als zodanig door de samenwerkende gemeenten erkend. In deze beginfase nam vooral het opbouwwerk het initiatief.

Toen in Den Haag besloten werd niet over te gaan tot invoering van de WVG, maar de zegeningen van het plan Dekker af te wachten, ontstond een nieuwe situatie. De deelnemers aan het overleg besloten echter door te gaan vooral omdat zij van mening waren dat de inbreng van de gebruikers in de gezondheidszorg versterkt moest worden.

De organisatie van de gezondheidszorg blinkt niet uit door overzichtelijkheid. Naast de overheden heb je talrijke producenten van gezondheidszorg, de financiers en de consumenten van de zorg. Iedereen heeft zo zijn eigen belangen en eigen opvattingen over de andere partijen in het geheel. Alle partijen, behalve de consumenten, zijn goed georganiseerd, voorzien van deskundigheid en hebben financiële middelen.

In deze tijd van toenemende concurrentie en belang van goede beeldvorming doen partijen van tijd tot tijd pogingen om de gebruiker in hun

kamp te krijgen. Hoewel daaraan soms aantrekkelijke kanten zitten, is het van belang om bij het organiseren en versterken van de positie van de gebruiker uit te blijven gaan van de zelfstandige positie die de gebruiker als consument van gezondheidszorg inneemt.

### Eigen vragen en ervaringen bepalend

Als het overleg zich met een bepaald onderwerp bezighoudt gaat het meestal als volgt te werk: men vraagt iemand van de betreffende organisatie op een van de maandelijks vergaderingen iets over het onderwerp te komen vertellen. Dit om juiste informatie uit de eerste hand te krijgen en allerlei mogelijke misverstanden te voorkomen.

Daarna volgt meestal een gedachtenwisseling met de leden van het gebruikersoverleg, waarin veelal praktische tips naar voren komen. Soms stelt het overleg een werkgroep in die de gang van zaken verder volgt en eventueel activiteiten verder begeleidt, b.v. op het gebied van het informeren van de achterban. Het overleg wil een goede uitwisseling van informatie tot stand brengen en meedenken bij het scheppen van een goede voorziening.

Het belangrijkste kenmerk van deze werkwijze is de zogenaamde "botum up" benadering. Dat wil zeggen dat men bij het bepalen van de punten waaraan men iets wil gaan doen altijd uitgaat van de eigen vragen en ervaringen van de deelnemers. In de afgelopen jaren zijn diverse onderwerpen aan de orde geweest. Bijvoorbeeld de weekendienst van huisartsen, de medicijnenverstrekking, de toegankelijkheid van openbare gebouwen, het openbaar vervoer naar het St. Josephziekenhuis, vertegenwoordigingen in de beroepscommissie van het Algemeen Maatschappelijk Werk, de Vestigingscommissie Huisartsen en het bestuur van het Regionaal Consumenten Patiënten Platform Eindhoven/Kempenland, de thuisdienst

voor gehandicapten van de PTT en de samenwerking van de huisartsen in Reusel en Bladel.

Kenmerkend voor het Gebruikersoverleg Gezondheidszorg Kempenland is, dat de deelnemers in eerste instantie aangesproken worden op hun persoonlijke interesse om deel te nemen. Men vertegenwoordigt dus geen organisatie of instelling in het overleg. Het hebben van contacten in de dorpen van het werkgebied wordt wel bijzonder op prijs gesteld. Maar de motivatie om deel te nemen wordt belangrijker geacht dan de vertegenwoordiging.

### De rol van het opbouwwerk

Het ondersteunen van gebruikersinitiatieven in de gezondheidszorg is volgens Wil de Korte geen bijzondere vorm van opbouwwerk. Ook hier komt het aan op het ondersteunen van zelfstandige groepen burgers, die veranderingen willen in een gedeelte van hun leefomgeving. In dit geval het omgaan met de gezondheidszorg. Op dit terrein adviseer je een groep mensen bij het ontwikkelen van hun organisatie en help je hen bij het overwinnen van allerlei problemen die zich daarbij voordoen.

De taken van de opbouwwerker zijn (gezien het beperkte aantal uren op jaarbasis dat betaald kan worden; ongeveer 40) de volgende:

- ondersteunen van de coördinatiegroep van het overleg bij de voorbereiding van de werkbijeenkomsten van de grote groep, waarbij vooral aandacht wordt besteed aan de positie van het overleg en de bewaking van de doelstelling;
- fungeren als vraagbaak en steunpunt voor de voorzitter van het overleg;
- inbrengen van kennis over het bestuurlijke en sociale netwerk in de Kempen;
- bijwonen van overlegvormen wanneer de leden van de coördinatiegroep hebben aangeven dat



de ondersteunende rol van de opbouwwerker gewenst is. Bijvoorbeeld gesprekken met huisartsen over hun manier van (niet) samenwerken;

- het geven van praktische ondersteuning in de vorm van zorgen voor vergaderruimte, verzenden van verslagen enz.

### Motiverende en demotiverende ontwikkelingen.

Er is een behoorlijk grote groep mensen bereid om op geheel vrijwillige basis te proberen een positie op te bouwen in het voor buitenstaanders ondoorzichtige veld van de gezondheidszorg.

Een andere positieve ontwikkeling is dat "producenten van zorg" vaker bereid zijn te luisteren naar de opmerkingen van gebruikers. Wat echter bijzonder demotiverend werkt is de houding van de overheid. In allerlei landelijke nota's kun je de stelling lezen dat de inbreng en de positie van de gebruikers van gezondheidszorgvoorzieningen versterkt moet worden. Als het echter aankomt op het verstrekken van instrumenten (deskundigheid en middelen) om een zo gelijkwaardig mogelijke positie op plaatselijke niveau op te bouwen, geeft de overheid in het algemeen niet thuis. Zes van de negen gemeenten in het werkgebied zijn niet bereid gelden ter beschikking te stellen (in totaal zou het gaan om f. 10.000,-). Het rijk, het RPCP, of een basisgezondheidsdienst moet maar voor de middelen zorgen. Daarom kun je als werker geen continuïteit in de ondersteuning bieden en daardoor is het ook niet mogelijk om met name de maatschappelijke positie van het overleg goed te vestigen. De overheden schijnen niet te beseffen dat ze door deze aanpak een wel erg groot (en soms te groot) beroep doen op de motivatie en het uithoudingsvermogen van mensen. Mensen die gemotiveerd zijn om iets te doen aan de positie van gebruikers in de gezondheidszorg, putten hun inspiratie niet uit het voortdurende gevecht om subsidies.

Het is duidelijk dat er voldoende bewoners te vinden zijn die, mits er voldoende ondersteuning in de startfase gegeven kan worden, bereid zijn zich in te zetten voor een kwalitatief goede en georganiseerd inbreng van gebruikers in de gezondheidszorg. Het opbouwwerk heeft de kwaliteiten in huis om de gevraagde ondersteuning te verlenen.

*Wil de Kort, Stichting Samenlevingsopbouw Hoogeloorn c.a., Alexanderhol 7, 5527 EH Hapert, tel. 04977-83682.*

Op vier plaatsen in het land wordt gewerkt aan de ontwikkeling, verbetering en vernieuwing van de methode opbouwwerken behoeve van beroepskrachten en vrijwilligers die samen met de bevolking naar een duurzame oplossing van maatschappelijke problemen streven. De werkplaatsen (WESON, WONN, WOZH en WOZON) geven vanuit hun eigen regio aan deze landelijke ontwikkeling gestalte door middel van onderzoek, advisering, scholing, projectontwikkeling en publicaties.

## Buurtbeheer

Eind september en eind oktober 1990 organiseerde het Werkcentrum Opbouwwerk Zuid-Holland een studiemiddag over de rol en de positie van het opbouwwerk in buurtbeheerprojecten. Aan deze twee middagen namen ruim 50 opbouwwerk(st)ers en enkele begeleidingsfunctionarissen deel. Een gedeelte van de middag werd door het WOZH gevuld met een inleiding op het thema. Binnen een tweede onderdeel informeerden de

deelnemers elkaar over hun eigen ervaringen in buurtbeheerprojecten in de stad en op het platteland. In het afsluitende gedeelte werd nader gediscussieerd over een aantal gemeenschappelijke items, waaronder:

- de organisatie van buurtbeheerprojecten;
- de betrokkenheid van bewoners bij deze projecten voor wat betreft de organisatie en de uitvoering van buurtbeheeractiviteiten;
- de relatie tussen buurtbeheer en werkgelegenheid waarbij o.a. aandacht voor het beleid voor sociale vernieuwing (banenpools).

*Een verslag van deze studiemiddag is op te vragen bij het WOZH, Singel 272, 3311 HK Dordrecht, tel. 078-141443/131595. De kosten zijn f. 12,- incl. verzendkosten.*

## Bulletin sociale veiligheid

Tweede nummer: half november is het tweede nummer van het bulletin "Sociale veiligheid" verschenen; een uitgave van het Werkcentrum Opbouwwerk Zuid-Holland. In dit nummer twee onderwerpen: hoe houd je de aandacht voor sociale veiligheid blijvend vast binnen buurtbeheer? En welke argumenten zijn belangrijk bij de keuze voor een vrouwen- dan wel gemengde groep bij het starten van een cursus/werkgroep sociale veiligheid? Verder de vaste rubrieken met onder andere recensies, berichten over acties, aankondigingen en andere informatie over sociale veiligheid.

*Losse nummers kosten f. 4,50 per stuk en zijn telefonisch of schriftelijk te bestellen bij het WOZH, Singel 272, 3311 HK Dordrecht, tel. 078-141443.*

# Uitkomsten NBO-enquete

**De de Nederlandse Beroepsorganisatie van Opbouwwerkers (NBO), is druk in de weer met het (opnieuw) opbouwen van een perspectiefvol bestaan. Om de beroepsgroep van dienst te kunnen zijn, is het belangrijk om te weten wat er leeft onder opbouwwerkend Nederland. Daarvoor is een beknopt marktonderzoek gehouden. De resultaten volgen hieronder.**

## Respondentgegevens

Het onderzoek is afgelopen zomer uitgevoerd door Broekman & Partners te Hoorn. Op basis van bestaande adreslijsten werd een zo representatief mogelijke steekproef samengesteld. Belangrijkste criteria in de selectie waren landelijke spreiding en gemeentegrootte. Per instelling (86) werd één persoon onderzocht. De respons bedroeg 84 % (72). De man/vrouw-verhouding in de steekproef bedroeg 73 % versus 27 %. De grootste leeftijdscategorie is die van 30 tot en met 39 jaar (44 %), dan volgt die van 40 tot en met 49 jaar (35 %). De aanwezigheid van jonge collega's is mager (11 % in de categorie 26 tot en met 29 jaar). De grootste groep van opbouwwerkers (en mensen die 'opbouw'-achtige taken verrichten) is slechts kort werkzaam als zodanig: 36 %, 1 tot en met 5 jaar.

Het merendeel (circa 83 %) heeft het diploma Sociale Academie, 90 % hiervan heeft ook een vervolgopleiding gedaan. De meerderheid van de respondenten is ontevreden over de wijze waarop de werkgever functioneert. De kritiek op de werkgever spitst zich toe op het gevoerde personeelsbeleid en het functioneren van het bestuur van de instelling.

## Bondskwesties

Driekwart van de respondenten is lid van de Abva/Kabo. Ongeveer tweederde van deze groep heeft kritiek op de wijze waarop deze vakbond met hun belangen omspringt. Volgens deze respondenten staat de vakbond te ver van haar leden af. De beroepsgroep Opbouwwerk komt te vaak in het verdomhoekje terecht, met name bij CAO-onderhandelingen. Ook de begeleiding van de individuele werker bij fusie- en reorganisatieproblematiek is onvoldoende. Ander kritiekpunt is dat de bond te bureaucratisch zou zijn.

Van de respondenten was 43 % (nog) niet bekend met het bestaan van het NBO. De overigen hebben er wel eens van gehoord maar zijn om uiteenlopende redenen geen lid geworden.

Zaken waar respondenten behoefte aan hebben en die op het beleidsterrein van de NBO kunnen liggen zijn bijscholing, contact met collega's, inhoudelijk advies van ervaren collega's en conflictbemiddeling met derden en binnen de organisatie. Deskundigheidsbevordering heeft een hoge beleidsprioriteit bij de respondenten.

## Reactie

Een reactie op het onderzoek van de heer de Graauw, bestuurslid van de NBO: "Mijn eerste indruk is dat er duidelijk behoefte is aan een organisatie als de NBO. Volgens de enquête is meer dan de helft van de beroepsgenoten ontevreden is over het werk en de arbeidsvoorwaarden. Ik ben daarvan geschrokken. Daar aan moet iets gebeuren.

De NBO zal zich in ieder geval richten tot de werkgevers- en werknemersorganisaties in onze branche. Ik ben benieuwd hoe zij tegen deze uitkomst aankijken. Het is ook om een andere reden van belang deze organisaties te benaderen. Net als in '87, is het opbouwwerk in het voorstel voor een nieuwe CAO opnieuw een weggeschreven fenomeen. Het is werkelijk om moedeloos van te worden. Werkgevers- en werknemersorganisaties schijnen maar niet te beseffen dat kennis en kunde op het gebied van samenlevingsopbouw geld kost. Als gesubsidieerde instellingen niet meer kunnen voorzien in die behoefte, zal veel vraag 'weglekken' naar commercieel opererende instellingen. Dat is een bepaald ongewenste ontwikkeling. Ik vind het ook heel opvallend hoe groot de behoefte is aan bijscholing en deskundigheidsbevordering. De NBO zal naar aanleiding hiervan met initiatieven komen.

De NBO wil ook aan de slag met een ander gegeven uit het onderzoek. Naar mijn mening laat het duidelijk zien dat er een behoefte is aan 'consultatie'. Dit is een vorm van ondersteuning waarbij een opbouwwerker buiten de setting van het eigen werk van gedachten kan wisselen met een ervaren collega over de vragen en problemen die verband houden met het werk. Bij andere beroepsgroepen is consultatie heel gewoon. Bij ons moet dat ook zo worden. Soms is opbouwwerk een erg eenzaam vak. Aan NBO-leden kan jaarlijks of mogelijk tweemaal een dergelijk gesprek worden aangeboden. We gaan het nog verder uitwerken. Het is in elk geval de bedoeling om het initiatief op onze conferentie in maart te presenteren."

# Supervoorzitter



"Hartelijk welkom dames en heren op deze eerste inhoudelijke vergadering van de N.B.O.H.: de Nederlandse Bond van Orde-Handhavers, of wel de bond van voorzitters uit het ons zo dierbare welzijnswezen," sprak de heer Bul uit de Bomme-lerwaard.

"Onderzoek naar ons bestaan en de bemoedigende woorden van ons zelf die wij in M.O. mochten teruglezen, hebben ons tot deze bond van O.H.-ers gebracht en u hebt mij geplaatst in de rol van supervoorzitter." Hij wachtte en zei toen met de bedoeling om leuk te zijn: "Bul-superdus, maar dan wel – althans voor de kenners van Tom Poes – ge(p)reclasseerd. Op de agenda staan vijf onderwerpen:

1. De vraag van de N.B.O. naar onze plannen voor de professionaliteitsbevordering.
2. Het participatievraagstuk in relatie tot welzijn en werk.
3. Bijdragen van buitenlands beleid, kortom Europees partnership.
4. De sociale vernieuwing enne... eh, oh, ja!
5. De ontwikkelingen in de onkostenvergoedingen."

Deze agenda was o.k., want ze hadden zelf punten mogen aandragen en weinigen hadden hun huiswerk gedaan. Bul vervolgde met: "Ik stel voor de brainstorming over punt 1. te doen onder het motto: In kleinigheid als atoomsplijtsing zijn we sterk, maar wie is er goed met zijn ongeorganiseerd personeel? Wie wenst het woord? ... "Ja, Piet de Kwaadsteniet, Zeg het maar!"

"Voorzitter kunnen we dit punt niet verdagen? Er schijnt een onderzoek te lopen in opdracht van het N.B.O. over hoe het staat met de organisatiegraad e.d. van opbouwwerkers. Kunnen we daar niet beter op wachten en aan de hand van een stuk vergaderen?"

"Voorzitter...!" "Ja, mevrouw eh..."

"Voorzitter ik ben echt geïnteresseerd in professionaliteit en methodiekbeoefening."

"Oh, als het daar over gaat kunnen we kort zijn," aldus Connie A.L. Langvrouw; professionaliteit is hier het beschikken over een vaardigheid om aan het beroep eigen, enigszins gestandaardiseerde handelingen, op bewaarde wijze, met inzicht en efficiency in de praktijk te brengen en daar beroepsidentiteit en reputatie aan te ontleunen."

"Maar is professionaliteit en methodiek dan niet hetzelfde?" waagt Bul op te merken.

"Dat weet ik nog zo niet, want methodiek is vakkennis die de schijn moet wekken dat onze mensen niet zelf denken," roept Veendorper, "ik zou menen dat professionaliteit inhoudt dat ze wel degelijk zelf denken en daarover ook verantwoording afleggen."

"Nou," zegt Bull, "ik stel voor toch eerst dat onderzoek maar af te wachten."

"Dat mag van mij," reageert Zorgdrager, "maar er is een puntje waar ik het nog even over wil hebben en dat is die inzet. Het ziekteverzuim is graadmeter voor de vitaliteit van niet alleen onze bedrijfstak. Ik weet dat onze mensen en met name de opbouwwerkers vaak tot in de nacht moeten werken en dan kan ik me voorstellen dat men zich makkelijk ziek meldt. Dus lukt me een hogere score dan gemiddeld voor de hand liggen. Mag ik eens vragen, is hierover iets bekend?"

"Schampers uit Stampersgat is de naam, nogal logisch dat het hoog ligt, want het zijn toch meestal nacht-brakers!" Gelach.

Bul roept: "Heren, heren, oh... sorry dames, de volgende keer eh meer eer. De conclusie is dat wij zelf het goede voorbeeld geven door ons zelf zo massaal te organiseren. Ik wil nu naar de WAO, ik bedoel over naar Werk en Onwelzijn.

Het gaat hier om participatie als leuk vervolg op een vervelende bezigheid, namelijk werk. Het gaat indirect om burgerschap. Er zijn zo gezien minstens twee vormen van participatie, namelijk democrati-

sche en economische participatie een vondst die Eurobreed aanslaat. O.k.? O, nee... mevrouw Kindsie-Lastig uit Veldhorst:"

"Voorzitter, dit onderwerp vind ik uitermate belangrijk. Immers, het nut van deelname aan het dagelijks leven ontdekken we pas op het moment dat mensen vrij definitief moeten afhaken.

Zo kreeg ik laatst mijn 55-plussige man vrij definitief thuis. Hij had gestreden tegen het verlies van honderd banen bij Philips, kreeg toch ontslag en mikte op de klussenbus met subsidie; goed voor wel 3 arbeidsplaatsen. Maar hij verloor. Te weinig scholing als ondernemer. Zegt ie tegen me – ja, het leek Schultz wel – als ik verlies volk ik me ellendig en hoe het is om te winnen, zelf van jou, heb ik nog nooit mogen beleven! Ja, lacht u maar. Het is om te huilen. Nou gaat ie weer naar school. Daar leren ze hem – voor zijn middenstand – rekenen. Alleen zeggen ze er niet bij op wie." "Het opbouwwerk heeft hier een taak," zegt Bul. "Immers opbouwwerk is je geduld verliezen en het rustig weer opzoeken."

De N.B.O.H. zou de volgende keer deze draad weer opnemen. Helaas kwam men ook niet toe aan Bul's reisverslag over de conferentie in Berlijn. Nu kon er nog slechts kort over de sociale vernieuwing worden gesproken als "de manier om bestuurders zo gek te krijgen dat ze zich als gewone mensen gaan gedragen door er mee op te houden. Zeker als je maar 44 cent of de prijs voor een overvolle trein met korting mag declareren."

Buiten snoeft Bul tegen De Groot uit Havendam: "Wij hebben wel drie sociale vernieuwingsprojecten en dat zonder convenant." "Wel," zegt de Groot "als ik 's morgens ga rijden langs al onze projecten, dan ben ik 's avonds nog niet thuis." "Weet ik van," zegt Bul, "zo'n auto heb ik ook gehad!"

Cees de Wit

# Pleidooi voor samenwerking

OW meets GVO. Oftewel Opbouwwerk ontmoet Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding. Op 8 november vond in het Maaspaviljoen te Maastricht een congres plaats onder de noemer "lokale gezondheidsinitiatieven". Doel van het congres was gezondheidsvoorlichters en welzijnswerkers (met name opbouwwerkers) kennis te laten maken met elkaars uitgangspunten. De ontmoeting moest een "vruchtbare kruisbestuiving" opleveren: enerzijds kunnen gezondheidsvoorlichters veel leren van ervaringen die door opbouwwerkers zijn opgedaan in de traditie van "community organization". Anderzijds blijkt dat welzijnswerkers steeds vaker worden geconfronteerd met het bevorderen van gezondheid.

De ruim tweehonderd deelnemers aan het congres kregen na het openingswoord van professor Gerjo Kok (vakgroep GVO van de Rijksuniversiteit Limburg) door inleidingen van Lineke Jonkers-Kuiper (NIZW) en Kees Stuurup (WOZON) een overzicht van de bijdrage die gezondheidsvoorlichting, respectievelijk opbouwwerk, kan leveren aan een meer "van onderop" georganiseerde gezondheidbevordering. Zij concludeerden dat lokaal coalities tussen opbouwwerk en GVO tot stand moeten komen, gericht op het creëren van een draagvlak voor actieve bevolkingsparticipatie bij gezondheidsinitiatieven.



Mariet Paes en Netty Vorstenbosch  
(foto: Simone Seelen)



Kees Stuurup (foto: Simone Seelen)



Carla van Ratingen  
(GVO/Kruisvereniging  
Zeeland), Gerjo Kok (vak-  
groep GVO, RL), Moniek  
Mol (WOZH) (foto: Simone  
Seelen)

Deze algemene inleidingen werden gevolgd door presentaties over een aantal praktijkvoorbeelden. Mariet Paes en Netty Vorstenbosch schetsten de ontwikkeling van het buurtgezondheidsnetwerk gebaseerd op samenwerking van professionals en buurtbewoners in Den Bosch-Oost. Toine Gribling (GVO-GGD Eindhoven) vertelde over het project "kinderen in een gezonde buurt" gericht op participatie van kinderen bij acties voor een gezonde leefomgeving. Professor Kok presenteerde de evaluatie van een kleinschalig voorlichtingsproject in de Maastrichtse wijk "Blauwdorp" waarbij succesvol gebruik is gemaakt van een "sociale netwerk benadering". Sleutelfiguren uit de wijk waren actief betrokken bij het geven van voorlichting. Monique Geraerts-Stoop besprak de opzet van De Waterheuvel in Amsterdam. Een eigen initiatief van psychiatrische patiënten. In een door hun zelf beheerd "clubhuis" wordt gewerkt aan rehabilitatie van de (ex)-patiënten.

Tijdens het middagedeelte van het congres discussieerden de aanwezigen in drie parallelsessies over een casus, het project "Gezond Bergeyk". In de deze gemeente wordt via een door de vakgroep GVO (RL) ontwikkeld model de plaatselijke bevolking betrokken bij acties voor een gezonde leefwijze, niet roken, gezond eten etc. Kernvragen in de discussie waren: hoe kun je de bevolking zo vroeg mogelijk betrekken bij dit soort activiteiten. Hoe voorkom je dat het toch "opvoeding van boven" is in plaats van dialoog en samenwerking tussen professionals en bevolking. En hoe zorg je ook op langere termijn voor "implementatie" van een lokaal beleid gericht op een "gezonde leefwijze".

Al met al werd het congres door de meeste bezoekers inderdaad ervaren als een "vruchtbare kruisbestuiving" tussen OW en GVO. ■