

# Het Samenlevingsplein

W^m Sociale vernieuwing en ontwikkelingen  
op maatschappelijk en cultureel terrein



Mededelingen  
Opbouwwerk

10e jaargang  
nummer 90

december '91  
januari '92



# Het Samenlevingsplein

Sociale vernieuwing en de ontwikkelingen  
op maatschappelijk en cultureel terrein



## Colofon

### Uitgave:

Landelijk Platform Opbouwwerk  
Prinsegracht 51  
2512 EX Den Haag  
telefoon: 070-3804431

Januari 1992

### Redactie:

Mededelingen Opbouwwerk en  
Consulentschap Samenlevings-  
opbouw, Den Haag; Kees Stuurup  
(thema gezondheid),  
WOZON, Sittard;

### Tekstredactie:

Vandelaar Tekstbewerking,  
Amsterdam;

### Basislayout en omslag:

ontwerpbureau Amsterdam;

### Tekeningen:

Lex van de Oudeweetering,  
Amersfoort;

### Schema:

John Struiken, Platform  
Opbouwwerk;

### Zetwerk, opmaak en druk:

Stimio bv, Meteren

ISSN: 0168-06SX

ISBN: 90-738 37-03-0

Prijs: f 14.50

De drie cirkels van de sociale  
vernieuwing thematisch door de  
bril van het opbouwwerk  
à f 14,50

### *Het Samenlevingsgebouw,*

Sociale vernieuwing en de kwali-  
teit van de woonomgeving

### *De Samenlevingsfabriek,*

Sociale vernieuwing en de kwali-  
teit van de arbeids-toeleiding)

### *Het Samenlevingsplein,*

Sociale vernieuwing en ontwikke-  
lingen op maatschappelijk en cul-  
tureel terrein

## Inhoud

<b>Ten geleide</b>	4
Fenny Gerrits: <b>Wat niet bij wet verboden is, kan!</b>	5
Kees Stuurop: <b>Overboord of binnenboord?</b>	8
<b>Zorginnovatie is meer dan een modewoord</b>	10
Doortje Kal: <b>Opbouwwerk - schakel tussen psychiatrie en samenleving</b>	14
Willem Vroege: <b>Sociale vernieuwing is meer dan pleisters plakken</b>	21
Gerald van Wilgen: <b>Grootste integratie-project "Ik weet niet of het lukt"</b>	24
Kees Stuurop: <b>Zeven cirkels voor een sociaal vernieuwend lokaal gezondheidsbeleid</b>	29
Carel Pacilly: <b>Zonder emancipatie weinig ouderen in tel</b>	33
Alard Govers en André Walraven: <b>Lokale ouderenzorg op maat</b>	38
Moniek Mol: <b>Het Moedercentrum, perspectief voor buurtvrouwen?</b>	42
Alida Smeekes: <b>Kat en muis</b>	44
Lud Overkamp: <b>Naar een (plaatselijk) integraal jeugdbeleid</b>	50

## Ten Geleide

Na 'het Samenlevingsgebouw' en 'de Samenlevingsfabriek' ligt nu 'het Samenlevingsplein' voor u: drie specials van Mededelingen Opbouwwerk, die in 1991 werden gemaakt om de lezer extra te informeren omtrent ontwikkelingen, richtingen en wetenswaardigheden die er spelen in de drie 'cirkels' van Sociale Vernieuwing.

Deze special over Ontwikkelingen op maatschappelijk en cultureel terrein opent met een interview van Fenny Gerrits met Tineke van de Klinkenberg. Laatstgenoemde was voorzitter van de werkgroep Zorg van de Interbestuurlijke Projectgroep Sociale Vernieuwing. Zij zet een algemene lijn uit met betrekking tot de taakverdeling van overheden, instellingen en burgers. De zorgsector staat voor de keuze tussen 'care' en 'cure', wat voor haar neerkomt op de keuze tussen 'preventie' of 'genezing'.

Deze keuze loopt parallel aan de keuzes die elders op maatschappelijk en cultureel terrein, maar ook in de twee andere cirkels van de Sociale Vernieuwing (wonen en werken) moeten worden gemaakt. Men kan het hele proces van Sociale Vernieuwing karakteriseren als een aansporing richting burgers en voorzieningen om tot grotere onafhankelijkheid ten opzichte van elkaar te komen.

Gezondheid vormt een vanzelfsprekend element van de derde cirkel van Sociale Vernieuwing. De artikelen over dit onderwerp in deze editie, waaronder een interview met staatssecretaris Simons, staan onder redactie van MO-redactiefid Kees Stuurup. Zie zijn inleiding Gezondheid en sociale vernieuwing. Overboord of binnenboord? (pagina 8).

Emancipatie van specifieke groepen - zoals (ex-)psychiatrische patiënten er ook een vormen - is een ander belangrijk thema. Carel Pacilly geeft in zijn artikel 'Zonder emancipatie weinig ouderen in tel' aan hoe de positie van ouderen kan verbeteren, opdat ook zij een optimale keuzevrijheid kunnen bereiken. Het artikel 'Ouderenzorg op maat', door André Walraven en Alard Govers, beschrijft een op de praktijk toegesneden aanpak van het probleem.

De achterstanden die vrouwen op een onbillijke wijze belemmeren, om zich ook (net als de rest van Nederland) als individu te ontplooiën, maken de door Moniek Mol behandelde thematiek, het op Duits voorbeeld geïnspireerde Moedercentrum tot een interessante optie voor vrouwen. Hierbij is als kader een bijdrage van Alida Smeekes opgenomen die haar hart lucht over de spanning tussen de formele en informele zorgverlening. Het gaat hier over de spanning die maakt dat vrouwen (tegen wil en dank) door gebrek aan keuzemogelijkheden met essentiële zorgtaken worden opgezadeld. De maatschappelijke beloning voor die inspanningen zijn ver te zoeken: zorgende vrouwen worden door arbeidsmarktdeskundigen als 'inactief' bestempeld.

Tot slot een bijdrage van Lud Overkamp getiteld Naar een (plaatselijk) integraal jeugdbeleid over mogelijkheden tot bundeling en richtinggeven van al de activiteiten die een rol spelen in het leven van jeugdigen, naar een (iets) probleemlozer volwassenheid.

De Interbestuurlijke Projectgroep Sociale Vernieuwing is inmiddels opgeheven. Er ligt een voorstel bij de kamer over de wijze waarop de voortgang van het zo enthousiast ingezette proces moet worden bewaakt. In MO kunt u hierover ook in 1992 de nodige informatie verwachten.

Hieronder volgt een interview met de voorzitter van de werkgroep **Zorg van de onlangs opgeheven Interbestuurlijke Projectgroep Sociale Vernieuwing (IPSV)**, Tineke van de Klinkenberg. Ooit begonnen als beleidsmedewerkster bij de Raad voor Maatschappelijk Werk, via enige jaren wethouderschap (CPN), later directeur van een instelling die hulp bood aan onbehuisden, allemaal in Amsterdam. Als directeur onvrijwillig afgetreden, naar aanleiding van een 'schandaaltje' zoals ze het zelf noemt, uiteindelijk bij de 'bende van Schaefer' beland.

## Wat niet bij wet verboden is, kan!

Fenny Gerrits

"En toen werd ik hier voor gevraagd, ervaring met gemeentelijke politiek weegt zwaar voor deze baan," aldus Tineke. Dat het contact met de gemeenten door die laatste als stimulerend wordt ervaren blijkt wel uit het feit dat de 200 protesterende gemeenten, deze zomer bij de IPSV steun zochten in hun protest tegen de overheidsbezuinigingen. De gemeenten vonden die steun ook. Men kan twifelen aan de overheidsinspanning ten behoeve van Sociale Vernieuwing, aan de inzet van de IPSV valt niet te twifelen. Voor een belangrijk deel is dit te wijten aan de werkwijze van de IPSV. Zij zoekt de gemeenten op en niet andersom.

Al pratend komen er vele voorbeelden van effectiviteit van de IPSV-inspanningen boven tafel: "Ach, toen wij begonnen hadden de gemeenten, bij

wijze van spreken een keurslijf van zesenwintig regelingen met een nietje erdoor, nu is de zaak opengebroken. De gemeenten krijgen meer beleidsvrijheid." Als voorbeeld noemt zij het beleid inzake de fraudecontroleurs van de bijzondere bijstand. Voorheen moest de gemeente 75% van het overheidsgeld besteden aan loonkosten, de rest aan 'overhead'. Per 1 augustus is echter de bijzondere bijstand gedecentraliseerd. Nu is de vrijere besteding van deze gelden mogelijk gemaakt, zodat de gemeente bij de uitvoering van de fraudecontrole het accent naar vermindering van het aantal bijstandsgerechtigden kan verleggen. Bijvoorbeeld via reïntegratie naar betaald werk.

Hiermee hangt samen dat de rapportages van de gemeenten aan het rijk versimpeld zullen worden.



Op dit moment wordt bijvoorbeeld het toezicht op de Algemene Bijstandswet (ABW) verzorgd door accountants, interne controleurs en rijksconsulenten. Drie controles die elkaar gedeeltelijk ook nog eens overlappen: het is wat veel van het goede. De IPSV heeft voorgesteld de rechtmatigheidscontrole op gemeentelijk niveau te brengen. Het rijk moet echter eindverantwoordelijk blijven. De gemeente moet de controle in dat geval laten uitvoeren door een instantie die onafhankelijk is van de sociale dienst. Het hierdoor vrijkomende geld kan dan voor andere doeleinden worden gebruikt.

### **De Interbestuurlijke Projectgroep Sociale Vernieuwing als loket**

De IPSV fungeerde als intermediair tussen gemeenten en rijk. Zij adviseerde de minister over vernieuwing van de wetgeving met betrekking tot het binnenlands bestuur. Daarbij was het van groot belang dat allerlei interdepartementale schotten werden weggebroken. De IPSV heeft die taak goed volbracht ook al is de vernieuwing van Nederland nog niet 'af'. Het is in deze samenhang van belang dat er wel toezicht blijft bestaan op de voortgang van het proces van Sociale Vernieuwing. Bij de afronding van de werkzaamheden heeft de projectgroep geadviseerd een commissie van drie lokaal bestuurders in te stellen die het land in moeten trekken om de benodigde informatie uit het land 'aan te slepen'. Dit wordt noodzakelijk geacht om de gemeentelijke wensen omtrent nieuwe wetgeving in het oog te houden.

De lokale schaal blijkt een goede insteek om behoeften van burgers te peilen en er is geen enkele reden deze werkwijze te beëindigen. Naar analogie van de netwerkvorming op lokaal niveau zoals de IPSV die heeft willen stimuleren, van gemeentelijke en andere instellingen, waarbij één voordeur, of één loket werd bepleit wil de IPSV (in welke vorm dan ook voortgezet) deze functie vervullen ten aanzien van de relatie tussen gemeenten en rijk.

Met betrekking tot de voortgang van het proces van Sociale Vernieuwing werd door Tineke opgemerkt dat het in gemeenten waar opbouwwerk in mindere mate is wegbezuinigd beter loopt dan in gemeenten waar deze voorziening nagenoeg is weggekappt. "Die bezuinigingen op het opbouwwerk zijn niet handig. Zowel territoriaal als categoriaal opbouwwerk kan een belangrijke ondersteuning bieden voor het proces van Sociale Vernieuwing. Zoals bijvoorbeeld in Rotterdam voor de trajectbegeleiding van werklozen het opbouwwerk vrijwel onmisbaar is geworden."

Over het onlangs aan haar aangeboden boek

'Sociale vernieuwing en opbouwwerk' (zie MO, nr. 98): "Dat boek was er zonder ons (de IPSV) ook wel gekomen. Dan had het misschien anders gefunctioneerd. Opbouwwerk kan een nuttige functie vervullen in het proces van sociale vernieuwing, maar dan moeten het wel goede opbouwwerkers zijn. Nou ja, ik bedoel professioneel ingestelde opbouwwerkers."

Het past in de visie van de IPSV om subsidiestromen te bundelen zodat de gemeenten zelf optimaal kunnen bepalen waar ze subsidie aan geven. "Als voorbeeld noem ik de criminaliteitspreventie. Tot nog toe werd dit door het ministerie van Justitie centraal geregeld. Dit werkt dus niet, de subsidievoorwaarden zijn te 'knellend'. Er moet van onderop worden aangegeven hoe de criminaliteitspreventie gestalte moet krijgen. Dit kan de gemeente dus het beste zelf doen." Aan de hand van het werkvoorstel "Zet de potjes op het gemeentelijk vuur!" moet de subsidieproblematiek verder worden omgewerkt en resulteren in meer bestedingsvrijheid voor gemeenten.

Hoe belangrijk het contact met de lokale instellingen wel is blijkt volgens haar wel uit de wederwaardigheden van de Bijlmermeer in Amsterdam. Tineke doet verslag van initiatieven die daar worden ontwikkeld door de Stuurgroep Bijlmermeer. "Van de vele kerken zijn daar vertegenwoordigers bijeen gebracht om het probleem van opvang van nieuwkomers in de wijk te bespreken. Onder de aanwezige kerkelijke organisaties bevonden zich ook een aantal allochtonenkerken. Gezamenlijk heeft men toen afspraken gemaakt omtrent de werving van vrijwilligers die in het voortraject, voordat de professionals in beeld komen, de nieuwkomers op zullen vangen. Het opbouwwerk in de Bijlmermeer werkt enthousiast mee. In de opvang neemt de organisatie van cursussen (o.a. Nederlands) een belangrijke plaats in. Het gaat erom de mensen alvast in aanraking te brengen met de Nederlandse samenleving en hen de weg te wijzen naar allerlei instellingen. Hierbij is het natuurlijk wel van groot belang het voortraject goed af te bakken."

De Stuurgroep constateerde dat de kerken geen banenpools wilden oprichten om de medewerkers in onder te brengen. Men gaf de voorkeur aan georganiseerde vrijwilligers. De belangrijkste motivatie voor de deelnemers om zich hiervoor aan te melden is de training die vooral gaat aan de werkzaamheden. Men krijgt zo de kans allerlei vaardigheden op te doen of verder te ontwikkelen. Dit leidt dan ook weer tot verbetering van de kansen op de arbeidsmarkt. Als je zo'n particuliere instelling, zoals in dit geval de kerk zover krijgt de mensen te mobiliseren werkt dit effi-



ciënt omdat het leidt tot een grote betrokkenheid in de wijk."

### Zorg en sociale vernieuwing

"Je hebt niet zoveel formele wetgeving nodig om iets voor elkaar te krijgen. Ten aanzien van de volksgezondheid wordt allerlei wetgeving ontwikkeld waarin de gemeente geen rol heeft. Het zijn de financiers en de gebruikers die in een samenspel de verhoudingen bepalen. Ik zie het als taak van de IPSV om de rol van de gemeenten te erkennen. De gemeente moet optreden als makelaar tussen consumenten en aanbieders van gezondheidsvoorzieningen. De consumentorganisaties moeten hierin uiteraard een belangrijke rol spelen. Dit leidt dan tot een democratisering van het medische en het zorgcircuit. We zullen samen moeten kiezen tussen 'cure' en 'care'. Waar willen we de prioriteit leggen: bij dat ene apparaat van, zeg maar, 3 miljoen waarmee we in zeldzame gevallen een mensenleven kunnen redden of bij zorg, als ziektepreventie. Dit vergt een zo breed mogelijk opgezet besluitvormingsproces waarbij mensen zelf gaan bepalen wat in hun ogen het zwaarst moet wegen"

Hierbij pleit Tineke ook voor decentralisatie van de bejaardenoorden. "Het is in onze visie, voor de burger, het meest gunstig als het beheer van alle eerstelijnsvoorzieningen naar het gemeentelijk niveau gaan. Daar horen de bejaardenoorden ook bij." Als voorbeeld van (gezondheids)zorg op wijkniveau heeft vooral het project Den Bosch-Oost veel landelijke bekendheid gekregen. Tineke: "We zijn daar wezen kijken. We hebben geconstateerd dat het een prachtig project is dat navolging verdient. Er bestonden enige financieringsproblemen, toen hebben we de verantwoordelijke wethouder opgepoord om te zorgen voor meer geld. Het project past uitstekend in onze visie op gezondheid en zorg in de wijk."

Als ik vraag naar haar definitie van Sociale Vernieuwing, zegt ze: "In het ik-tijdperk gestalte geven aan samenleven, waarbij mensen hun eigen verantwoordelijkheden oppakken. Die afhankelijkheid moet eraf"

Fenny Gerrits is eindredacteur van MO.



"Sociale vernieuwing flakkert nog wel, maar dreigt uit te gaan als een nachtkaars als het kabinet er niet harder aan trekt." "Sociale Vernieuwing is wel te water gelaten, maar vaart nog niet." Met dit soort beeldspraak zijn beschouwingen over anderhalf jaar sociaal vernieuwingsbeleid bezwangerd.

## GEZONDHEID EN SOCIALE VERNIEUWING

# Overboord of binnenboord?

Kees Stuurup

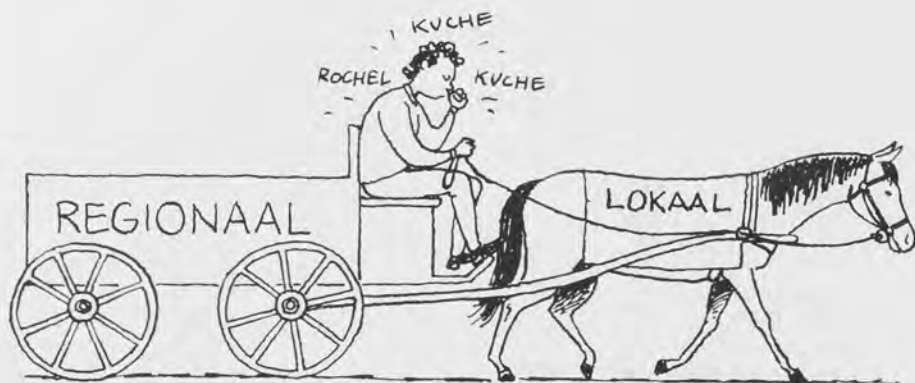
In de derde cirkel van het sociale vernieuwingsbeleid kreeg ook vernieuwing in de gezondheidszorg een plaats aan boord: op het derde benedendek van het sociale vernieuwingsvaartuig? In het hoofdstuk 'Innovaties op sociaal en cultureel terrein'<sup>1</sup> wordt gewezen op de noodzaak van een lokaal gezondheidsbeleid. De koppeling met het Gezonde Stedenbeleid, de behoefte aan lokale gezondheidsbevordering, inclusief bevolkingsparticipatie, worden in de eerste nota Sociale Vernieuwing nog redelijk ruim uitgemeten. Intussen ligt de Voortgangsrapportage 1991 op tafel, waarin gezondheid als sociaal vernieuwingsthema overboord dreigt te kieperen. Is dat zo en hoe komt dat?

Een makkelijke vraag. Het antwoord is moeilijk en niet eenduidig te geven.

### Weerstand tegen lokaal gezondheidsbeleid.

Het ontbreken van een samenhangend verhaal in de rapportage over de vele lokale gezondheidsinitiatieven, die mede door de sociale vernieuwing mogelijk zijn gemaakt, is waarschijnlijk te wijten aan de volgende twee feiten.

Ten eerste Om iets samenhangends in een voortgangsrapportage over de thema's lokaal gezondheidsbeleid, bevolkingsparticipatie en sociale vernieuwing te kunnen beweren, is een helder beoordelingskader en een heldere visie vereist. Dan pas krijgt men het bewegende geheel van lokale innovaties op gezondheidsterrein goed in het vizier. Misschien ontbreekt het daar nog teveel aan. Staatssecretaris Simons somt in het interview in deze MO-special meer lokale gezondheidsinitiatieven op dan in de hele voortgangsrapportage 1991 zijn te vinden.



Een tweede mogelijke oorzaak van deze ommissie is de strijd om de decentralisatie, regionalisatie en financiering van de gezondheidszorg. Sociale vernieuwing betekent onder andere decentralisatie van geld en bevoegdheden en sommigen, ook op ambtelijk en politiek niveau, vinden dat dit voor gezondheidszorg niet moet. Hoewel staatssecretaris Simons hier en daar<sup>2</sup> (en ook in het volgende interview) beweert dat de tegenstelling tussen centraal en lokaal beleid overdreven wordt, speelt deze in de werkelijkheid toch een belemmerende rol voor de ontwikkeling van nieuw lokaal gezondheidsbeleid. De gemeenten hebben via de Wet Collectieve Preventie de taak om nieuw lokaal gezondheidsbevorderend beleid te ontwikkelen. Bovendien krijgen ze in de regeringsnota 'Kwaliteit van Zorg' als lokale overheid ook nog een rol toebedeeld bij de ontwikkeling van zogenaamde 'Regiovisies' over de kwaliteit van de gezondheidszorg. Gezien de beperkte lokale bestuurlijke bevoegdheden, en de macht van financiers en de aanbieders van zorg die in de regio de dienst gaan uitmaken, is het de vraag wat 'lokaal' dan in de regionale melk te brokkelen heeft. Dit dilemma zal de komende tijd aan de orde van de dag zijn. Hoe kunnen de burgers lokaal en regionaal hun invloed kunnen laten gelden, zowel op het gebied van financiering en aanbod van gezondheidszorg, als op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering?

### Goede voorbeelden.

Zou op basis van de voortgangsrapportage te concluderen zijn dat gezondheid buiten boord valt in de vaart van de sociale vernieuwing, de werkelijkheid is gelukkig anders. Wie goed kijkt ziet tal van lokale gezondheidsinitiatieven ontstaan die belangrijke kenmerken van sociale vernieuwing, 'ontkokering', intersectoraal samenwerken en bevolkingsparticipatie, dragen. Initiatieven die er ook voor kunnen zorgen dat achterstand en marginalisering van bepaalde groepen op gezondheidsgebied wordt teruggedrongen. Ook staatssecretaris Simons noemt een aantal van die initiatieven: buurtgericht werken door GGD-en, dagopvangprojecten op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, gezondheidsinformatie voor migranten, projecten kind en een gezonde leefomgeving.

MO presenteert hier, naast een interview met de staatssecretaris, artikelen over drie projecten die de relatie tussen sociale vernieuwing en gezondheid demonstreren. Doortje Kal schrijft over de opzet van een lokaal rehabilitatieproject in Amsterdam, Willem Vroege beschrijft de plannen voor gezondheidsbevordering in Den Haag. Gerald van Wilgen interviewde Ankie Lubbers, projectleider van een zorgvernieuwingsinitiatief in Rotterdam. Het thema gezondheid wordt afgesloten met een artikel van ondergetekende over een concept voor een samenhangend lokaal gezondheidsbevorderend beleid.

Als leitmotiv voor verdere ontwikkeling van een vruchtbare relatie tussen opbouwwerk, gezondheid en sociale vernieuwing kan de uitspraak van staatssecretaris Simons gelden: "Het bevorderen van zelfstandigheid en integratie van mensen in de samenleving heeft op zich een preventief effect op het gebruik van zorgvoorzieningen en kan waarschijnlijk onnodige medicalisering van maatschappelijke problemen voorkomen."

Kees Stuuroop is projectmedewerker lokaal gezondheidsbeleid bij het WOZON.

### Noten

1. Sociale vernieuwing. Opdracht en handreiking. Tweede Kamer, vergaderjaar 1989-1990, 21 455 nr 3, blz 30 ev.)
2. Zie o.a het interview met staatssecretaris Simons in Sociaal Bestek, Tijdschrift voor lokaal beleid en management nr. 11 1991.

De ontwikkelingen in de gezondheid en op andere terreinen van zorg waren voor de redactie van Mededelingen Opbouwwerk aanleiding om staatssecretaris Hans Simons enkele vragen voor te leggen. Aan zijn antwoorden (geschreven in november 1991) is te merken hoe moeizaam de sociale vernieuwing in deze sector van de grond komt. De redactie is van mening dat het opbouwwerk hieraan een zinvolle bijdrage kan leveren.

## Zorginnovatie is meer dan een modewoord

*De indruk bestaat dat het sociale vernieuwingsbeleid zich vooral richt op werk en op de leefomgeving (en vooral op het eerste) en dat de link met (lokaal) gezondheidsbeleid niet uit de verf komt. Niet op centraal overheidsniveau en niet in de lokale samenleving waar de sociale vernieuwing concreet gestalte moet krijgen. Bestaat die indruk bij u ook? Zo niet, zijn er dan eventueel voorbeelden te noemen waaruit het tegendeel blijkt?*

Ik ben niet zo somber gestemd. Naar mijn indruk dringt bij steeds meer mensen het besef door dat iemands gezondheid sterk wordt beïnvloed wordt door zijn of haar werksituatie en leefomgeving.

Nu is de werksituatie in eerste instantie onderwerp van rijksbeleid. Bij de leef-situatie ligt dat toch anders; dat is een zaak die vooral op gemeentelijk niveau zal moeten worden aangepakt. En het is daarbij zeker nog niet zo dat alle plaatselijke bestuurders die relatie tussen leefomgeving en gezondheid bij het nemen van de beslissingen op hun terrein onderkennen. In die zin is het misschien voor de plaatselijke politiek een relatief nieuw onderwerp.



Ik ben daar echter niet pessimistisch over. Laat ik u een voorbeeld geven. Ik denk dat de opzet van het Healthy Cities Project een goed voorbeeld van sociale vernieuwing is. Dat is een project-opzet die in 1988 door de Wereld Gezondheidsorganisatie is geïnitieerd en waarin het streven naar verbetering van de lokale gezondheidssituatie en met name het terugdringen van de sociaal-economische gezondheidsverschillen centraal staat.

Deze projecten richten zich nadrukkelijk op de participatie van de bevolking, op de samenwerking tussen verschillende gemeentelijke en zorgsectoren en uteraard op de politieke betrokkenheid daarbij van het lokale bestuur. Een voorbeeld van zo'n project is het in Rotterdam gestarte project buurtgericht werken in de wijken Feyenoord en het Oude Westen. De GGD heeft daar twee gezondheidswerkers gestationeerd, die als intermediair tussen de wijk en de GGD opereren.

Een ander voorbeeld uit Rotterdam is het onderzoek uit 1990 naar de veiligheid van jonge kinderen. Dat heeft geleid tot extra aandacht van het basisonderwijs voor de leefomgeving. Maar er is bijvoorbeeld ook een project voor allochtonen opgezet, waarbij allochtonen in de eigen taal gezondheidsonderwijs geven. De daarvoor getrainde vrijwilligers zijn daarbij heel belangrijk. En zo'n project leidt ook weer tot samenwerking tussen de organisaties voor welzijn en die voor volksgezondheid.

De inzet van vrijwilligers is toch een belangrijk gegeven. Zo reikt men in Flevoland jaarlijks de "gezonde steden prijs" uit aan groepen vrijwilligers die zich inzetten voor bejaarden, de opvang van jeugdigen of het bestrijden van eenzaamheid. Wat mij daarbij opvalt is de betrokkenheid van zo heel veel mensen bij dit soort projecten. Die plaatselijke inzet ondersteunen wij ook. Zo zullen steeds meer taken in het kader van de collectieve preventie naar gemeenten worden gedecentraliseerd. Als rijksoverheid krijgen we dan veel meer een rol om ontwikkelingen te signaleren en daar aandacht voor te vragen bij plaatselijke bestuurders. Gezondheidsbeleid is beleid van de hele overheid.

### Gemeentelijk beleid en facetbeleid

*Onderzoek heeft uitgewezen dat implementatie van lokaal gezondheidsbeleid maar moeizaam ver-*

*loopt, volgens een proefschrift en een scriptie aan de Rijksuniversiteit Limburg. Veel gemeenten kunnen zich nauwelijks een rol voorstellen op het gebied van "gezondheid". Bent u het eens met deze constatering? Wat is volgens u de taak van de gemeenten in lokaal gezondheidsbeleid? Wat moet de rijksoverheid doen om dat lokale beleid te stimuleren en wat gebeurt er al? Is er niet meer centrale sturing nodig om lokaal gezondheidsbeleid te implementeren?*

Een deel van uw vragen heb ik in feite al beantwoord. Het overhevelen van gelden in het kader van de decentralisatie leidt tot een lokale discussie over de besteding ervan. Daarnaast hebben gemeenten - op basis van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid - de verantwoordelijkheid voor de GGD-en en het brede preventiebeleid. Op dit punt leeft er veel, gezien ook de vele subsidieaanvragen bij ons voor experimenten en projecten op dit terrein.

Maar ook in het kader van wat we "facetbeleid" noemen kan een gemeente veel doen. Ik denk dan aan de kwaliteit van woningbouw en stadsvernieuwing, aan verkeersveiligheid of aan milieubeleid.

Omdat lokale situaties onderling sterk af kunnen wijken, bijv. in hun culturele samenstelling, leef-tijdsopbouw, stedelijke samenleving versus platteland, richt de centrale overheid zich op het scheppen van randvoorwaarden en het signaleren van ontwikkelingen. Daarnaast stimuleren we gemeentelijk beleid via projectsubsidies.

Ik ben van mening dat daar waar we streven naar decentralisatie, de rijksoverheid op dit terrein een bescheiden rol hoort te spelen. Juist met het oog op het leggen van verantwoordelijkheid waar deze thuis hoort, is gekozen voor een verdere decentralisatie van beleid. Daarbij zal op termijn ook de ontwikkeling en innovatie van collectieve preventie primair een gemeentelijke verantwoordelijkheid worden. Voor de definitieve besluitvorming hierover wil ik overigens eerst nog de evaluatie van het huidige stimuleringsbeleid afwachten. Die vindt in 1992 plaats.

*Over 'zorg' staat in de nota Sociale Vernieuwing o.a. te lezen: "De gedachten over zelfstandigheid, integratie en participatie zullen door de relevante beleidssectoren serieus moeten worden genomen, opdat een groter beroep op duurdere en specialistische hulpverlening wordt voorkomen". Moeten we hieruit afleiden dat WVC er vanuit gaat dat de zelfstandigheid, integratie en participatie "goed" zijn als het bezuinigen oplevert?*

Nee. De invalshoek is niet bezuinigen maar het verlenen van zorg op maat. Het bevorderen van zelfstandigheid en van de integratie van mensen in de samenleving heeft op zich een preventief effect op het gebruik van zorgvoorzieningen en kan - met als voorbeeld de gezondheidszorg - waarschijnlijk onnodige medicalisering van maatschappelijke problemen voorkomen.

## Nieuwe hulpvragen

*Het ministerie van WVC is van mening dat de betrokken gemeenten de opvangcircuits voor thuislozen, ex-psychiatrische patiënten en anderen, beter op elkaar moeten afstemmen. Tegelijkertijd stelt de nota Sociale Vernieuwing dat betere relaties met ambulante en intramurale instellingen tot stand moeten worden gebracht, zodat eenvoudige voorzieningen volstaan, zonder al te veel bemoeienis met specialistische hulpverleners. Is dit geen contradictio in terminis? Enerzijds streeft men naar een koppeling met het specialistische zorgsysteem, anderzijds moet het eenvoudig blijven en moeten specialistische hulpverleners zich er niet teveel mee bemoeien. Wat is er overigens tegen specialistische hulpverlening?*

*Hierop aansluitend: er schijnt consensus over te bestaan dat er in het GGZ-beleid een structurele verschuiving moet komen van behandeling binnen de muren naar hulp en steun buiten het medisch-psychiatrisch circuit. In het Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek (juli 1991) wordt geconstateerd dat de machtige ziekenhuislobby vernieuwingen in dit opzicht tegengaat. Ondanks de schijnbare consensus gaat het helemaal niet de goede kant op. De overheid treedt terug, politici zijn niet geïnteresseerd, de consumentenbeweging dreigt uitgeschakeld te worden. Bent u het eens met deze zienswijze?*

U verbindt in uw uitgebreide vraag veel verschillende zaken. Daarvan zou ik een paar zaken willen onderscheiden.

Ten eerste denk ik dat we ervoor moeten waken, dat voor iedere categorie hulpvragers een aparte categorie hulpverleners ontstaat. Wij hebben daar in Nederland nogal een neiging toe. Verdere versplintering van de voorzieningen in de gezondheidszorg is naar mijn mening niet de oplossing. Eerder is het naar mijn mening noodzakelijk dat algemene voorzieningen, zoals RIAGG's, thuishulp en dergelijke, leren inspelen op nieuwe hulpvragen en daar ook met hun aanbod rekening mee houden. Zo vind ik dat er geen aparte hulpverleningsinstellingen voor allochtonen moeten komen,

maar dat er bijv. binnen RIAGG's aandacht moet zijn voor de specifieke problemen die binnen die groep bestaan.

Dat betekent in mijn visie ook dat die algemene instellingen nauw zullen moeten samenwerken - bijv. in de vorm van consultatie - met categorale voorzieningen zoals voor dak- en thuislozen. Ik zie geen tegenstelling in het enerzijds beter op elkaar laten aansluiten van de verschillende opvang- en zorgvormen voor die groep, en anderzijds het samenwerken van die voorzieningen met algemene instellingen die over een specifieke deskundigheid beschikken, zoals een RIAGG. Wanneer instellingen goed met elkaar samenwerken, kunnen ze optimaal hulp verlenen tegen zo laag mogelijke kosten. Daar kan toch niemand op tegen zijn, omdat we zo met hetzelfde budget meer mensen kunnen helpen.

Over uw tweede opmerking het volgende. Er is de laatste jaren met succes op kleine schaal geëxperimenteerd met dagbehandeling. Er begint dus een kentering te ontstaan. Ik begrijp dat dat misschien niet is wat u zou wensen, maar het is wel een begin. U stelt daarbij dat er overeenstemming zou bestaan over een voorkeur voor behandeling buiten het medisch-psychiatrisch circuit. Mij is dat niet gebleken. Ik krijg nog steeds, ook van patiëntengroepen, signalen dat er een tekort is aan behandelingsmogelijkheden. Daarom worden nu ook extra mogelijkheden gecreëerd, bijvoorbeeld voor dak- en thuislozen met een psychiatrisch verleden. Het is een groep die in de reguliere zorg niet goed aan bod kwam, omdat die voorzieningen daar niet op ingesteld zijn. Er zijn nu sinds een jaar of twee 'sociale pensions', waar deze groep terecht kan. Ze hebben daar een tehuis waar ze zich veilig voelen, maar er is daar geen behandeling. Wanneer de mensen een tijdje in zo'n huis wonen, blijkt echter dat ze vandaaruit toch hulp willen en dat ze deze zoeken bij de reguliere psychiatrische zorg, bv. bij een RIAGG. Inmiddels zijn er ongeveer 90 plaatsen in deze sociale pensions gerealiseerd en zullen er begin volgend jaar nog zo'n 50 volgen.

## Chronisch zieken

In het kader van de Sociale Vernieuwing hebben minister d'Ancona en u speciaal aandacht gevraagd voor chronische zieken en gehandicapten. Inmiddels is er een nota Chronisch-ziekenbeleid en er is een Nationale Commissie Chronisch Zieken ingesteld. Onderdeel van uw beleid is de maatschappelijke positie van chronisch zieken te verbeteren.

*Hoe moet deze doelstelling worden beoordeeld in het licht van de plannen van het kabinet om de hoogte en de duur van de WAO te verminderen en een 'vakantiedagenstraf' te zetten op ziekmelding. Worden chronisch zieken hier niet onevenredig zwaar door getroffen? Zou voor chronisch zieken geen uitzondering moeten worden gemaakt? Verslechtert anders hun maatschappelijke positie niet drastisch? En hierop aansluitend: gaat u nog uw voornemen uitvoeren om "zodanig categorale patiëntenorganisaties die een bijdrage aan de verbetering van chronisch zieken leveren, financieel te ondersteunen?"*

Over de WAO-problematiek is binnen en buiten het kabinet inmiddels al het nodige gezegd. De voorgenomen maatregelen zijn onzes inziens nodig om de WAO - als sociaal vangnet - op termijn veilig te kunnen stellen. Bij de huidige verhouding tussen werkenden en niet-werkenden is een goede sociale zekerheid op den duur financieel niet meer op te brengen. Per saldo zou dat dan ten koste van alle Nederlanders gaan. Voorstellen in het kader van de zieketwet en de WAO zijn dan ook zeker verdedigbaar, omdat ze gericht zijn op het zo mogelijk voorkomen van instroming in de WAO en op het vinden van passende arbeid voor iemand die in zijn of haar huidige functie niet meer verder kan. Ik vind dat veel sociaal dat het ongeclausuleerd geven van een uitkering en daarna verder niets meer voor mensen doen. Uiteindelijk zal dat ook beter zijn voor mensen die chronisch ziek zijn.



Het is daarnaast waar dat in het beleid de afgelopen tijd veel aandacht is geweest voor de positie van chronisch zieken. Juist om de ideeën die binnen de groepen chronische patiënten zelf leven beter naar voren te laten komen, is de Nationale Commissie Chronisch Zieken ingesteld. Deze Commissie heeft in één van haar adviezen, begin okto-

ber, expliciet aandacht geschonken aan de gevolgen van de voorgestelde WAO-maatregelen. Ik heb dat advies doorgegeven aan de voor de ZW- en WAO-maatregelen eerstverantwoordelijke bewindslieden in het kabinet. Ik ga ervan uit dat we daar bij de uitwerking van de voorstellen in het kabinet, zeker nog op terug zullen komen.

Als laatste vroeg u naar mijn voornemen om categorale patiëntenorganisaties financieel te ondersteunen. Er is nu een stuurgroep aan het werk die een voorstel heeft voorbereid voor een verdere integratie van de patiëntenheweging. Daarbij gaat het specifiek om de positie van categorale patiëntenorganisaties. Ik ben van mening dat hun financiering via die landelijke bundeling zou moeten lopen. Daarvoor is dus geld beschikbaar.

### Flexibiliteit van instellingen

*Meermalen is er in de nota Chronisch-ziekenbeleid sprake van het bevorderen van zelfzorg, mantelzorg en informele zorg (blz. 19 en 20). Ook de nota Sociale Vernieuwing bepleit dit. Het wordt al jaren bepleit. Vormen de zwaar institutionele structuren van de professionele zorgsector en de verwante ambtelijke structuren, en het gebrek aan faciliteiten niet een massieve hindernis voor een structurele ontwikkeling op dit gebied?*

Die zoals u ze noemt institutionele structuren hebben naar mijn mening zelf belang bij meer zelfzorg, mantelzorg en informele zorg, omdat zij zich dan beter bezig kunnen houden met datgene waarvoor ze feitelijk bedoeld zijn. Ik onderschrijf de door u gesignaleerde tegenstrijdigheid dan ook niet.

*Ook de thuiszorg draagt u een warm hart toe. Is in het kader van de Sociale Vernieuwing te verwachten dat u gelden voor kruiswerk, gezinszorg en verpleeghuizen naar de gemeenten overhevelt? Welke argumenten gelden hier?*

Het Kabinet is niet van plan om de gezinszorg en het kruiswerk, dus de thuiszorg, en de verpleeghuizen naar de gemeenten over te hevelen. We willen de substitutie tussen intra-murale en extra-murale zorg zoveel mogelijk bevorderen en hebben er daarom nadrukkelijk voor gekozen, om deze voorzieningen op te nemen binnen de basisverzekering. Dat betekent dat er uiteindelijk voor alle voorzieningen van verpleging en verzorging één vorm van financiering zal zijn. Daardoor zullen substitutie en zorg op maat worden bevorderd.

Het zou daarnaast niet logisch zijn om de thuiszorg die sinds vorig jaar vanuit de AWBZ gefinancierd wordt, nu weer via de gemeenten te gaan financieren. Daar komt nog bij dat in de meeste gemeenten geen aparte instelling voor thuiszorg of verpleeghuis gevestigd is. Meestal opereren die regionaal. Ook dat pleit niet voor gemeentelijke financiering.

*Als we denken aan Sociale Vernieuwing en gezondheidszorg: wat levert het (concreet) op voor de gebruikers?*

Zoals ik ook al eerder heb aangegeven, zullen de decentralisatie en de stelselwijziging naar mijn mening leiden tot meer zorg op maat. Daarnaast zal een grotere participatie van gebruikers - onder andere door de patiëntenorganisaties die wij ondersteunen - uiteindelijk leiden tot een grotere invloed van gebruikers op de beslissingen in de zorgsector. Ook hierdoor kan het uitgangspunt van zorg op maat beter gestalte krijgen. Als voorbeeld zou ik de 'lokettenproblematiek' willen noemen. Meer en meer streven we ernaar om hulp via één loket aan te bieden. Dat is overigens nog een reden waarom we er naar streven om zoveel mogelijk hulp aan te bieden via algemene instellingen. Concreet zijn we bijv. bezig met experimenten op dit terrein van ouderenzorg. Maar dat geldt ook voor gehandicapten. Ik ben ervan overtuigd dat die wijze van werken zich de komende jaren verder zal verbreiden.

*Ten slotte: in het Tijdschrift voor de Sociale Sector (juli 1991) wordt geconcludeerd dat veel zorgvernieuwingen slechts 'subsideologie' en verhalerics zijn van gevestigde bolwerken om hetzelfde te krijgen: een vernieuwingsstrategie om de status quo te handhaven. Het zou inderdaad zo kunnen zijn dat als het 'innovatieklimaat' voorbij is, er weinig veranderd blijkt te zijn. Wat vindt u van deze beoordeling van vernieuwingen in de zorgsector?*

Ik deel die beoordeling niet. Er lopen nu al een groot aantal projecten en experimenten, die over de grenzen van de bestaande werksoorten heen gaan. Projecten die ook door die oorspronkelijke instellingen worden gedragen. Neem het aanbod van thuiszorg door verpleeghuizen of de vele projecten op het gebied van preventie. Naar mijn mening is zorginnovatie niet alleen een modewoord, maar dekt het ook een zeer concrete lading.

Juni 1984 koos de Gemeenteraad van Amsterdam voor een grondige verandering van de psychiatrische hulpverlening aan Amsterdammers. Het gemeentebestuur sprak daarmee de wens uit dat psychiatrische patiënten de gelegenheid krijgen zoveel mogelijk te kunnen functioneren als (andere) burgers binnen de stad Amsterdam<sup>1</sup>.

## Opbouwwerk - schakel tussen psychiatrie en samenleving

Doortje Kal

Het opbouwwerk in Amsterdam Oud-West heeft in de aanzet tot deze gemeentelijke stap een cruciale rol gespeeld. De alerte reactie van een buurtgroep, verhinderde dat op het terrein van het voormalige Wilhelmina Gasthuis een nieuwe psychiatrische inrichting zou worden gebouwd.

Ondersteuner van de buurtgroep was de opbouwwerker Hans Brugman van het wijkopbouworgaan oud-west. Hij zocht samenwerking met kritische onderzoekers die weer samenwerking zochten met kritische hulpverleners, cliënten, ex-clieënten en sleutelfiguren in de wijk, wat leidde tot het roemruchte rapport 'Een Amsterdamse weg naar een geestelijke gezondheidszorg nieuwe stijl'<sup>2</sup>.

Het plan voor de nieuwe inrichting in de wijk stond volgens Brugman haaks op de leefbaarheid die het wijkopbouworgaan nu juist in de buurt tracht te bevorderen. 'Voorzieningen moeten gestimuleerd worden om mensen die nu opgenomen worden of opgenomen zijn geweest een leefbare buurt te bieden, zodat ze niet (weer) naar de inrichting hoeven te vluchten. Buren of huisgenoten moeten gesteund worden zodat zij zich niet gedwongen hoeven te voelen iemand weg te brengen'. Pijler van de vernieuwing van de psychiatrie is versterking van het materiële en ideële draagvlak in de buurt; aldus Brugman<sup>3</sup>.

Nu, een flink aantal jaren later, zijn dezelfde noties nog steeds in het geding. Voor versterking van het draagvlak is nu sociale vernieuwing het instrument. Dat instrument is des te noodzakelijker geworden nu algemene voorzieningen, in een tijd dat ze meer zouden moeten doen, over minder middelen beschikken. Al in februari 1985, tijdens de week van de psychiatrie, stelde Brugman de paradoxale ontwikkeling aan de orde dat net nu de gemeente nad besloten tot een vernieuwend psychiatriebeleid, wijkorganisaties, eerstelijnsvoorzieningen, sociaal-cultureel en maatschappelijk werk minder geld kregen of al afgebouwd waren<sup>4</sup>.

### Opbouwwerkers in de psychiatrie?

Ongeveer twee jaar later kwam de eerste opbouw-

werker in dienst van een psychiatrisch ziekenhuis. Het voormalig Provinciaal Ziekenhuis Santpoort nam - voor het toen net gestarte Integratieproject de Kempering (IPK) - de door de wvI geverfde opbouwwerker Jeroen Willems in dienst. Veertig mensen van een afgekeurde verblijfsafdeling van Santpoort verhuisden naar verspreid gelegen woningen in de flat de Kempering in Amsterdam-Zuid-Oost om daar een nieuw bestaan op te bouwen.

Het bijzondere aan de aanstelling van Willems was, dat hij niet echt als opbouwwerker in dienst kwam. Enerzijds was het management van Santpoort wel overtuigd van de wenselijkheid om naast verpleegkundigen andere professies aan te trekken. Het IPK had immers tot expliciet doel de integratie mogelijk te maken van een groep mensen die gemiddeld (!) tien jaar in de inrichting hadden geleefd. Anderzijds schrok men er voor terug een plaats van een verpleegkundige af te staan en daarvoor een onafhankelijke opbouwwerker aan te stellen.





Willems mocht wel opbouwwerk doen in de zin dat hij aan belangenbehartiging, emancipatie en vergroting van participatie mocht werken, maar als onderdeel van het verpleegkundig team (lees: ondergeschikt aan het behandelingsbeleid). Dit moest bijna wel tot moeilijkheden leiden. Na ruim anderhalf jaar kwam Willems zo heftig in botsing met de leiding van het project, dat zijn baan niet meer te redden viel.

De toenmalige begeleidingscommissie van het integratieproject constateerde dat Willems zijn werk veel beter vanuit de opbouwwerkinstelling in Zuid-Oost had kunnen doen. Dat zou hem de vrijheid hebben geboden die voor het vervullen van een dergelijke functie nodig is en mogelijk had hij vanuit die positie meer de uitstraling naar het zittend personeel gehad waar het management van PZ Santpoort desondanks toch ook op hoopte<sup>5</sup>.

Toch heeft de aanstelling van Willems in het IPK ervoor gezorgd dat 'de opbouwwerker' blijvend op de agenda van integratieprojecten bleef staan.

### DAC-Vondelstraat

In 1987 opende het Dagactiviteitencentrum (DAC) Vondelstraat in het centrum van Amsterdam zijn deuren, als thuishaven voor hen die zo'n plek elders moeilijk kunnen vinden en als uitvalsbasis voor hen die een steuntje (of een duwtje) in de rug nodig hebben om tot welke onderneming dan ook te komen. In de evaluatie van het DAC, een jaar na oprichting, bleek dat het DAC er goed in slaagde mensen een thuishaven te bieden, maar dat het DAC minder functioneert als uitvalsbasis. Gevolg is dat het DAC steeds voller wordt, hetgeen ook tot uitstroom leidt maar lang niet altijd naar een meer maatschappelijke voorziening.

Het DAC Vondelstraat bepleitte toen samen met de preventie-afdeling van de Riagg Centrum/Oud-West dat een opbouwwerker het Dagactiviteitencentrum zou kunnen helpen echt een open plaats te worden: niet alleen om er binnen te gaan, maar ook om er gemakkelijker weer vandaan te gaan, omdat mensen er op een gegeven moment sterk genoeg voor zijn, omdat de kennismaking met maatschappelijke voorzieningen goed is verlopen; omdat deze voorzieningen zich opeustelden voor mensen met een psychiatrische achtergrond en tenslotte omdat de maatschappelijke inbedding - de infrastructuur - is verbeterd.

De aanvankelijke optie om als centrum zelf een opbouwwerker in dienst te nemen was verlaten, mede vanwege de negatieve ervaringen rond Wil-

lems. De behoefte aan commitment van andere instellingen dan alleen de psychiatrische, speelde op de achtergrond van deze keus mee. Vermaatschappelijking van de psychiatrie is een zaak van twee partijen: de psychiatrie en de maatschappij. De onafhankelijkheid van de opbouwwerker zou het best gewaarborgd zijn als deze werd gekoppeld aan een wijkopbouworgaan.

Daar het wijkopbouworgaan Oud-West dit project er na alle bezuinigingsrondes niet zomaar erbij kon doen, stapten de voorbereiders van het project naar de financier van het wijkopbouwwerk, de deelraad Oud-West. Daar zowel Riagg, DAC, Beschermd Wonen en het Sociaal Psychiatrisch Dienstencentrum - de gemoderniseerde opnameklinie van het voormalige PZ Santpoort - voor een veel grotere regio werken dan alleen het stadsdeel Oud-West, benaderden zij ook andere stadsdelen. Na wat omtrekkende bewegingen hebben uiteindelijk het DAC en de Riagg-afdeling-preventie in maart 1991 de nota 'Categorieel opbouwwerk in vier stadsdelen' uitgebracht<sup>6</sup>.

De nota betoogt het volgende. De psychiatrische inrichting is naar de stad gekomen en heeft een gedaanteverwisseling ondergaan, zoals dat ook met de psychiatrische tussenvoorziening is gebeurd. Het dagactiviteitencentrum is ontstaan. Toch houdt het creëren van een plaats voor mensen met een psychiatrische achtergrond in de samenleving, meer in. De ervaring van het DAC is exemplarisch voor de hele psychiatrie: de psychiatrie sluit nog teveel in, de maatschappij teveel uit. Het gegeven dat de psychiatrie regelmatig ook buitensluit en dat mensen dan nergens meer heen kunnen, maakt de noodzaak van ontsluiting naar beide zijden des te urgenter. Een proces van ont-kokering moet het mogelijk maken dat achterstanden op het gebied van wonen, werken, weten en welzijn van groepen die zich nu in de marge van de maatschappij bevinden, ongedaan gemaakt worden. Dat is wat het kabinet onder sociale vernieuwing verstaat. En die maatschappelijke deelname is precies het doel dat de deïnstitutionalisering in de psychiatrie niet bereikt. De deskundigheid van opbouwwerkers zou de psychiatrie kunnen helpen een brug te slaan naar die samenleving.

### Ecologisch perspectief

Vernieuwing van de psychiatrie en sociale vernieuwing impliceren vernieuwing van de methode van werken. De onderzoekers Harrie van Haaster en Ad Goethals hebben op het terrein van de methodiek in de geestelijke gezondheidszorg een belangrijke aanzet gegeven tot vernieuwing. De opbouw-

werkers die aangenomen gaan worden voor het project categoriaal opbouwwerk zullen van hun ideeën en ervaringen gebruik kunnen maken.

De psycholoog Van Haaster deed in '89 en '90 onderzoek op het Dagaactiviteitencentrum Vondelstraat naar methoden van competentieverhoging in de geestelijke gezondheidszorg. In zijn proefschrift 'Wartaal', beschrijft hij zijn bevindingen. De deinstitutionalisering in de zin van verhuizing naar kleinere settings, beschermd wonen en DAC's is de eerste stap. Het belangrijkste komt pas met de deinstitutionalisering van de verhoudingen in de psychiatrie. Van Haaster verstaat daaronder een andere plaats van de psychiatrische wetenschap, een andere plaats van hulpverlener en cliënt en een andere plaats van de onderzoeker. Daardoor ontstaat er ook ruimte voor anderen dan hulpverleners en cliënten. Er ontstaat ook ruimte voor andere wetenschapsvelden dan alleen de medische, die ondanks alle multidisciplinariteit nog steeds dominant is.

Van Haaster houdt een haristochtelijk pleidooi om het ecologisch perspectief ook in de psychiatrie te hanteren. In dit perspectief zou het eerste doel van de hulpverlening moeten zijn de cliënt te leren hulpbronnen in zijn omgeving op een gewenste manier te benutten. Tevens moet de hulpverlening helpen de omgeving zo in te richten dat deze niet te snel uitgeput raakt en daardoor juist negatieve effecten gaat hebben op de mensen die haar gebruiken. Op deze manier krijgen de gebruikers gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor de omgeving en wordt deze niet gedelegeerd aan een externe controleur die als taak heeft de kwaliteit van een voorziening te handhaven en de omgeving te beschermen. Het sleutelwoord voor dit proces is participatie.

En dan zijn we meteen bij de tweede uitwerking van het ecologisch perspectief beland: net zoals de gebruiker/cliënt moet leren zorgvuldig met zijn hulpbronnen om te gaan, zo moet de hulpverlener dat zeker ook doen. Van Haaster richt zich daarbij op de vraag: welke competenties van de gebruiker zou de hulpverlener kunnen benutten of aanspreken? In zijn onderzoek op het DAC maakt hij in drie projecten gebruik van de ervaringskennis van de gebruiker/bezoeker. Het eerste project bestond uit twee boekjes; één voor nieuwe bezoekers van het DAC, ter kennismaking (tips hoe het DAC te gebruiken) en eenzelfde boekje voor verwijzers: wie zou u op het DAC kunnen wijzen en op welke manier? Het tweede project betrof de omgang met agressie en de regels die het DAC nodig heeft. Het derde project was de opzet en uitvoering van een

curcus deskundigheidsbevordering voor vrijwilligers en staf van het DAC, door bezoekers. In alle drie projecten maakte hij maximaal gebruik van de aanwezige competenties van de bezoekers van het DAC en heeft hij tevens procedures ontwikkeld om deze te vergroten.

In het project 'Categoraal opbouwwerk in vier stadsdelen' is een wezenlijke taak van de opbouwwerker: de taal van bezoekers van het DAC te ondersteunen en verdere articulatie ervan in de wijk mogelijk te maken. Van Haaster meent dat dergelijke processen nieuwe procedures vergen, die voor een groot deel nog uitgevonden moeten worden. In zulke procedures mag de eigen inbreng van bezoekers niet verloren gaan of als lastig beschouwd worden, maar - zoals men dat in de moderne managementtechnieken wel noemt - als een 'human resource'.

In dat kader pleit Van Haaster voor actieve participatie in de vormgeving van de omgeving - dat kan de beschermde woonvorm zijn, het DAC, maar ook het buurthuis of de buurt. Natuurlijk geldt het belang van participatie in de laatste twee gevallen ook voor de andere buurthuisbezoekers! Van Haaster spreekt, naar analogie van onze wegwerpmatenschap, van onze 'wegwerphulpverlening'. We moeten leren zuinig om te gaan met onze (natuurlijke) hulpbronnen, die wrang genoeg in de psychiatrie lange tijd niet als zodanig zijn herkend of opgemerkt. Die natuurlijke hulpbronnen zijn behalve de genoemde competenties van de gebruikers zelf, natuurlijk ook de competenties van familie, vrienden, maatschappelijke (niet-categoriale) voorzieningen, etc. De analogie doorzettend zou men zich ook moeten verzetten tegen vervuilende, kunstmatige hulpbronnen (de afhankelijk-makende psychiatrie zelf) en moeten pleiten voor hergebruik van bronnen. Men denke aan WAO-ers die voor 30 tot 50% op psychische gronden zijn afgekeurd: door de arbeidsomstandigheden uitgeput, door het uitkeringssysteem weggevoerd en ondanks hun resterende capaciteiten door niemand meer opnieuw ergens voor ingezet.

## De bijsluiter

Een ander centraal begrip in het proefschrift van Van Haaster is de bijsluiter die je leert hoe met 'vreemd' materiaal om te gaan. We kennen de bijsluiter van medicijnen en wasmachines of andere dingen waar we geen verstand van hebben. Een goede bijsluiter, aldus Van Haaster, schrijft niet voor hoe je het medicijn of het apparaat moet gebruiken (door middel van geboden en verboden), maar beschrijft de werking ervan en laat aan de gebruiker de keuze en de verantwoor-

delijkheid. Van Haaster legt zich toe op het ontwerpen van goeie bijsluiters, procedures, concepten om met problemen om te gaan en om de competenties van cliënten, hulpverleners en anderen te verhogen. Hij ziet de opbouwwerker als een goeie 'bijsluiter' om met de kloof tussen psychiatrie en maatschappij om te gaan.

### Verovering van de ruimte

De sociaal-geograaf Ad Goethals concludeert in 'Een alternatief voor levenslang'<sup>8</sup> dat beschermd wonen en ambulante begeleiding voor cliënten die vroeger levenslang op een verblijfsafdeling zouden wonen, meestal de doelstelling meekrijgen hun zelfredzaamheid te versterken en sociale netwerken op te bouwen. Goethals voegt daar een nieuwe doelstelling aan toe: de verovering van de ruimte. Net als Van Haaster probeert Goethals het gebruikersperspectief met een sociaal ecologisch perspectief te verbinden<sup>9</sup>.



Goethals stelt in zijn artikel dat de inrichtingspsychiatrie voor de cliënt leidt tot een groeiend isolement en de ontwikkeling van een intense afhankelijkheid van de instelling. Hoe geïsoleerd de inrichtingen lagen wordt duidelijk uit het door Stijnenbosch in 1978 berekende terreinquotiënt van 931 vierkante meter per bed.

In een ecologisch perspectief is er maximaal aandacht voor de relatie tussen iemands welzijn en de omgevingsfactoren. De aandacht gaat niet zozeer uit naar het individu dat zou moeten veranderen ('beter' gemaakt zou moeten worden), als wel naar een mogelijke verandering die (de inrichting van) de omgeving moet ondergaan.

Goethals doet constatering en werpt vragen op die ook in het kader van het project 'categoriiaal opbouwwerk in vier stadsdelen' relevant zijn. Zo hecht men weinig belang aan het activiteitenpatroon van een cliënt buiten de GGZ-sector, ook als dat eventueel bijdraagt tot zijn integratie en revalidatie. Hoe staat de toegankelijkheid van voorzieningen in verhouding tot hun beschikbaarheid? Weegt een gespecialiseerde voorziening op tegen het verdwijnen van niet-gespecialiseerde voorzieningen in de buurt? Hoe groot is het in Amerika gesignaleerde gevaar van oppositie tegen situering van bepaalde voorzieningen in woonwijken, met als gevolg concentratie van deze voorzieningen in niet-bewoonde gebieden? Tot slot vraagt Goethals zich af: komen er vanuit het informele sociale systeem eerder uitstotingsprocessen op gang als formele hulp voorhanden is?

### Werkconferentie

Op 13 juni 1991 werd tijdens een werkconferentie de nota 'Categoriiaal opbouwwerk in vier stadsdelen' bediscussieerd. Politiek, ambtenaren, wijkopbouworganen, cliëntenorganisaties en hulpverleners waren vertegenwoordigd. Verschillende sprekers gaven hun visie. Intussen werd het project zowel ambtelijk als politiek gedragen, in alle vier stadsdelen, door het projectbureau sociale vernieuwing, en door het samenwerkingsverband van de instellingen op het gebied van de Geestelijke Gezondheidszorg. De officiële besluitvorming was echter nog niet rond<sup>10</sup>.

De lezingen op de conferentie voegden het nodige toe aan de voorliggende nota. We staan aan het slot van dit artikel daarbij stil.

De werkconferentie, die door opbouwwerker Aart Dekker werd voorgezeten, opende met een bijdrage van Kees Onderwater over het heden en verleden van de Amsterdamse psychiatrie. Onderwater is sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en degene die vanuit de afdeling preventie van de Riagg Centrum/Oud-West het project categoriiaal opbouwwerk trekt. Onderwater stelde dat de politiek zich in '84 hard heeft gemaakt voor een maximale integratie in de maatschappij van mensen met psychiatrische problemen. Op de grens van geestelijke gezondheidszorg en maatschappij ligt een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Het project 'categoriiaal opbouwwerk in vier stadsdelen' wil een bijdrage leveren aan het oplossen van de problemen die juist op dit snijvlak liggen. De deskundigheid van het opbouwwerk vult de psychiatrie aan als het, zoals in dit project, gaat om emancipatie, integratie en participatie.

Tineke van den Klinkenberg van de interdepartementale werkgroep sociale vernieuwing (de commissie-Schaefers) stelde, dat individualisering pas wat oplevert voor mensen als je een beetje geld om handen hebt en over kennis en mogelijkheden beschikt. In het andere geval leidt individualisering tot groter isolement. De oude regelingen vergen aanpassing om nieuwe vormen van solidariteit gestalte te kunnen geven. "Sociale vernieuwing wil in mijn optiek een uitdaging zijn tot veranderen, tot bewegen. Het wil aanzetten tot creativiteit, tot ontregelen en ontkokeren. Het wil uitnodigen tot participatie, tot meedenken en meedoen!"

Keas Stuuroop van de Werkgemeenschap Opbouwwerk Zuid-Oost Nederland pleitte voor ruimte voor rehabilitatieroutes. Daarbij verwees hij naar de uitleg van rehabilitatie van Detlev Petry: maatschappelijk eerherstel van de cliënt. Petry benoemt twee kanten aan dit eerherstel. De morele kant is de bestrijding van het stigma van de krankzinnigheid, vanuit een veranderde houding tegenover iemand die voordien verloochend is. De praktische kant is het herstel van iemands sociale competentie, of althans de poging daartoe. De morele en de praktische kant zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden; de communicatie tussen de cliënt en zijn omgeving hant net zozeer af van de sociale vaardigheid van de cliënt als van zijn omgeving om die communicatie vorm te geven.

## Herijking voor de kwetsbaren

Stuuroop pleit voor een herijking van voorzieningen rond arbeid en vrije tijd op toegankelijkheid voor de uitgestoten. Vereist is - Stuuroop haalt hierbij professor Gersons aan - een samenlevingsopbouw waarbij 'de kwetsbaren' de kans krijgen in ere te herstellen. De lokale politiek zal daar zelf verantwoordelijkheid voor moeten nemen. Het gaat hier om 'flankerend beleid' of 'facetbeleid'. Stuuroop ziet bij de rehabilitatie-arbeid, voor het vergroten van de sociale productiviteit van cliënten, een onmisbare rol voor de opbouwwerker weggelegd. Opbouwwerk is deskundig in het zelforganiserend vermogen van mensen, los van gezonde pretenties, de opbouwwerker is opgeleid als expert in het ontwikkelen van nieuwe samenlevingsvormen met directe betrokkenheid van gebruikers. Het opbouwwerk kent een algemene taak, nl. het bevorderen van participatie en emancipatie van bepaalde bevolkingsgroepen via het ondersteunen van zelforganisatie en zelfwerkzaamheid, en het beïnvloeden van maatschappelijke voorzieningen en structuren zodat zelforganisatie, participatie en emancipatie worden vergemakkelijkt.

De kwaliteit van een opbouwwerker is in de eerste plaats lokale organisatiedeskundigheid. Hij organiseert netwerken, de productie van een nieuwe sociale organisatie. Het specifieke van het opbouwwerk is dat het opereert vanuit de cultuur van de doelgroep.



Bauke Huizinga, bezoeker van het DAC-Vondelstraat beschrijft haar probleem met integratie in de maatschappij als het niet voldoen aan de sociale codes die daar heersen. Zij ervaart de maatschappij als negatief en agressief, onverdraagzaam, gehaast en niet behulpzaam. Vriendschappen sluit je moeilijk als je het idee krijgt dat men je zielig, kwaadaardig of niet bij de tijd vindt. Het belangrijkste van het DAC Vondelstraat vindt Bauke Huizinga dat ze daar als mens wordt geaccepteerd. Zij wil met dit verhaal de realiteit van de integratieproblematiek bevestigen. Een opbouwwerker die helpt drempels te slechten begroet Bauke Huizinga met enthousiasme.

### Geen werk, geen netwerk

De journalist Jos van der Lans zette tenslotte uiteen waar het met dit project fout kan gaan. Hij signaleerde als centraal probleem in onze verzorgingsstaat dat er geen eensgezind perspectief is, geen gemeenschappelijke taal, geen gedeeld referentiekader dat alle handelingen, al die activiteiten van al die verschillende instellingen aan hetzelfde doel laat werken. En dat terwijl toch de probleemgevallen in onze samenleving in grote mate overeenkomstige desintegratiekenmerken vertonen: geen werk, geen sterk sociaal netwerk. Men kijkt door een professionele bril en ziet alleen maar specifieke problemen.

De sociale vernieuwing wil nu juist wel die piketpaaltjes weghalen waarachter professionele groepen zich terugtrekken, maar het grootste probleem is de professionele neus, waarlangs men niet verder wil kijken. De politiek heeft er ook alles aan gedaan om het zover te laten komen: door telkens nieuwe subsidievoorwaarden te stellen hebben voorzieningen het specifieke karakter van hun dienstverlening voortdurend benadrukt. Dit leidt meestal tot absolute monopolisering van de hulpbehoevende categorie.

Van der Lans wil de categorale voorzieningen niet bestrijden; hij benadrukt dat gespecialiseerde voorzieningen alleen dan optimaal hun functie vervullen als ze in hun werk een permanent evenwicht weten te realiseren tussen het specifieke en het algemene. Ze verzorgen slechts een onderdeel van een veel algemener traject.

Van der Lans wees op het gevaar met het project 'categoraal opbouwwerk in vier stadsdelen' dat bv. het DAC of de RIAGG alle onderdelen van het 'herstelprogramma' voor eigen rekening nemen. In dat geval vervaagt de verhouding tot de verantwoordelijkheden van andere, algemene voorzieningen en verdwijnt deze uiteindelijk uit het zicht.

Sociale vernieuwing wil daar juist verandering in brengen. De sociale vernieuwing doet een appel om door de verkokerde grenzen van de verschillende voorzieningen heen te breken en ook naar nieuwe vormen van dienstverlening op zoek te gaan. Wat Van der Lans betreft zou de opbouwwerker tot taak hebben het uiterst mistige gebied dat bestaat tussen de eindtermen van de ene soort zorg - het DAC - en de begintermen van de andere vorm van zorg - bijvoorbeeld het buurt-huis - begaanbaar te maken.

Nu is dat wel precies de bedoeling van het project, maar er zijn meer mogelijke taken genoemd en dat heeft Van der Lans argwanend gemaakt. Weer zo'n club die algemene taken specifiek wil maken, moet hij gedacht hebben. De initiatiefnemers van het project willen graag de handschoen opnemen, want het uitgangspunt is nu juist dat de psychiatrie de aansluiting met die algemene voorzieningen mist. Daarom is, geheel in stijl van de sociale vernieuwing, een nieuwe vorm van dienstverlening ontworpen, een ongebaand pad gegaan om die broodnodige aansluiting te organiseren. Niet om de invloed van de geestelijke gezondheidszorg uit te breiden, maar om die voortdurend na te streven aansluiting te realiseren. Dat gebeurt niet door weer een psychiatrische hulpverlener, maar door een opbouwwerker; iemand die thuishoort in wat vroeger een basisvoorziening werd genoemd, iemand die zich inzet voor een groep buurtbewoners die met stadsvernieuwing te maken krijgt, woonwagengedwongen die de aansluiting missen, migranten of mensen met psychiatrische problemen. De benadering voor al die groepen is inderdaad dezelfde: je niet terug laten drukken in de marge, maar aan het maatschappelijk verkeer deelnemen op je eigen voorwaarden. Dan ontstaat de pluriforme samenleving die alle mensen ruimte geeft.

Doortje Kal

werkt bij BIAGG Centrum/Oud West op de afdeling Preventie

### Noten

- 1 Het Amsterdams model, Flip Schrametier, 1987, Gemeente Amsterdam.
- 2 Een Amsterdams weg naar een geestelijke gezondheidszorg nieuwe stijl, Egbert van der Poel, Harrie van Haaster, 1982, SISWO.
- 3 Nieuwsbrief Platform GGZ Amsterdam, nr. 2, maart '85, Wijkwelzijnsplanning negeert vernieuwing in de geestelijke gezondheidszorg volledig (blz. 29)
- 4 Nieuwsbrief Platform GGZ Amsterdam, nr. 2, maart '85, Debat in Paradiso: vernieuwing, hervorming, camouflage, illusies (blz. 9). De nieuwsbrief is een uitgave van het Platform GGZ Amsterdam.

- 5 Zie ook: Van inrichtingspatiënt naar Bijlmerbewoner, de reïntegratie van psychiatrische peetoom Schoutendorp Amsterdam, in de Amsterdamse samenleving, Rijkschroeff, Van Zuthem, Van Zuylen, 1988, Van Gorcum.
- 6 Deze nota is vrijwel integraal opgenomen in het boekje Psychiatrie, Opbouwwerk, Samenleving. In dit boekje zijn ook de lezingen gebundeld van de op 13 juni gehouden werkconferentie. Dit boekje is te bestellen bij de Riagg c/ow, Keizersgracht 477, 1017 EG Amsterdam. Kosten incl. verzending f 10,-.
- 7 Harrie van Haaster, Wartaal, een onderzoek naar methoden van competentieverhoging in de geestelijke gezondheidszorg, onderdeel van het onderzoeksprogramma Ondersteuning, Overleving en Cultuur, Amsterdam 1991, Thesis.
- 8 Floor, Goethals, de Koning, Aktiviteitensystemen en bereikbaarheid, SISWO, 1990.
- 9 Deze beide perspectieven zijn overigens ook - mede door toedoen van bovengenoemde onderzoekers - met verve naar voren gebracht in een werkdokument 'Onderzoeksprogrammering ten behoeve van de Amsterdamse GGZ'. Dit werkdokument heeft geresulteerd in een voorstel van de Stichting OSA (Onderzoeksplatform sociaal medische dienstverlening Amsterdam) en het Platform GGZ Amsterdam, gedaan aan de gemeente Amsterdam november 1989. In dit voorstel wordt gesteld dat het Amsterdams Model (van de GGZ) de drie centrale programmatische punten van de Healthy Cities Movement deelt, nl. het ecologisch gezondheidsconcept (de samenhang van volksgezondheid met sociale, maatschappelijke en materiële omstandigheden), een politieke binding (erkenning van politieke verantwoordelijkheid ten aanzien van gezondheidsbeleid) en participatie van betrokkenen.
- NB Het ecologisch perspectief van Van Haaster gaat in zekere zin verder dan dat van de Healthy Cities Movement.
- 10 Intussen heeft de officiële besluitvorming over de financiering van het project plaatsgevonden en is met de werving van twee opbouwwerkers begonnen. Het ligt in de bedoeling na enige tijd ook nog twee 'banenpoolers' aan te stellen.
- De begeleidingscommissie van het project is breed samengesteld: behalve politiek, hulpverlening en gebruikers zijn vertegenwoordigd welzijnsinstellingen, de stichting nieuwe werkvormen, het opbouwwerk en het LOCO (Landelijk Opleidingscentrum voor opbouwwerk en maatschappelijk ondernemen). Het LOCO zal de opbouwwerkers begeleiden en een bescheiden onderzoek verrichten.



De Haagse wethouder voor volksgezondheid, de heer D. Ramlal, definieerde vorig jaar sociale vernieuwing als "het inhalen van achterstallig sociaal onderhoud". Het opsporen en aanpakken van hardnekkige achterstanden en scheefgegroeide maatschappelijke verschillen zijn ook doelen van het Haagse gezondheidsbeleid.

## Sociale vernieuwing is meer dan pleisters plakken

Willem Vroege

Het Haagse beleid kent vier prioriteiten:<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Speciale aandacht voor bepaalde bevolkingscategorieën met specifieke problemen.*

Het Haagse beleidsprogramma noemt met name migranten, gehandicapten, verslaafden en ouderen. Naast verbetering van hulp en zorg is het beleid sterk gericht op preventie. Voorts is er veel aandacht voor de invloed van organisaties van patiënten en cliënten.

<sup>2</sup> *Het aanpakken van gezondheidsachterstanden en -verschillen in of tussen wijken.* Achterstandswijken zijn vaak ook ongezonde wijken. De gemeente wil actieprogramma's ontwikkelen om verschillen in gezondheid aan te pakken. De overheid doet dit in alle gevallen zoveel mogelijk in samenspraak met de desbetreffende bevolkingsgroepen.

<sup>3</sup> *Pleidooien voor gezondheid op beleidsterreinen als milieu, onderwijs, verkeer, wonen en stadsbeheer.*

Dit punt betreft het gezondheidsfacetbeleid (bijv. de kwaliteit van het binnenmilieu in woningen), maar ook bijvoorbeeld de aard en spreiding van woningen voor ouderen en gehandicapten, de mobiliteit van ouderen, en dergelijke.

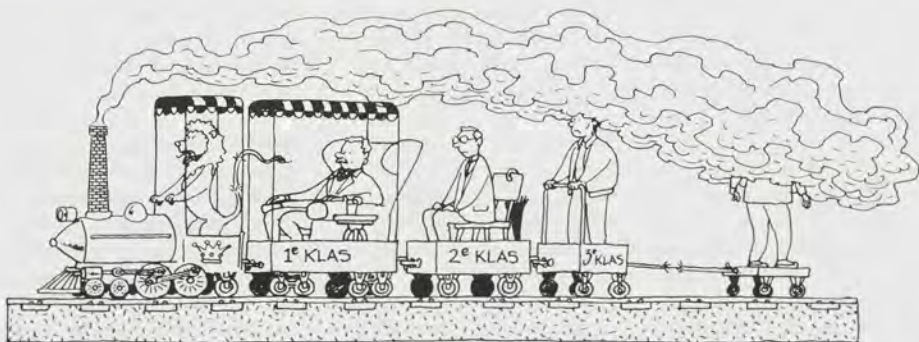
<sup>4</sup> *Inspelen op de stelselherziening in de gezondheidszorg.*

De gemeente heeft een verantwoordelijkheid in het tot stand brengen van een samenhangend en doeltreffend zorgaanbod in de stad. Er is bijzondere aandacht voor de positie van de consument of patiënt en voor mogelijke garanties van bereikbaarheid en beschikbaarheid, ook voor mensen met een lage inkomenspositie of een geringe 'sociale competentie'.

### 'Bottom up'

Zowel bij sociale vernieuwing als bij gezondheidsbeleid wordt een aanpak 'van onderop' van groot belang geacht. Zorg-op-maat, wijkaanpak, behoeftengerichtheid en bevolkingsparticipatie zijn enkele sleutelwoorden. Het nieuwe zit naar mijn smaak vooral in de beoogde consequentheid van de benadering, alsmede in het streven naar een niet-verkokerde, integrale aanpak op kernthema's.

Maar bij 'nieuw elan' en mooie woorden mag het niet blijven. Er moet daadwerkelijk iets bereikt worden voor groepen burgers die altijd uit de boot dreigen te vallen. Niet voor niets luidde de titel van het dit jaar in Den Haag gehouden symposium: 'Den Haag Gezond: van pleidooi naar programma'!



## Onderzoek

We weten het een en ander over de stad, over ziekte en sterfte.

Twee voorbeelden:

1) Er sterven in Den Haag jaarlijks 800 mensen rechtstreeks als gevolg van het feit dat zij roken.  
2) We weten dat mannelijke bewoners in oude achterstandswijken gemiddeld vijf jaar, en vrouwen twee jaar korter leven dan in andere wijken. Dat heeft kennelijk met de sociaal-economische positie, opleiding en leefsituatie van mensen te maken.

Goed onderzoek blijft nodig om steeds beter te kunnen begrijpen wat er aan de hand is in de stad, waar oorzaken liggen van sterfte, van ziek zijn en je ongezond voelen.

## Gezonde omgeving

Maar wat betekent dit voor het gezondheidsbeleid in wijken? Hierbij gaat het vooral om het bevorderen en beschermen van de gezondheid van wijkbewoners. We willen daarbij kijken naar de betekenis van 'omgevingsfactoren' op de gezondheid en de gezondheidsbeleving, objectief en subjectief. Dit geldt bijvoorbeeld voor de 'gebouwde omgeving', ofwel de kwaliteit van huizen en de woonomgeving. Dan komen zaken aan de orde als: CARA-klachten ten gevolge van vochtige huizen, stress en geluidsoverlast, het leefmilieu in de buurt, of het gebrek aan goede speelvoorzieningen voor kinderen waardoor zij in de ontwikkeling van hun motoriek achterblijven.

Ook de 'sociale omgeving' is van invloed op de gezondheid. Hoe leven groepen mensen met elkaar samen, bijv. gelet op cultuurverschillen? Is er voldoende 'buurtcultuur', zodat bewoners elkaar durven aanspreken op zaken als vervuiling en overlast? Wordt er

gelet op kinderen die buiten spelen? Hebben ouderen - vooral hoogbejaarden - een goed 'netwerk' om zich heen waardoor ze niet vereenzamen en verkommeren?

Het zijn maar enkele voorbeelden, die de laatste tijd vooral aan de orde komen in relatie tot sociaal beheer en leefbaarheid. Het wordt tijd om de gezondheidsoptiek bij deze ontwikkelingen te betrekken. Mijns inziens krijg je als gemeente een goed milieu: beleid alleen maar van de grond met de interesse bij de wijkbevolking, als we het milieu primair benaderen vanuit de invalshoek gezondheid. Een voornamelijk 'technische' benadering - chemisch, beheersmatig - is niet voldoende.

Een andere belangrijke factor bij gezondheidsbeleid is ook het 'leefgedrag' van mensen. Leven mensen wel gezond? Ik denk aan roken, drinken, druggebruik, gokken, maar ook aan de omgang met het milieu. Wat zijn de problemen op het gebied van verslaving of milieuvervuiling in een wijk? Als individueel gedrag consequenties heeft voor anderen, is dat zeker van belang!

Een vierde factor is 'gezondheid op het werk'. In het kielzog van landelijke discussies over WAO en ziekteverzuim, is er een toenemende belangstelling voor gezonde werkplekken en arbeidsomstandigheden. Ook op dit punt is nog veel te doen. Kunnen bij u de ramen open, letterlijk en figuurlijk?

## Kiezen

Er zijn tal van keuzes te maken als het om beleid gaat. Om te beginnen de keuze: wat we willen weten en nader onderzoeken. Essentieel is, dat ook deze keuzes niet uitsluitend van bovenaf worden gemaakt. De mensen zelf, de

wijkbevolking en de categorale organisaties, moeten er bij worden betrokken. Gezondheidsbevordering gaat uit van het participatiebeginsel. Het is een proces dat mensen in staat moet stellen, weer greep te krijgen op hun eigen gezondheid en deze te verbeteren<sup>2</sup>. De gemeente Den Haag sluit aan bij het door de Wereld Gezondheidsorganisatie in 1984 gestarte 'gezonde steden project'. De WHO spreekt in dit verband over 'community diagnosis' en over 'community involvement'<sup>3</sup>.

## Enkele projecten

Ik geef enkele voorbeelden van sociale vernieuwingsprojecten op het gebied van gezondheid.

\* *Gezond leven in Spoorwijk.*

Dit is een voorlichtings- en informatiecampagne op allerlei gebied zoals verslaving, vereenzaming, hygiëne, stress, voeding. Begonnen is met een voorlichtingscampagne over diverse vormen van verslaving: roken (een stop-met-roken cursus), alcohol, druggebruik, gokken, eetverslaving en medicijnverslaving.

\* *Netwerk Schilderswijk.*

Dit project richt zich op de medische en sociale achterstandsproblematiek van kinderen op basisscholen. Via een netwerk-aanpak kan een gecoördineerde hulpverlening tot stand komen, waarbij men de problemen op school, de gezondheid van kinderen en hun thuissituatie met elkaar in verband brengt.

\* *Verbeteren motoriek.*

In centrumwijken worden achterstanden gesignaleerd bij kinderen op het gebied van motoriek, kennis, sociale en emotionele ontwikkeling. Deze achterstanden versterken elkaar. Ook de leefomgeving heeft een negatieve invloed: druk verkeer, vervuiling, onvol-



doende speelgelegenheid, kleine behuizing en dergelijke.

Het project richt zich op een voortdurende motoriekontwikkeling bij kinderen van 0 - 13 jaar in de wijk Kortzenbos, door hun speelmogelijkheden te verbeteren en door de kinderen te leren goed te bewegen en te sporten. Ouders moeten meer bij de spelontwikkeling van hun kinderen worden betrokken.

#### \* *Gezond Scheveningen.*

Dit project beoogt een integrale aanpak van gezondheidspreventie in het stadsdeel Scheveningen. De bevolking wordt nauw betrokken bij een onderzoek naar de gezondheidssituatie, bij het analyseren van gezondheidsproblemen - inclusief de omgevingsfactoren zoals de woonsituatie - en bij het opzetten van gezondheidsbevorderende activiteiten.

#### \* *Publieksgerichte informatie.*

Gewerkt wordt aan het opzetten van 'gezondheidswijzers': vaste punten in een wijk of stadsdeel voor publieksgerichte voorlichting en actie, eveneens met inschakeling van bewoners, cliëntgroepen, zelfhulpgroepen, enzovoorts. Laakkwartier-Noord, Scheveningen en Spoorwijk staan als eerste op de rol.

#### \* *Samenwerking Eerstelijnszorg.*

Eerstelijns gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in de oude centrumwijken zijn niet meer in staat een adequaat antwoord te geven op de actuele hulpvraag. Deze hangt nauw samen met maatschappelijke omstandigheden en sociale marginalisatie van de cliënten. Hulpverleners raken in toenemende mate overbelast en gefrustreerd. Zij kunnen de problemen niet meer oplossen in een monodisciplinaire, solistische werksituatie.

gen van preventie en welzijnswerk, met ziekenhuizen, kruiswerk, GGD en RIAGG. Meer faciliteiten zijn nodig voor de opvang van psycho-sociale crises, maar ook voor de EHBO.

Er zullen consequenties zijn voor werkwijzen, informatievoorziening en financiering. Accentverschuiving van tweede- naar eerstelijnszorg is mede een doelstelling van het project.

### Meer dan pleisters plakken

Sociale vernieuwing is meer dan het bedekken van wonden. Het is zelfs meer dan medicijn: meer dan een door een deskundige voorgeschreven en door de patiënt ingenomen middel, in de hoop dat de kwaal overgaat...

Sociale vernieuwing is een remedie, een beweging, een proces, een manier van kijken en doen. Met de bedoeling om vooral burgers zelf te laten werken aan hun eigen gezondheid van lijf, leden en leefomgeving. Van gezondheidswerkers, opbouwwerk en gemeente mag men daarbij de nodige steun verwachten.

### Het opbouwwerk

Bij sociale vernieuwing in het algemeen, dus ook bij de ontwikkeling van het gezondheidswerk

in wijken, ligt er bij uitstek een taak voor het opbouwwerk in de ondersteuning van bewoners bij participatie en zelforganisatie, alsook op het punt van netwerken en coalitievorming. In de woorden van Cees de Wit betekent opbouwwerk het 'in staat zijn tot maatschappelijk diagnosticeren, tot organisatievorming en tot strategische en educatieve advisering'.<sup>1</sup> Vanuit deze professionele invalshoek is de opbouwwerker tevens een onmisbare gesprekspartner voor gezondheidswerkers en gemeente.

Willem Vroege is hoofd vakgroep Omgevingsgezondheid, afdeling Gezondheidsbevordering, sector GGD

#### Noten

- 1 'Programma Beter Gezond 1991-1992', gemeente 's-Gravenhage.
- 2 Zie ook het artikel van Kees Stuurup over 'Community based gezondheidsbeleid en opbouwwerk' in MO, september 1989.
- 3 'Gezondheid in Den Haag, enkele aspecten', Beter Gezond-reeks, gemeente 's-Gravenhage, april 1989.
- 4 Cees de Wit: 'Sociale vernieuwing, hotspot of karakteristieken voor een nieuw Leids recept?' In: verslag symposium Sociale vernieuwing en het stedelijk welzijnswerk, Stichting Welzijn Leiden, 26 april 1990



Intensieve samenwerkingsverbanden zijn nodig, ook met instellingen

"In durf liggen genialiteit, kracht en magie besloten": Goethe wordt erbij gehaald om de deelnemers van het grootste integratieproject in Nederland te prikkelen. Het citaat van de veelzijdige Duitser is een persoonlijke boodschap van de projectleidster aan de lezers van de in november '90 verschenen nota "CGM: zorgvernieuwing in de praktijk, projectmatige aanpak voor integrale zorgverlening in een stadsdeel van Rotterdam."

## Grootste integratie-project "Ik weet niet of het lukt"

Gerald van Wilgen

CGM staat voor Centrum voor Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening en bestaat sinds eind '89. De projectleidster heet Ankie Lubbers (34, geen familie), zij is in het voorjaar van 1990 benoemd. Het genoemde stadsdeel is Rotterdam-Noord, een gebied dat bestaat uit zes wijken en dat net zoveel inwoners heeft als Gouda.

Integrale zorgverlening is een, voor leken, onbegrijpelijke term. Integraal komt van het latijnse integer: het geheel. Zorgverlening is een samentrekking van zorg en hulp- of dienstverlening. Maar dan nog, wat betekent dit nou precies? Aan het citaat gaan de volgende zinnen vooraf: "Tot men zich werkelijk inzet, is er aarzeling, de kans om zich terug te trekken, en altijd ondoelmatigheid bij alles wat men onderneemt (of creëert). Zodra men iets onherroepelijks op zich neemt en zijn schouders er onder zet, komt de Voorzienigheid in beweging. Het besluit brengt een hele reeks gebeurtenissen voort. Wat u ook kunt doen, of denkt dat u kunt doen, begin er aan." En dan volgt die zin over durf.

Deze passage zegt nog steeds meer over de mensen die zich met het proces inlaten, de lezers van de nota, dan over het proces zelf. Een paar pagina's na Goethe staat iets over de doelstellingen van het CGM project. Dat brengt

uitkomst: "De doelstelling van het project is om te komen tot een zorgaanbod, dat 'zorg op maat' kan leveren. Het kunnen leveren van 'zorg op maat' vraagt om een nieuwe organisatie van de zorg, in de brede zin van het woord. Het vraagt om een geïntegreerd zorgaanbod, waarbij de huidige 'echelons' van het zorgaanbod een gezamenlijke inspanning leveren om de behoefte van de cliënt (en niet de (on)mogelijkheden van hun eigen instelling) als vertrekpunt van handelen te nemen: de functionele benadering."

### Vier pijlers

Het project, nu in de concretiseringsfase, kent vier 'pijlers'. De eerste is het creëren van een samenwerkingsverband tussen de instellingen die deelnemen aan het CGM-project. Volgens de publikatie gaat het om: "Zowel de extra- als de intramurale zorg (buiten en binnen de muren) en de maatschappelijke dienstverlening." De tweede pijler is "methodiekvernieuwing ten behoeve van de aanbodkant". Oftewel: een andere manier van werken en denken.

De derde pijler is gereserveerd voor de gebruikers van de zorgvoorzieningen, in jargon: de vraagkant. Het is de bedoeling dat door het CGM-project de bewoners invloed hebben op zowel de zorgvernieuwing als de

zorgverlening. Op deze pijler prijkt het opschrift: sociale vernieuwing. Lubbers kijkt met gemengde gevoelens naar sociale vernieuwing. Aan de ene kant heeft het enige, met name financiële, voordelen. De andere kant is dat sociale vernieuwing, volgens haar, te veel en te snel resultaten wil zien. In het CGM-project zijn concrete, wetenschappelijk verkregen resultaten, op korte termijn nauwelijks haalbaar.

De vierde en laatste pijler: "Het CGM-project behoeft een eigen project-management, waarbij niet alleen gewerkt gaat worden aan de beoogde zorgvernieuwing in de regio Noord van Rotterdam, maar waarvanuit tevens een katalyserende werking van andere regio's in Rotterdam of elders in Nederland wordt gerealiseerd". Dit citaat is afkomstig uit de nota van Lubbers. Het wil zeggen dat deze vernieuwing voorop loopt in Nederland en dat de verkregen kennis en ervaring ook elders toegepast moet kunnen worden.

De voorgeschiedenis van het project is minstens zo uniek als het project zelf. In 1987 kwam de top van zorgverlenend Rijnmond in het geheim bijeen om te brainstormen en te filosoferen over hoe de ideale zorgverlening eruit ziet. Deze zogenaamde Oliphantgroep was een initiatief van de toenmalige wethouder van

sociale zaken en volksgezondheid, Henderson. Na twee jaar vergaderen achter gesloten deuren, trad de groep weer in het daglicht met een nota waarin stond hoe zij dachten de zorgverlening te organiseren. Met de nota in de hand installeerde Henderson, eind '89, de stuurgroep CGM die het project nader moest uitwerken.

De Olifantgroep koos voor Rotterdam-Noord omdat dit een geografisch "redelijk te onderscheiden gebied is". Voorts omdat in de deelgemeente Noord drie ziekenhuizen verdwijnen. De eerste hulpverlening valt volledig weg en de vraag of er iets voor in de plaats moet komen past goed in het CGM-project.

De stuurgroep CGM die de Olifantgroep heeft ingesteld bestaat, om met Lubbers te spreken, uit "middlemanagementfiguren". Zij stelden ongeveer een half jaar na de oprichting van hun eigen stuurgroep, Ankie Lubbers als projectleider aangesteld. "De elf" van de Olifantgroep betalen het project: drie jaar lang, per organisatie 15.000 gulden. Daarnaast is het project erkend als voorbeeldproject sociale vernieuwing, en dat betekent een ton per jaar, vier jaar lang. Met dit geld wordt een opbouwwerker betaald. Hij is niet in dienst van het CGM maar van de Rotterdamse opbouwwer-

instelling RIO. De bewoners van het gebied hebben namelijk een eigen organisatie opgezet om op die manier invloed uit te oefenen op het proces.

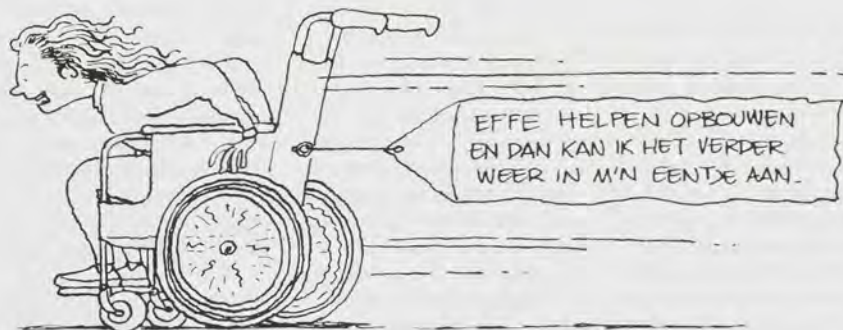
## Mensen

Het is Lubbers begonnen om de mensen. Om de nota nogmaals te citeren: "(...) het CGM-project beoogt, met behulp van de huidige middelen (alle verworven kennis en mogelijkheden) een bijdrage te leveren aan het 'welbevinden' van de mens, waarbij de mens in zijn totaliteit het vertrekpunt van handelen is." Lubbers: "Het is toch van de zotte dat bij 'meervoudig complexe' zorgvragen organisaties geen weet hebben van elkaars werk, terwijl verschillende mensen bij een persoon over de vloer komen. En dat niet alleen. Al die hulpverleners hebben hun eigen taak en mogen geen taken van andere organisaties uitvoeren. Ik geloof dat het anders kan: voor de mensen vriendelijker en toegankelijker, goedkoper en efficiënter. In het begin was 'men' bang voor chaos. Maar ik heb nog nooit iemand iets horen zeggen over de chaos bij de mensen thuis; daar ligt mijn prioriteit. Zodat de chaos bij die mensen weggenomen wordt. Want die zijn ziek en afhankelijk voelen zich onzeker. Bij de 'meervoudig complexe'

zorgvragen (circa 10% van de zorgvragen in Rotterdam-Noord) gaat bovendien het vaakst iets mis en er gaat ook het meeste geld in om."

"Een simpel voorbeeld: Een oud iemand, proper van aard, kan niet meer bij de keukenkastjes komen. Op een van de deurtjes zit een vieze veeg waar die mevrouw zich al een paar dagen aan ergert. Voor iemand die alleen maar thuis is en gewend was de zaakjes netjes voor elkaar te hebben is het een bron van ergernis. Voor de wijkverpleegster of iemand van Tafeltje-dekje is het een kleine moeite een doekje over die kast te halen, maar volgens de regels mag dat niet. Dat is toch belachelijk!"

"Een ander voorbeeld: een zorgbehoevende mijnheer moet wegens griep tijdelijk opgenomen worden in een verzorgingstehuis. Dat kan, zegt iemand van het verzorgingstehuis, maar we hebben een personeelstekort waardoor we tijdens de weekends geen zorg kunnen bieden. Vervolgens werd iemand van de Stichting Thuiszorg opgebeld met de vraag: kunnen jullie die meneer in het weekend wassen en aankleden? Nee, zegt Thuiszorg, dat is ons terrein niet. Wij verzorgen alleen mensen in hun thuis situatie. Het gevolg is dat iemand



moet thuisblijven terwijl Thuiszorg (lange wachtlijsten) nu zeven dagen in de week wordt belast. Versterde verhoudingen. Iedereen blijft op z'n stekkie zitten en niemand voelt zich verantwoordelijk. En niet alleen zeggen: ik kom alléén de kastjes doen of medicijnen toedienen. Nee. Je moet ook kijken naar waar die meneer of mevrouw behoefte aan heeft. Als hulpverlener zelf beslissingen nemen. Niet van bovenaf stellen: dat mag wel, dat niet. Mensen vrijheid van handelen geven, achteraf verantwoording afleggen. Dat moet veranderen en dat zou ik graag in beweging willen brengen. Ze moeten naar de mens in z'n geheel kijken!"

## Doelgroepen balen

"Heel de mens. Dat betekent de eerste plaats herdefiniering van het klantenbestand. Je hebt nu bijvoorbeeld het onderscheid tussen ouderenzorg, gehandicaptenzorg, jeugdzorg; allemaal ingedeeld naar doelgroepen: mensen etiketten opplakken. Die 'doelgroepen' balen - dat is mijn ervaring - daar behoorlijk van. Wij laten doelgroep- en organisatiebenadering los en we pakken een gebied en kijken welke zorg tegen welke prijs op welk moment moet leveren. Dit gebied, waar zo'n 60.000 mensen wonen, is onze doelgroep. Het enige wat ze onderscheidt is dat die mensen tussen hun geboorte en hun dood verschillende zorgvragen hebben. Wij maken daarom het onderscheid tussen drie soorten zorgvragen. Enkelvoudig: deze zijn over het algemeen kortdurend en worden tussen hulpverlener en klant afgedaan. Meervoudig, maar niet complex: bijvoorbeeld de arts die zijn patiënt doorverwijst naar een fysiotherapeut en wijkverpleging regelt. Dat is allemaal in de eerste lijn en dat valt onder mekaar goed te regelen. Dat is te vergelijken met

wat er nu in gezondheidscentra gebeurt. En drie: de meervoudig complexe zorgvragen. Daar richten wij ons op."

"Ik heb hiervoor een voorbeeld management-structuur getekend. Je ziet vier kolommen. Vanuit die vier kerndisciplines zoeken we contacten met andere organisaties, bijvoorbeeld met de huisartsen. Deze groep zoekt steeds meer samenwerking via haar lokale organisatie en gaan daarvoor meer op de deelgemeente gericht werken. Vier waarnemgroepen zijn inmiddels bij het project betrokken. Die vier zijn voor het eerst met elkaar in gesprek. Onder andere omdat er sprake is van een nieuwe ehbopost, de geneesheren zijn van mening dat dat ook hun taak is en dat er geen extra voorzieningen nodig zijn. Bovenaan elke 'afdeling' staat 'coördinatieteam', daaronder staat het onderwerp. Om met dat eerste te beginnen. Het coördinatieteam van de twee zorg-afdelingen bepaalt welke zorg iemand ontvangt. Momenteel bestaan voor de aanpak per handicap of ziekte vaste afspraken. Ik vind dat als je zorg op maat wil leveren, dan moet je zo min mogelijk afspraken maken. Als twee mensen dezelfde ziekte hebben, dan heeft de patiënt met partner een andere zorgvraag dan degene waar die partner ontbreekt. Iemand die een goede aangepaste woning bewoont, daar kan je veel meer thuiszorg bieden dan iemand die in een mindere woning woont waarvan de douche niet is aangepast, of waar zelfs helemaal geen douche is. Op basis van dit soort criteria zou je kunnen zeggen iemand heeft 45 uur zorg per jaar nodig, een licht geval. Daar staat dan een x-bedrag tegenover en dan zou je dus met de klant samen het zorgpakket moeten kunnen samenstellen. Zodat je als hulp-

verlener niet meer op verrichtingen wordt afgericht, maar op indicering van het aantal uren zorg. Of een variant daarop. Het coördinatieteam zit achter een 'loket'. Mensen moeten bij dat ene 'loket' hun meervoudig-complexe zorgvragen kwijt kunnen. Het enige wat ze terug mogen krijgen is een pakket van maatregelen en niet: verschillende afspraken van verschillende organisaties. Dan komt de boodschap versnipperd bij de mensen huis. De voorwaarde hiervoor is dat je als verzekeraar niet precies wil weten wat iemand in dat uur precies doet."

"De eerste kolom van het genoemde vierdelige schema heeft als onderwerp: Werken aan gezondheid. Behalve het geven van zorg willen we ons ook bezig gaan houden met de houding van mensen tegenover de gezondheidszorg. 'We' lopen met z'n allen veel te snel naar de dokter. Hierdoor wordt de medische zorg onevenredig veel belast. Door middel van voorlichting willen we de zorgconsument duidelijk maken niet bij het minste geringste kwaaltje de dokter te bellen. Verder vallen onder "Werken aan..." bewonersactiviteiten en zelfhulpgroepen.

De tweede kolom heet "Herstel tot gezondheid". Deze groep houdt zich vooral bezig met de tijdelijke zorg en behandelingen. De derde kolom "Draaglijk maken van ziekten en handicaps" richt zich op permanente zorg. De vierde en laatste groep "Infrastructuur/logistiek" houdt zich bezig met een wat breder veld: communicatie (intern en extern), maaltijdvoorziening, coördinatie logeerverblijf, invoering technologie."

## Positie opgeven

Mooie plannen, maar willen de 'gevestigde belangen' hun veilige

positie opgeven? Ze hebben dan wel hun intentie uitgesproken en betalen braaf jaarlijks hun abonnementsgeld, maar zijn ze ook bereid een gedeelte van hun autonomie af te staan? Er hoeft maar een 'John Major' tussen te zitten om het hele proces te vertragen of zelfs te laten mislukken.

Lubbers: "Volgens onze filosofie heeft het bestaande systeem zijn grenzen bereikt. Mensen willen best praten over zorgvernieuwing, en er ook daadwerkelijk naar handelen. Daar is tijd voor nodig. Aan de andere kant moet je het ook niet te veel tijd geven. Het gaat om angst en onzekerheid waar mensen in deze tijd niet meer mee kunnen leven. Dat vergeet men. En dat is ook waar ik de zorg-organisaties mee confronteer. En dan zeggen ze: O, ja daar ging het om, mensen.

Als je het bestaande wilt veranderen dan doe je in feite meer van hetzelfde. Wij zijn op een kleinschalig niveau aan het kijken of we een volstrekt nieuw systeem op kunnen bouwen. Niet méér van hetzelfde, maar echt iets anders. Dat is de kracht, maar ook de zwakte van dit project. Ik weet ook niet of we het redden, als de bestaande organisaties op hun stoel blijven zitten, dan lukt het dus niet."

### Praktijk bloot leggen

Om alle organisaties te overtuigen heeft ze veel bezoeken moeten afleggen: "Ik probeer aan de hand van voorbeelden de dagelijkse praktijk bloot te leggen om te laten zien hoe het gaat bij de mensen thuis. Ik ben op altijd zoek naar de onderwerpen waarvoor mensen zeggen: dat gaat in mijn praktijk ook niet goed. Ik heb top en middlemanagement bezocht om te kijken waar kansen en bedreigingen zitten. Hoe groot de veranderingsbereidwilligheid is. Ik probeer er achter te

komen waar de bezwaren zitten. Mijn startpunt zijn de gemeenschappelijke belangen en die probeer ik uit te bouwen. Als je begint met zaken die niet gemeenschappelijk of bedreigend zijn, dan haken mensen af. Bij dit soort discussies start ik bij de inhoud. Ik geloof dat je op basis van inhoudelijke visie en argumentatie bestaande structuren moet veranderen.

We willen dat alle partners in het voorjaar twee nota's ondertekenen. En dan kom je voor de vraag, wat als dat niet gebeurt? Stop je dan het project? Naar andere oplossingen zoeken? Ik heb daar wel zo mijn gedachten over, maar die houd ik liever nog even voor me."

Omdat het project bedacht is door directies van zorg-organisaties verwacht je dat de organisaties meedoen zonder al te veel tegenstribbelen. In de praktijk valt dat tegen. Lubbers: "Het unieke van dit project is dat topmensen nagedacht hebben over vernieuwing. Ik heb zelf lange tijd gedacht, en ik praat nu in verleden tijd, dat die vernieuwing ook door die organisaties zelf in gang zou worden gezet.

Je ziet bij de plannen dat we in een gezamenlijk gebouw het volgende onder willen brengen: logeermogelijkheid voor mensen die net uit het ziekenhuis komen, maar nog niet helemaal voor zich zelf kunnen zorgen; een ruime hal, documentatie- en vergaderruimte. Het belangrijkste onderdeel van het gebouw vormt echter het loket.

In september dit jaar heb ik deze stap in een concreet en gedetailleerd werkplan beschreven: welke organisaties moeten wat doen, wanneer, op welke manier. Het kwam er op neer dat alle middlemanagementfiguren van de participerende organisaties op één verdieping komen te werken. Ze doen nog steeds het zelfde werk,

maar voor hun eigen organisatie. De enige reden om ze nu al bij elkaar te zetten zijn de korte lijnen die ontstaan en die het overleg vergemakkelijken.

Alle participerende organisaties huren een gedeelte van dat gebouw om zodoende het onderdak te financieren. Bij het uitgeven van zo'n plan krijgt het CGM-project handen en voeten.

Je kunt je voorstellen dat men bij het lezen van dat plan even moest slikken. Iedereen is wakker geschrokken en opnieuw gaan overwegen hoe in het project te participeren. Het is een pikken of slikken-constructie aan het worden. Zo van: als ik nu ja blijf zeggen dan kom ik er straks niet meer onderuit.

Daar komt nog bij dat veel organisaties vanwege de stelselherziening intern onzeker zijn. Ze trekken zich, nog meer dan voorheen, terug in eigen vesting. Dat is voor ons een ongunstige ontwikkeling."



Zitten de bewoners van Rotterdam-Noord op een nieuw stelsel te wachten? Willen de mensen die afhankelijk zijn van zorgverlening iets anders? Lubbers geeft toe dat ze hierover geen garanties kan geven. Wel weet ze dat mensen die afhankelijk zijn van meerdere organisaties onder de huidige situatie lijden en dat er veel klachten zijn.

Ik denk dat vernieuwingen vaak

van onderop komen. Het probleem daarbij is dat mensen als ze nieuwe samenwerkingsverbanden op de rails hebben gezet, of een nieuw produkt hebben ontwikkeld, op een gegeven moment erkenning vragen: zodat de vernieuwingen ingevoerd kunnen worden. Directies kunnen dat proces frustreren.

Gelukkig zijn de directies dit project goedgezind, maar dat betekent niet dat de vernieuwing van boven kan komen. Nee, de vernieuwing komt van onderen. En daar zijn we momenteel druk mee bezig: het proces bottom-up voeden. Vooral om te weten waar de meeste behoefte aan is. Dat weten de directies ook niet.

Het draagvlak op topniveau is niet minder qua visie, maar als je van het topniveau afhankelijk bent om vernieuwingen te implementeren, dan duurt het jaren en jaren.

Gerald van Wilgen is free-lance journalist

Een brede definitie van 'gezondheid' biedt duidelijke aanknopingspunten voor de sociale vernieuwingsaanpak: bevolkingsparticipatie, een intersectorale samenwerking, doorbreking van verkokering. Vooral op lokaal niveau kan een verbinding ontstaan tussen het sociale vernieuwingsbeleid en het nieuwe gezondheidsbeleid van de World Health Organization zoals dat in Nederland o.a. tot uitdrukking komt in de 'Nota 2000', het 'Kerndocument Gezondheidsbeleid' en de Wet Collectieve Preventie.

## Zeven cirkels voor een sociaal vernieuwend lokaal gezondheidsbeleid.

Kees Stuurop

De aandacht voor de "breuk" tussen aanbieders van gezondheidszorg en gezondheidsinformatie en gebruikers, in combinatie met het onderwerp bevolkingsparticipatie, neemt toe. Meer in de picture komen het lokale gezondheidsbeleid en de lokale gezondheidsbevordering (zie o.a. de Wet Collectieve Preventie), om directer te kunnen aansluiten bij de plaatselijke behoeften.

Bovendien is er een discussie gaande over de organisatie van effectieve gezondheidsvoorlichting in het vakgebied van het zogeheten 'GVO' (Gezondheidsvoorlichting- en Opvoeding), met name voor "moeilijk bereikbare groepen". Kernwoorden in die discussie zijn: netwerkontwikkeling, intersectorale samenwerking, bevolkingsparticipatie en intermediairen. Ook hier speelt "lokalisieren": dichterbij de mensen opereren, een rol

Bij het thema gezondheid en sociale vernieuwing is het o.a. door Noack (1987) verwoorde sociaal-ecologisch paradigma een goed uitgangspunt.

"First, health or ill health does not depend merely on social and environmental factors and an individual's resistance gives him or her a more or less stable predisposition to a particular disease. Health or ill health also depends on his or her physical and psychological potential to cope effectively with internal (e.g. bodily) and external demands. Second, most diseases are likely to be the result of many interacting conditions: external as well as internal factors, contributing (e.g. precipitating) and predisposing factors. Thus quite contrary to the doctrine that diseases have specific causes, most conditions of ill health - and, as a logical consequence, of good health as well - have heterogeneous origins (...)"<sup>1</sup>

In dit verband noemt Noack "health balance en

health potential" als twee sleutelbegrippen, zowel voor het individu als voor "the community"<sup>2</sup>

Uitgaande van deze sociaal-ecologische benadering is gezondheid een resultante van een complex van factoren. Om vast te stellen aan wat voor gezondheidsbevordering behoefte is, is het noodzakelijk om een communicatieproces te ontwikkelen waarin dit complex van factoren in overweging kan worden genomen. Gezondheid is een begrip binnen een context.



### Versplintering

Het professionele gezondheidsveld is een onderdeel van de systeemwereld en overwegend gestructureerd op basis van het biologisch deterministisch model. Het opereert vanuit een top-down-structuur en verschaft ook top-down informatie aan de klanten.

Schuyt constateert, met anderen, dat er een geweldige versplintering van wetenschappelijke disciplines heeft plaats gevonden: "In de medische wetenschap bijvoorbeeld, waar bijna elk orgaan zijn eigen specialisme creëerde"<sup>3</sup> Samenhang is zoek. En samenspraak tussen professionals en de burgers is nog te ver te zoeken.

Instellingen die op basis van specifieke deel kennis zijn georganiseerd, kunnen slechts die produkten

aanbieden die zij specialistisch in huis hebben. De vraagkant is echter niet wetenschappelijk maar alledaags, niet gespecialiseerd maar diffuus. De vraagkant wordt bepaald door een complex van ervaringen. Dit leidt niet rechtstreeks tot een specifieke vraag, maar tot een behoefte aan uitwisseling van ervaringen om vast te stellen aan wat voor informatie behoefte is en wat met die informatie kan worden gedaan. Dat geldt o.a. op het gebied van gezondheidsvoorlichting en gezondheidsinformatie.

Het informatieprobleem dat zich voordoet als gevolg van professionele verkokering, manifesteert zich in een "lokettencultuur". Hier worden vragen vaak verengd tot wat de intermediair zelf in huis heeft. Het informatieprobleem is ook een probleem van professionele versus cliëntgerichte oriëntatie; professionals hebben de neiging om cliëntvragen in te passen in vooraf gestructureerde en genormeerde benaderingsmodellen. Een dergelijke benadering gaat voorbij aan de context waarin, en de processen van waaruit de cliëntvraag begrepen dient te worden.<sup>2</sup>

### **Intermediaire structuren: ruimte voor communicatie en dialoog.**

Er is dus niet zozeer behoefte aan informatiever-schaffing op basis van systeemkennis die de mensen de richting voor gezondheid wijst (Gezondheidswijzers' zoals de GGD die ontwikkelt), maar juist aan intermediaire kaders en intermediaire functies die uitwisseling van informatie, van kennis en ervaringen mogelijk maken. Dat kan niet via op zichzelf staande informatiepunten die over veel "data" beschikken. Het veronderstelt de organisatie van een communicatieproces over gezondheid in de lokale gemeenschap.

Er dienen structuren voor communicatief handelen te worden ontwikkeld die een dialoog tussen verschillende actoren, "people, politics and professionals", mogelijk maakt. Het vereist van de institutionele systeemwereld een cultuurverandering van een top-down naar een bottom-up organisatie, naar een open communicatiestructuur. De burger of klant is geen vijand maar een gelijkwaardige partner in een communicatieproces. Een structuur die tweerichtingsverkeer mogelijk maakt.

Voor een zinvol 'health promotion'-beleid zijn lokale 'community based' communicatiestructuren nodig. Het Werkcentrum Opbouwwerk Zuid-Oost Nederland (WOZON) heeft in het kader van het project Community Based Lokaal Gezondheidsbe-

leid (gefinancierd door het ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur), het volgende model ontwikkeld. Zeven cirkels bevatten het totale programma voor een nieuw lokaal gezondheidsbeleid, inclusief bevolkingsparticipatie.

### **1. community based gezondheidsprofiel**

Hoe het met de gezondheid in een bepaald gebied is gesteld, moet in kaart worden gebracht. Kwantitatief onderzoek naar sterfte en ziekte kan deel uitmaken van een onderzoeksproces onder de gemeenschap, dat vooral kwalitatief is en waar de onderzoeksinstantie zich opstelt als partner bij lokale gezondheidsbevordering. Het profiel moet naast gezondheidsproblemen ook de potenties in beeld brengen. Potenties zijn gezondheidsbevorderende activiteiten en structuren die in de samenleving al bestaan. Het opsommen van problemen heeft zin als je ook mogelijkheden zichtbaar maakt voor de gezondheid in de brede zin van het woord. De GGD-en van Amsterdam en Rotterdam hebben met wijkgerichte gezondheidsonderzoeken aanzetten in die richting gedaan.

Het is aan te bevelen in gezondheidsprofielen op te nemen hoe het met de 'Kwaliteit van Zorg' is gesteld en een verbinding te leggen met de ontwikkeling van een 'regio-visie' op die Kwaliteit van Zorg in een bepaald gebied.<sup>3</sup>

Het is bovendien aan te bevelen om in een community health profiel te inventariseren of het werk gezond is: hoeveel mensen worden waarom arbeidsongeschikt, hoe zit het met het ziekteverzuim, en vooral: wat vinden de betrokken werknemers er zelf van? Zo wordt de gezondheidssituatie in lokale bedrijven zichtbaar en bespreekbaar. Regelmatige publicatie van de top tien van de gezonde en de ongezonde bedrijven levert wellicht materiaal voor lokale communicatie over dit thema.

### **2. Community conferenties.**

Om communicatie over gezondheidsvraagstukken in de lokale gemeenschap te bevorderen zijn 'community conferences' een goed middel. Ze bevorderen bevolkingsparticipatie en intersectorale samenwerking. Ze zorgen ervoor dat gezondheidsvraagstukken op de lokale agenda komen, dat er mensen voor gemobiliseerd worden, en ze dragen bij aan intersectorale netwerkvorming en bevolkingsparticipatie. De conferenties kunnen stedelijk, regionaal maar ook op buurtniveau plaatsvinden.

### **3. Intersectorale infrastructuur.**

Uitgaande van een brede definitie van gezondheid zullen maatschappelijke organisaties die tot op



heden niet of nauwelijks met elkaar communiceren over gezondheid, nieuwe verbindingen moeten leggen, elkaar leren kennen, korte communicatielijnen ontwikkelen en elkaars taal leren decoderen. Dat geldt zowel voor de gezondheidsorganisaties onderling, als voor het verkeer tussen gezondheidssector en andere maatschappelijke sectoren. De intersectorale stuurgroep van het 'Gezonde Stad Project' in Rotterdam betekent een aanzet voor zo'n ontwikkeling.

#### 4. Clearinghouse.

'Clearinghouse' is een begrip uit de Amerikaanse zelfhulp-beweging dat staat voor plaatsen waar 'uitwisseling' plaatsvindt. Clearinghouses moeten zich profileren als communicatie-knooppunten voor lokale gezondheidsbevordering. Taken worden dan: informatieuitwisseling organiseren, lokale gezondheidsbevordering stimuleren en lokale gezondheidsinitiatieven steunen. Een clearinghouse moet dus meer zijn dan een plek waar men een folder over gezondheid kan halen. Het moet een gezondheidscommunicatiecentrum zijn dat stimuleert, verbindingen mogelijk maakt, kortom een intermediaire functie vervult en voorwaarden schept voor bevolkingsparticipatie. Onder bepaalde voorwaarden zouden gezondheids-wijzers aan die clearinghouse-functie kunnen bijdragen. Informatie opvatten als een communicatietask in een intersectorale benadering, is hierbij noodzakelijk. De decentrale opzet van een gezondheidsinformatiesysteem, aanknopend bij buurtgerichte informatiepunten zoals de GGD-en in Maastricht en Rotterdam die in samenwerking met opbouwwerk ontwikkelen, zijn hier goede voorbeelden.

#### 5. Bevolkingsparticipatie.

Hoewel het gehele 'community health'-proces vanzelfsprekend inhoudt dat de bevolking permanente gesprekspartner is op alle niveaus, behoeft die participatie speciaal aandacht. Participatie veronderstelt dat de bevolking steeds de gelegenheid krijgt om haar behoeften te articuleren, waarmee ze de status verwerft van een medewerker aan gezondheid, in plaats van een object voor gezond-

### SOCIALE VERNIEUWING EN LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID



heidsbeleid. Naast "politics" en "professionals" is "the people" de categorie die in staat moet worden gesteld om mee te doen.

Dat gaat niet vanzelf. Participatie gaat veel verder dan formele deelname aan overlegorganen. Het veronderstelt een andere organisatiecultuur in politieke en maatschappelijke instituties, een andere houding van professionals, een open en communicatieve werkwijze. Het veronderstelt de stijl van sociale vernieuwing.

#### 6. Buurtgericht gezondheidswerk.

Buurtgerichte organisatie van onderzoek, participatie, intersectorale samenwerking, conferenties, en netwerken zijn in sommige gevallen aan te bevelen als onderdeel van een lokaal gezondheidsbeleid. Redenen daarvoor kunnen zijn dat er specifieke buurtgebonden gezondheidsproblemen of potenties bestaan, en dat intersectorale samenwerking in combinatie met bevolkingsparticipatie zo dicht mogelijk bij het dagelijkse leven, de dagelijkse praktijk, de context van de buurt, moet worden gesitueerd om een communicatieproces mogelijk te maken. In verschillende buurten in Nederland zijn veelbelovende ontwikkelingen van gezondheidsnetwerken zichtbaar (Rotterdam, Maastricht, Amsterdam, Den Haag), mede mede dankzij de sociale vernieuwing die de lokale rollen doorbreekt. Maar er is nog een lange weg te gaan.

De zevende, centrale cirkel van het programma voor lokaal gezondheidsbeleid verbeeldt het gehele proces van een sociaal vernieuwend lokaal gezondheidsbeleid.

Het "model" is expres als een geheel van losstaande cirkels gepresenteerd, zonder dwingende pijlen en zonder hiërarchie. Lokaal zal men met deze cirkels moeten leren jongleren om het proces van lokale gezondheidsbevordering in gang te zetten en, vooral, in gang te houden. Opbouwwerk kan in elke cirkel een rol spelen als intermediair voor een lokaal gezondheidsbeleid.

Kees Stuurup  
projectmedewerker lokaal gezondheidsbeleid  
WOZON Sittard.

**Noten**

1. H. Noack. Concepts of health and health promotion, in: T. Anelin, Z.J. Brzezinski, Vera D.L. Carstairs (ed) Measurement in health promotion and protection. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 1987, blz.9,10.
2. Noack etc. idem, blz. 15, 16.
3. K. Schuyt. Weinig genieten van veel. Volkskrant 17-4-91
4. Maarschappij informatie Project. Verslag van een onderzoek naar informatiebehoefte en zoekgedrag van ouderen, gehandicapten en allochtonen. Centrum voor Beleidsanalyse en Advies. Nijmegen 1990, blz 24.
5. Zie de Nota Kwaliteit van Zorg, Kamerstukken II, 1990-1991, 22 113 nrs. 1 en 2. In deze nota wordt gesteld dat op regionaal niveau beroepsgroepen en zorginstellingen in overleg met de zorgverzekeraars tot een regiovisie op verschillende sectoren van de gezondheidszorg moeten komen. Provincies en grote gemeenten krijgen een taak in dat nieuwe kwaliteitsbeleid. Ook voor de regiovisie zou moeten gelden dat zij community based worden ontwikkeld en dat de bevolking, o.a. via de patiëntenbeweging in die visie aan bod komt.

Een jaar geleden presenteerde het kabinet Lubbers-Kok de nota "Ouderen in tel". "Ouderen stimuleren verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen situatie maar ook voor de maatschappelijke ontwikkeling; dat is de kern van het streven naar sociale vernieuwing;" aldus de nota. Het stimuleren van belangenbehartiging door ouderen en vergroting van hun invloed op lokaal niveau, is dan ook één van de actiepunten. De nota onderkent dat voortzetting van het emancipatieproces onder ouderen essentieel is.

## VOORWAARDEN VOOR ONDERSTEUNING VAN BELANGENBEHARTIGING

# Zonder emancipatie weinig ouderen in tel

Carel Pacilly

"Hoe?" is de vraag. De nota "Ouderen in tel" heeft het over "ouderen stimuleren verantwoordelijkheid te nemen voor etc.". De vraag is niet zozeer hoe ouderen weerstanden in zichzelf kunnen overwinnen, maar vooral hoe zij de belemmeringen die "de omgeving" opwerpt, kunnen aanpakken. Een pleidooi voor maatschappelijke integratie impliceert emancipatie, participatie en het aan de kaak stellen van achterstellingen alsmede het wegwerken ervan. De vraag is hoe dat kan worden gerealiseerd.

Die vraag is niet eenvoudig te beantwoorden. Er zijn tal van voorbeelden van organisaties van ouderen die opkomen voor belangen. Wie bereiken zij? Wat bereiken zij? Wat is het effect van hun inspanningen? Op welke problemen stuiten zij tijdens hun werk? Hebben zij behoefte aan medewerking van andere ouderen? Hebben zij behoefte aan deskundige ondersteuning van professionele instellingen? Wat verwachten zij van de lokale en de rijksoverheid? Allemaal vragen die moeten worden beantwoord om een ouderenparticipatiebeleid te kunnen ontwikkelen dat aansluit bij hetgeen ouderen hierbij nodig vinden.

### Meer ouderen actief

In de deelgemeente Prins Alexander in Rotterdam is ervaren dat die combinatie van participatie en emancipatie onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Tenminste wanneer men ernaar streeft om juist de ouderen te activeren die er anders niet toe komen om mee te werken aan de behartiging van belangen.

In verschillende wijken van deze deelgemeente zijn tal van ouderen actief. Zij komen op voor verschillende belangen en behartigen die zelf. Daarnaast organiseren zij activiteiten met het doel

meer ouderen te activeren. Hoe groot de persoonlijke betrokkenheid van mensen hierbij is, verwoordde één van hen onlangs tijdens een conferentie. "In het begin denk je dat je niets kunt of weet dat van belang is voor het te verzetten werk. Maar door de samenwerking komen kennis en levenservaring weer naar boven en blijken die bruikbaar te zijn. Er wordt een beroep gedaan op je talenten. Je maakt samen met anderen een proces door dat je stimuleert je in te zetten en dat verschillen tussen senioren benut."

Ik beschrijf in dit artikel eerst de werkwijze die de beroepskracht heeft gevolgd. De ouderen die in Prins Alexander actief zijn, blijken aan die werkwijze sterk te hechten. De afgelopen maanden zijn zij volop in de weer geweest om hun belangen in deze te behartigen. Daarom gaat het



artikel ook in op een aantal bedreigende factoren. Waarom? Hoewel in tal van publikaties succesvolle praktijken worden beschreven, is er weinig inzicht in de noodzakelijke randvoorwaarden. Creativiteit, elan en revitalisering zijn erg belangrijk. Nieuwe methodieken ook. Maar voorkomen moet worden dat prille, vernieuwende initiatieven van burgers en organisaties worden gefrustreerd, omdat ze niet passen in het bestaande. Het artikel schetst enkele van die praktijken.

### Ombuigingen en verschuivingen

In 1987 startte men in Oosterflank, één van de wijken van de deelgemeente Prins Alexander. In eerste instantie werd gebruik gemaakt van bestaande groepen en kaders, die in instellingen en organisaties actief waren. Hun medewerking was gewenst om de belangenbehartiging door ouderen meer vorm en inhoud te geven.

Na verloop van tijd werd er steeds meer wijk- en probleemgericht gewerkt. Er vond dus een ombuiging plaats. In instellingen ingebouwde groepen verbreedden hun oriëntatie op de betreffende voorziening tot de wijk als geheel en met name op problemen en tekorten die ouderen in de wijk of de (deel)gemeente tegenkwamen. De doelgroep waarop de groepen zich richtten, is daardoor ruimer geworden dan bijvoorbeeld de bezoekers van het dienstencentrum, de bewoners van de wooncomplexen of de gebruikers van voorzieningen.

Die groepen werkten aan concrete zaken die direct werden herkend door andere ouderen: een jaarmarkt, een informatiegids, een wijkbus, zwemmen. De groepen vonden dat zij er iets aan moesten doen en verwachtten dat zij er op korte termijn ook iets aan konden doen. Er heeft zo een verschuiving plaats gevonden: verleenden de groepen aanvankelijk voornamelijk medewerking aan de uitvoering van zaken; thans bepalen zij vaker zelf wat zij aanpakken en hoe ze dat zullen doen. Zij zijn minder "heroepskracht-assisterend" geworden en meer "zelf-initiërend en zelfbepalend".

### Onderlinge samenwerking

De begeleiding van groepen is gericht op de versterking van het zelfvertrouwen van de leden, vergroting van hun kennis alsmede van hun vaardigheden om op te komen voor hun belangen. De ondersteuningsfunctionaris begeleidde daartoe de groepen met alleen taakgericht, maar schonk ook veel aandacht aan het leef- en werkklimaat in de groepen. De begeleiding stimuleerde dat er in deze "basis"groepen naast ouderen die van meet

af aan reeds enige ervaring hadden in belangenbehartiging, ook andere ouderen meewerkten die een drempel moesten overwinnen om zich voor dergelijke zaken in te zetten, en dat er voor hen ruimte was om bijdragen te leveren en taken op zich te nemen.

Een ander kenmerk van de gevolgde werkwijze is de netwerkvorming. Daartoe werd er gewerkt met kortlopende en incidentele activiteiten als middel om te komen tot samenwerking tussen groepen. Het creëren van nieuwe taken voor nieuwe groepen bevorderde dat. Bij de samenstelling daarvan werden zowel leden van bestaande groepen benaderd als ook andere ouderen die wilden meewerken. In hun onderlinge contacten wisselden de groepen veel ervaringen, inzichten en vaardigheden uit. Zo bevorderden kortlopende en incidentele activiteiten niet alleen de samenwerking, maar ontstond er tussen de groepen en leden daarvan tegelijk een netwerk met een open structuur.

### Informatieve activiteiten

Tot de werkzaamheden behoorden onder andere informatieve activiteiten: de jaarmarkten en de informatiegidsen, informatieve bijeenkomsten van de werkgroep "Anders Ouder Worden"<sup>15</sup>, en het spreekuur van het dienstencentrum en de groep vrijwilligers die hieraan hebben meegewerkt. In het geheel nam de werkgroep AOW een bijzondere plaats in. De informatieve bijeenkomsten stonden in het kader van de belangenbehartiging. Het nut van dergelijke activiteiten voor de belangenbehartiging werd steeds meer onderkend; omdat ze de ouderen ondersteunden in hun bewustwording van diverse belangen en aanzetten tot medewerking aan andere activiteiten.

### Beweging onder ouderen

Het resultaat is dat er beweging onder ouderen in de wijk groeide. De belangstelling voor en het enthousiasme over het gebodene namen toe, zo ook de bereidheid om aan de voorbereiding van andere initiatieven mee te werken, en de onderlinge steun om "nieuwelingen" en "enkelingen" mee te laten doen; er kwam meer samenspel tussen groepen en individuen onderling, en er groeiden goede relaties met bewoners van wooncomplexen en hun organisaties. Zo neemt de interesse van veel ouderen toe voor de inspanningen van leeftijdsgenoten op het terrein van emancipatie en belangenbehartiging, en het zet henzelf aan tot participatie en zelfontplooiing.

Het startpunt was dus het bevorderen van emanciperende processen tussen mensen en groepen, en niet het opzetten van structuren en het inpassen van mensen in die organisatievormen. Het resultaat van deze ontwikkeling is de bundeling van krachten in het ouderenplatform in de wijk. Het voortbestaan daarvan valt of staat met het levendig houden van de processen die ertoe geleid hebben.



## Andere wijken

Als de groepen of het platform stuitten op zaken die de mogelijkheden van de eigen wijk overstegen, legden ze contacten met soortgelijke groepen in andere wijken of met oudere personen met vergelijkbare belangen. De werkwijze in Oosterflank kreeg belangstelling uit de andere wijken. De instelling die de ondersteuning bood -het ouderenwerk- werd verzocht ook daar begeleiding te geven, overigens zonder dat er extra middelen ter beschikking kwamen.

De beroepskracht kon niet voorkomen dat in die wijken terstond een ouderenplatform werd gevormd of een bestaande groep werd omgedoopt, zonder de processen die er in Oosterflank aan vooraf waren gegaan. In deze versnelde procedure is minder tijd genomen voor kortlopende activiteiten, waren er minder informatieve activiteiten, minder groepswerk en intergroepswork, kortom minder tijd voor een beweging van onderop en netwerkvorming.

Het "ombuigen naar meer wijk- en probleemgericht werken" en "bereiken van meer ouderen" gebeurde met enkele kortlopende activiteiten, maar nu georganiseerd door het platform.

De begeleiding van de platforms was in eerste instantie gericht op het interne functioneren. Aan

het bestuurlijk handelen werd gewerkt voorzover de actuele ontwikkelingen daar aanleiding toe gaven. Ook werd extra ruimte geclaimd voor het groepsproces. De begeleidster waarschuwde voor de gevolgen van het gekozen tempo. Ze besteedde aandacht aan de werkwijze van platforms bij belangenbehartiging en met name aan hun draagvlak. Om dat draagvlak te vergroten werden de pers en andere media ingeschakeld.

## Samenspel

De beroepskracht ging "bruggen" en bracht relevante ervaringen en informatie vanuit de andere wijken in bij de alzonderlijke platforms. Zo droeg zij bij aan het samenspel tussen de platforms op deelgemeentelijk niveau. De bovenwijkse problemen vergden immers bundeling van krachten tussen de platforms. De ondersteuning is nog steeds gericht op dat besef, alsmede op de noodzaak de terugkoppeling naar de wijken te blijven maken en zo te voorkomen dat de platforms "losweken van de wijk".

Daarnaast werd samengewerkt met de bonden, aanvankelijk op deelgemeentelijk niveau, later ook op wijk- e.q. afdelingsniveau. Inzet van de ondersteuning is hier te zien hoe de eigenheid van het werken met platforms en van de werkwijze van bonden elkaar aan kunnen vullen.

## Dreiging 1: geen draagvlak

Positief is dat in alle wijken van de deelgemeente ouderenplatforms actief zijn. Ze werken niet alleen onderling samen, maar ook op wijkniveau met de afdelingen van bonden van ouderen en op deelgemeentelijk niveau met het samenwerkingsverband van deze organisaties. Als zodanig is er voor overheid en particulier initiatief een volwaardige gesprekspartner in wording.

Toch dreigt er een grauwschuijer over dit resultaat te vallen: het gevaar dat de nieuwe platforms traditionele bestuursvormen worden met werkgroepen en een bestuur. Ouderen die niet eerder in de belangenbehartiging hebben geparticipeerd krijgen dan minder kans om mee te doen. De emanciperende werkwijze en de netwerkvorming tussen "basis"groepen en platforms, zo kenmerkend in de werkwijze in Oosterflank, dreigen dan niet van de grond te komen.

## Dreiging 2: te weinig medewerking

Succes vindt vaak navolging. In Prins Alexander is op verzoek van ouderen het werkkerrein vergroot van één wijk tot vier wijken van de deelgemeente.

Een uitbreiding van de middelen en andere medewerking bleef echter uit. De opdracht voor de functionaris was om evenals in de eerste wijk zorg te dragen voor de totstandkoming van platformen in de andere wijken, alsmede van onderlinge samenwerking tussen de platformen op deelgemeentelijk niveau en met de bonden. Als gevolg van deze opdracht kon er onvoldoende aandacht worden besteed aan de processen van onderop.

Nu onderkende men slechts in kleine kring hoe bijzonder en vernieuwend de wijze van ondersteuning eigenlijk was. Dat geldt zowel voor beroepskrachten en hun directies alsmede voor ambtenaren en bestuurders van de deelgemeente. Het aantal voorstanders onder hen was aanvankelijk klein. Vandaar dat de beroepskracht op diverse bijeenkomsten de aanpak heeft uitgelegd. Later heeft het WOZON het geheel beschreven en nam een aantal beroepskrachten het initiatief om er een conferentie over te organiseren.

### Dreiging 3: geen inhoudelijk beleid

De diverse acties zijn ondernomen nadat de beroepskracht van het ouderenwerk tevergeefs een beroep had gedaan op medewerking van andere beroepskrachten. Bij andere instellingen bleek geen beleid te zijn om op zo'n vraag in te gaan.

Wat is er gebeurd? In Rotterdam zijn verantwoordelijkheden van de gemeente naar de deelgemeenten gedecentraliseerd. Het deelgemeentebestuur van Prins Alexander heeft eigen voorzieningen bepleit los van stedelijke organisaties. Zo is voor de deelgemeente ook het ouderenwerk in een eigen organisatie ondergebracht.

Vervolgens zijn de kaarten van de taakverdeling opnieuw geschud, waarbij ook het club- en buurt-huiswerk werd betrokken. Het ouderenwerk moest prioriteiten stellen vanwege de beperkte financiële middelen en werd dus ... zorgbeleid! Ruimte voor heroverweging wordt niet geclaimd. Want er ligt nog een andere beheerstechnische uitspraak van de deelgemeente: zij spreekt een voorkeur uit voor algemeen beleid en het terugdringen van categoriaal beleid. Daarmee zegt ze tegelijkertijd, dat ze de ondersteuning van bewustwordingsactiviteiten en belangenbehartiging wil onderbrengen bij algemene voorzieningen. Zij is eerder voorstander van verbetering en eventuele uitbreiding van het ouderenopbouwwerk via het algemene opbouwwerk, dan via een specifiek op ouderen gerichte aanpak. Eventueel is tijdelijk een categoriale aanpak mogelijk.

Ouderen die voorstander zijn van een specifiek op hun omstandigheden aangepaste ondersteuning, moeten dus eerst de noodzaak daarvan hard maken. Voor mensen in een maatschappelijk achtergestelde positie is het geen sinecure, om eerst hun achterstelling hard te moeten maken, van daaruit moeten pleiten voor ruimte voor een inhaalactie, om vervolgens specifieke belangen te kunnen behartigen. Vanzelfsprekend doen ouderen voor al dit bestuurlijk handelen een beroep op professionele krachten.

### Vraagstukken voor het opbouwwerk

In de Rotterdamse traditie koppelt men het opbouwwerk aan bewonersorganisaties: zonder bewonersorganisatie geen legitimatie voor inzet van opbouwwerk. Het Rotterdamse model heeft jarenlang als voorbeeld gegolden voor tal van andere gemeenten en opbouwwerkinstellingen. Maar het tij is aan het keren: het besel dringt door dat niet iedere bewoner van een wijk zich identificeert met de wijk en zich opstelt als "wijk-bewoner". Mensen kunnen zich ook op andere gronden organiseren. Sportliefhebbers, migranten, jonge-gezinnen-met-kleine-kinderen, voorstanders van een bepaalde vorm van onderwijs. Zo ook ouderen, met daarbinnen tal van differentiaties. Het betekent voor Rotterdam een heroverweging van een model dat jarenlang furor heeft gemaakt. Gerard de Kleijn, die leiding geeft aan het projectbureau Sociale Vernieuwing van de stad Rotterdam, heeft er recent een lans voor gebroken.

Het idee dat opbouwwerk niet kan opereren als er geen vraag van een groep burgers aan ten grondslag ligt, is breed verspreid. Kunnen opbouwwerkers werkzaamheden verrichten als die legitimatie ontbreekt? De methodieken van het opbouwwerk kunnen ook in andere settingen worden gebruikt: bij de organisatie van het publieke debat over maatschappelijke vraagstukken en bij bestuurlijke veranderingen ten behoeve van beleidsontwikkeling "meer van onderop en minder van bovenaf". De sociale vernieuwing dreigt namelijk niet alleen door de ambtelijke bureaucratie schipbreuk te lijden. De nieuwe ideologie van Schaefer's credo "in geouwehoer kun je niet wonen" heeft een dogmatisch pragmatisme als resultaat; alleen het concrete, snel tot succes leidende is goed. Dit leidt tot een vervlakkening van sociale vernieuwing.

Korte-termijnwerk heeft een motiverende werking, zeker. Maar er kan niet mee worden volstaan. Om voor de middellange termijn beleid te ontwikkelen

is ten eerste een evaluatie nodig van het huidige beheer-technische beleid, en daarnaast een publiek debat over inhoudelijke vraagstukken. Wat "ouderen en de dienstverlening" betreft zijn thema's als leeftijdsdiscriminatie, beeldvorming en zelfbeeld, "het geschenk van de eeuw: de zeventigers", "vrijwilligerswerk adelt net als arbeid", en "anders ouder worden in de vierde levensfase" daarvan voorbeelden.

Natuurlijk moet het doel van het debat van tevoren duidelijk zijn: het moet inzicht verschaffen in de te verzetten bakens. Geleidelijk aan wordt zo het na te streven perspectief steeds duidelijker. De organisatie van dit debat vergt een goed instrumentarium, zowel strategisch als methodisch. De bijdragen van ouderen daarin is bijvoorbeeld naast die van andere betrokken partijen essentieel?

### Goede samenwerking een absolute noodzaak

Opbouwwerk kan daaraan, samen met ouderewerk en vormingswerk, een uitstekende bijdrage leveren. Zij beschikken over strategieën en methodieken die elkaar aanvullen. Toch is dat nog niet voldoende. In Rotterdam Prins Alexander is ervaren dat ook nauwe samenwerking met de (deel)gemeente noodzakelijk is. Geïsoleerde initiatieven van beide partijen leiden immers tot een onsamenhangende en wellicht tegenstrijdige aanpak. Een gemeenschappelijk plan van handelen kan dat voorkomen.

Het WOZON heeft een dergelijke strategie ontworpen in de vorm van een trajectplan<sup>3</sup>. Het is een ideaaltypisch model, dat telkens aan lokale omstandigheden moet worden aangepast. In onze publicatie "Inzet van ouderen", over het verzetwerk in Rotterdam Prins Alexander, zijn dan ook een aantal aanbevelingen geformuleerd. Deels hebben die betrekking op de wijze waarop de ondersteuning van groepen van ouderen verder kan worden ontwikkeld, door optimalisering van de inzet van groepswerk, opbouwwerk en vormingswerk. Daarnaast wordt ingegaan op de te realiseren samenwerking.

Carel Pacilly is als coördinator werkzaam bij het WOZON te Sitard.

"Inzet van ouderen, voorwaarden voor ondersteuning belangenbehartiging in wijken" is te bestellen door f 21,- over te maken op girorekening 39 25.338 of bankrekeningnummer 6839 65.344 ten name van WOZON onder vermelding van de titel en het aantal exemplaren.

Wie er meer over wil weten, leze de brochure.

### Noten

1. het betreft hier een specifiek Rotterdams project dat dateert uit de zeventiger jaren, de groep zelf kan worden vergeleken met een combinatie van gespreksgroepen en studiegroepen, de activiteiten die zij organiseren zijn echter geheel open.
2. Zie: 'Ouderen aan zet: participatie van ouderen in de ontwikkeling van integraal ouderenbeleid', C. Pacilly, WOZON, 1991.
3. 'Meer van onderop, minder van bovenaf: een strategie voor integraal ouderenbeleid', C. Pacilly, WOZON, 1990.



'Zorg op maat' - hoe eigentijds dit begrip ook is, het klinkt menigeen reeds als een cliché in de oren. Begrijpelijk, maar ten onrechte, menen wij. Begrijpelijk, omdat het begrip 'zorg op maat' een voorgeschiedenis kent van goed bedoelde, maar nooit adequaat uitgevoerde beleidsvoornemens. Achter 'op maat' zat niet zelden de legitimatie voor een nieuwe bezuinigingsronde verscholen.

Ten onrechte, omdat het van kortzichtigheid zou getuigen om de huidige manoeuvres van de overheid uitsluitend te zien als een poging om de uitgaven voor zorg te beteugelen. Bijna iedereen is het er inmiddels over eens dat rationalisering en herschikking van middelen tevens een instrument kan zijn om de kwaliteit van de zorg te verhogen. 'Zorg op maat' vormt momenteel het startpunt voor de noodzakelijke vernieuwing van het zorgaanbod.

## Lokale ouderenzorg op maat

Alard Govers en André Walraven

In de lokale ouderenzorg is in de loop der jaren een versplintering van zorg- en dienstverleningstaken ontstaan: meerdere instellingen met een deels overlappend en deels mankerend zorgaanbod. Voor de cliënt was er vaak geen touw meer aan vast te knopen. Waar kon deze voor zijn vraag of hulp terecht: voor de ene dienst naar het kastje en voor de andere naar de muur.

Instellingen en overheid zagen deze gang van zaken met lede ogen aan en de ontwikkeling van een coördinerend orgaan, het gecoördineerd ouderenwerk, was een eerste poging om meer samenhang te brengen in het zorg- en dienstverleningsaanbod voor ouderen. Helaas had de poging weinig succes. Het onder het regime van de lokale overheid opererende gecoördineerd ouderenwerk bleek over een te bescheiden instrumentarium en over te weinig slagkracht te beschikken om de toebedachte taak uit te kunnen voeren.

Door de decentralisatie van overheidstaken, de verdere privatisering van de zorgsector en geïnspireerd door de sociale vernieuwingsnota van

de Interbestuurlijke Projectgroep Sociale Vernieuwing (de commissie-Schaefer), wagen vele gemeenten een nieuwe poging om meer samenhang aan te brengen in het lokale zorgaanbod voor ouderen, hoewel zij als lokale overheden nog steeds de belangrijkste instrumenten missen om die samenhang te bewerkstelligen. De meest essentiële lokale ouderenzorgvoorzieningen, zoals bejaardenoorden en thuiszorgorganisaties, opereren immers onder het regime van bovenlokale plannings- en financieringskaders. Alleen het al genoemde gecoördineerd ouderenwerk valt onder het gemeentelijk beleid. Toch zijn de uitgangspunten voor het bereiken van de beoogde samenhang momenteel gunstiger dan voorheen. Hieraan liggen verschillende ontwikkelingen ten grondslag. Zo zijn de belangen van cliënten meer centraal komen te staan in het beleid van de afzonderlijke instellingen. Anderzijds zien instellingen zich door het ontstaan van concurrentieverhoudingen gedwongen het zorgaanbod te rationaliseren om de eigen kosten te beheersen en om de kwaliteit van de zorg op een hoger peil te brengen.

Met andere woorden: bij lokale instellingen bestaat meer dan ooit tevoren de bereidheid tot samenwerking, schaalvergroting en uitbreiding van het dienstenpakket.

### Gecoördineerd ouderenwerk

Het gecoördineerd ouderenwerk heeft in zijn twintigjarig bestaan geen rol van betekenis kunnen spelen in de coördinatie van woon-zorgvoorzieningen voor ouderen. De verwachtingen hierover zijn ongetwijfeld te hoog gespannen geweest. Bovendien bleken in klei-





nere gemeenten de instellingen voor gecoördineerd ouderenwerk niet voldoende toegerust om de coördinerende taken in een complex, dynamisch en met grote belangen doorspekt krachtenveld naar behoren uit te voeren. Gefrustreerd in hun rol als 'samenwerkings-katalysator' en ter behoud van hun bestaansrecht gingen vele instellingen ertoe over om zelf taken op het terrein van voorlichting, sociaal culturele activiteiten en maatschappelijke dienstverlening uit te voeren. Door zich op deze wijze als partij én als concurrent in de arena van zorginstellingen te begeven, leek hun aanspraak op de coördinatie tot de voltooid verleden tijd te gaan behoren. Een aantal instellingen zocht dan ook naar andere overlevingsstrategieën.

De verlamme federatieve bestuursvorm werd ingeruild voor een autonoom bestuur zonder vertegenwoordigers van concurrerende instellingen. De projectmatige werkwijze deed zijn intrede en men bereikte samen met zorginstellingen, volkshuisvestingsorganen en ouderenorganisaties alsnog aansprekende resultaten zoals vernieuwende woon-tussenvoorzieningen en flankerende zorgvoorzieningen.

De toekomst van de instellingen voor gecoördineerd ouderenwerk ziet er echter weinig rooskleurig uit, tenminste in het licht van de huidige taken. Gemeentelijke overheden gaan meer en meer over naar output-financiering en vragen zich af wat de meerwaarde van gecoördineerd ouderenwerk is. Doorslaggevend zal zijn de mate waarin en de wijze waarop het gecoördineerd ouderenwerk erin slaagt om alsnog haar coördinerende rol waar te maken. Mede beslissend daarvoor is óf en in hoeverre de overige partners in het zorgcircuit het gecoördineerd ouderenwerk in die rol wensen te zien. Voor categorale instellingen zien lokale overheden steeds minder een uitvoerende rol weggelegd. Algemene instellingen kunnen deze taken wellicht beter en bijna zeker goedkoper verrichten. Bovendien zijn ouderenorganisaties steeds beter in staat om zelfstandig activiteiten te organiseren.

Globaal gezien zijn er drie mogelijke toekomstscenario's voor het gecoördineerd ouderenwerk:

- 1) De nul-optie: het gecoördineerd ouderenwerk draagt zijn huidige taken over aan andere instellingen;
- 2) Het kernmodel: de werksaak wordt afgeslankt tot een aantal kerntaken.
- 3) Het ontwikkelingsmodel: het verrichten van een aantal kerntaken en het tot ontwikkeling brengen van nieuwe taken op basis van voortdurende marktverkenningen.

## Het gemeentelijk ouderenbeleid

Nu gemeentelijke overheden meer dan ooit de verantwoordelijkheid wensen te nemen om in het kader van de decentralisatie van overheidstaken en de sociale vernieuwing de noodzakelijke samenhang aan te brengen in het zorgaanbod voor ouderen, is de behoefte aan een coördinerend orgaan des te groter. Een neutrale katalysator kan het meer gezamenlijk optrekken op gang brengen om uiteindelijk de zo vurig gewenste samenhang te verankeren. Het ijzer is heet, want de zorginstellingen zien de noodzaak in van afstemming van taken en verhoging van de kwaliteit van het zorgaanbod.

Gemeentelijke overheden beschikken zelf meestal niet over het instrumentarium - de know-how, de middelen - om de rol van katalysator op zich te nemen. Zij willen ontwikkelingen sturen om te voorkomen dat de ouderenzorg in de turbulente van veranderende financieringsstromen in een onbeheersbare stroomversnelling terechtkomt. Deze voornemens resulteren in beleidsnota's, die meestal de volgende elementen bevatten:

- een schets van demografische ontwikkelingen;
- een eigen bewerking van algemeen geaccepteerde speerpunten zoals het bevorderen van zelfstandig wonen in de vertrouwde omgeving, de emancipatie van ouderen, integratie, zorg op maat, enzovoort;
- een inventarisatie van de vigerende ouderenzorg- en dienstverleningspraktijken;
- een opsomming van tekortkomingen en knelpunten;
- een pakket van aanbevelingen. Hierin is bijna altijd de 'één loket-optie' is terug te vinden: één loket waar ouderen voor al hun vragen en behoeften terecht kunnen en van waaruit een integraal woon/zorgpakket kan worden aangeboden.

De gemeentelijke beleidsnota's kenmerken zich meestal door een rationele benadering: door de idee dat met de juiste, beperkte middelen de beoogde doelen kunnen worden bereikt. Ambtenaren beseffen ten volle dat de maakbaarheid van een samenhangend en budgettair verantwoord zorgaanbod mede afhankelijk is van de behoedzaamheid, waarmee in het complexe krachtenveld van instellingsbelangen, organisatieculturen en managementstijlen wordt geopereerd. Zij weten zich geconfronteerd met allerlei ontwikkelingen die het sturingsproces positief of negatief kunnen beïnvloeden: de toegenomen onderlinge concurrentie, het fenomeen van zich sterk profilerende en zich in de markt prijzende thuiszorgorganisa-

ties en intra-murale voorzieningen, instellingen die hun marktpositie trachten te versterken door schaalvergroting, uitbreiding en differentiatie van de dienstverlening, intra-murale instellingen die zich ontwikkelen tot zorgcentra met wijkgerichte en ambulante dienstverlening, en ten slotte volkshuisvestingsorganen die zich na een periode van kwantitatieve productie meer gaan richten op de kwalitatieve woonwensen van de cliënt (wonen-plus-voorzieningen).

Een mooi beleidsplan. Maar wat dan? Hoe kunnen gemeentelijke overheden het voorgestane beleid implementeren in de woon-/zorgpraktijk? Ambtenaren zitten zelf niet in de meest adequate positie om daar vorm aan te geven en het gecoördineerd ouderenwerk in vooral de kleinere gemeenten heeft zich al eerder voor deze rol uit de markt geprijsd. In veel gevallen nemen de belangrijkste samenwerkingspartners het gecoördineerd ouderenwerk als neutrale katalysator nauwelijks serieus. Ook het opbouwwerk - voor zover aanwezig - beschikt in de meeste situaties niet over de noodzakelijke deskundigheid en middelen.

Gemeenten kunnen een bureau inschakelen dat beschikt over deskundigheid op de terreinen van zorgbeleid en zorgpraktijk, know-how en expertise op het gebied van organisatie-management en samenwerkingsprocessen.

### Strategische planning

Het Consulentenschap Samenlevingsopbouw in Den Haag heeft met name op het gebied van de ouderenzorg deze specialismen verworven in een reeks van gemeentelijke opdrachten. Het Consulentenschap heeft daarbij een methode ontwikkeld die inspeelt op veranderende omstandigheden en behoeften enerzijds en op de logische consequentie van een daarop gerichte samenwerkingspraktijk anderzijds. De aanpak is gebaseerd op de uit het bedrijfsleven stammende methode van strategische planning.

De belangrijkste kenmerken hiervan zijn.

- het scheppen van voorwaarden voor een open, bottom-up proces, dat wordt begeleid door een neutrale katalysator;
- het nadrukkelijk oog hebben voor en mee laten wegen van de onderscheiden belangen en posities van de participanten;
- het aansluiten op bestaande en veelal uiteenlopende instellingsculturen, managementstijlen en werkmethodeken van de samenwerkingspartners;
- het betrekken en - voor zover opportuun -

implementeren van macro-ontwikkelingen in het zorgbeleid en de zorgpraktijk,

- een open formulering van doelstellingen bij de start van het proces; gaandeweg formuleren de participanten gezamenlijk de werkdelen en werken ze deze uit;
- een selectieve aanpak: niet het aanpakken van alle problemen en knelpunten tegelijkertijd, maar het selecteren van doelen op basis van gemeenschappelijke belangen en keuzes;
- een handelingsgerichte aanpak; duidelijke afspraken wie wat op welke wijze en met welke middelen uitvoert;
- het sluiten van een convenant, waarin alle partijen zich kunnen vinden en zich formeel gebonden weten

### De praktijk van een beproefde methode

Het Consulentenschap Samenlevingsopbouw heeft de strategische planningsmethodiek in een aantal gemeenten beproefd. Aanleiding voor de opdrachtverleningen vormde meestal de presentatie van de gemeentelijke nota ouderenbeleid.

De werkwijze die het Consulentenschap bij dergelijke opdrachten hanteert kunnen we als volgt samenvatten. Gestart wordt met een vooronderzoek, waarin - naast een analyse van relevante documentatie - veel aandacht uitgaat naar het voeren van gesprekken met potentiële samenwerkingspartners, sleutelfiguren en vertegenwoordigers van ouderenorganisaties.

Vragen die in dit verband van belang zijn, luiden:

- wat is de visie van de verschillende actoren op het eigen werk en dat van anderen;
- hoe verhouden zich deze visies tot elkaar en tot die van de lokale overheid;
- herkennen de actoren de door de lokale overheid gesignaleerde knelpunten, signaleren zij zelf andere knelpunten en hebben zij mogelijk al een visie of plannen ontwikkeld voor een aanpak;
- welke aan te pakken knelpunten zijn generiek, voor alle partijen van belang;
- is men bereid mee te doen met een te ontwikkelen samenwerkingsproject?

De uitkomsten van de gesprekken worden gepresenteerd in een tussenrapportage, tezamen met een scenario voor een project. Voorbeelden van dergelijke projecten zijn:

- de ontwikkeling van één zorgkloket, al of niet in combinatie met een integraal toewijzingsbeleid voor de in aanmerking komende woonvormen;
- de opzet van nieuwe woon-zorgvarianten;
- de ontwikkeling van een totaal-woonconcept op

- buurtniveau, waarbij de bewoners een centrale rol krijgen;
- de reorganisatie van het gecoördineerd ouderewerk tot een instelling die adequaat kan coördineren.

## De inbreng van ouderen

Het Consulentenschap wil steeds voorkomen dat woonzorgprojecten een van bovenaf opgelegd karakter krijgen, waarbij voorbijgegaan wordt aan de wensen en behoeften van de ouderen. De vraagkant moet dus voldoende over het voetlicht komen.

Dit is zeker geen eenvoudige opgave. Professionele instellingen zijn vaak zelf niet goed of zelfs nauwelijks op de hoogte van wat hun cliënten willen. De instellingscultuur is veelal niet ingesteld op een consumenteninbreng, instellingen zijn onvoldoende in staat om signalen en wensen op te vangen en te vertalen naar de dienstverleningspraktijk.

Bovendien zijn ouderen niet altijd in staat om hun wensen- en behoeftenpakket adequaat en in georganiseerd verband te profileren. En niet elk georganiseerd verband van ouderen is een representatieve voorhoede voor alle ouderen. Het van meet af aan realiseren van een volwaardige inbreng van ouderen is zelden mogelijk.

Tijdrovende en dure behoeftenonderzoeken blijken in de praktijk weinig soelaas te bieden aan het ontwikkelen of bijsturen van beleid. Het gaat hier vaak om momentopnamen, en de standaardisering van wensen en behoeften maakt de omslag naar op maat gesneden oplossingen bijzonder moeilijk. Juist de instellingen zullen de cliënteninbreng moeten waarborgen: wie kent de wensen en behoeften van ouderen beter dan de ouderen zelf?

## Neutrale katalysator

Actie-onderzoek is voor het Consulentenschap het instrument om deze inbreng mogelijk te maken: het samen met ouderen op gang brengen van een proces in een overzichtelijk gebied, waarbij alle aspecten van het totaal-woonconcept aan de orde komen. Na een fase van probleemstelling, een oriëntatiefase en een verkenningfase worden prioriteiten vastgesteld en actieplannen gemaakt. De resultaten bieden de zorgaanbieders meer aanknopingspunten

voor het ontwikkelen van een goed zorgaanbod en een niet onbelangrijk positief neveneffect van deze werkwijze is het ontstaan van een versterkte en duurzame betrokkenheid van ouderen.

Het staat buiten kijf dat het lokale ouderenbeleid volop in beweging is. Vernieuwing van de woon-/zorgpraktijk en samenwerking tussen de aanbieders is geen van overheidswege afgedwongen noodzakelijk kwaad, maar een perspectief tot verhoging van de kwaliteit, ingegeven door een scheefgegroeide verhouding tussen vraag en aanbod en door diverse maatschappelijke ontwikkelingen.

Dit perspectief wordt inmiddels door alle partijen onderkend, maar dat is op zichzelf nog niet voldoende. De verstrengeling van belangen en posities, de discrepantie tussen deskundigheden en de verscheidenheid aan instellingsculturen zijn te groot. Hier liggen dan ook uitstekende perspectieven voor het gecoördineerd ouderewerk, mits deze werksort zich weet te transformeren tot een op deze taak berekend instituut.

Alard Govers heeft een bureau voor Tekst en Communicatie in Tilburg.

André Walraven werkt bij het Consulentenschap Samenlevingsopbouw.



Is het concept 'Mütterzentren', zoals dat sinds 1976 in Duitsland ontwikkeld is, te vertalen naar de leefsituatie van buurtvrouwen in Nederlandse steden? En zou je er dan elementen uit over moeten nemen, of gaat het om een totaalconcept dat alleen kan slagen, wanneer het in zijn samenhang wordt overgenomen? Of is het begrip 'Moedercentrum', nog los van uitgangspunten, werkwijze en doelen, al 'besmet'? Over deze vragen is discussie gaande; ze worden tegelijkertijd getoetst in een drietal initiatieven die door of met buurtvrouwen genomen zijn in Deventer, Rotterdam-Hoogvliet en Amsterdam-Buitenveldert. Met dit artikel willen we informeren over het voorwerk dat inmiddels verricht is. Tevens hopen we dat dit verhaal uitnodigt tot uitwisseling van ideeën en tot discussie over voors en tegens.

## Het Moedercentrum, perspectief voor buurtvrouwen?

Moniek Mol

Een Moedercentrum is een voorziening op buurt-niveau waar vrouwen samen met hun kinderen dagelijks terecht kunnen. In een Moedercentrum kunnen bezoeksters andere moeders ontmoeten en gebruik maken van een koffieshop, een restaurant, een tweedehandswinkel en dergelijke. Daarnaast biedt een Moedercentrum aan vrouwen de gelegenheid om deel te nemen aan allerlei activiteiten zoals cursussen, gespreksgroepen, en deskundigheidsbevordering rond de verschillende taken.

Vrouwen kunnen ook zelf actief worden door bijvoorbeeld medewerkster te worden in het restaurant, door te gaan werken in de kinderopvang of door een organisatorische of administratieve functie te bekleden in het Moedercentrum. Centraal daarbij staat dat het om betaald werk gaat.

Eén van de belangrijkste uitgangspunten van de Moedercentra is, dat kinderen altijd met hun moeder mee kunnen komen. Het Moedercentrum heeft niet alleen vrouwen veel te bieden, maar is ook aantrekkelijk voor kinderen omdat er permanente kinderopvang en kinderactiviteiten worden aangeboden.

Moedercentra bieden vrouwen de kans om, met name in de periode dat zij veel verantwoordelijkheid dragen voor de verzorging en de opvoeding van hun kinderen, volop gebruik te maken van hun capaciteiten en mogelijkheden. Zij kunnen leren hun vaardigheden en deskundigheden verder te ontwikkelen.

### Waarom een Moedercentrum en voor wie?

De arbeidsmarkt is voor lang niet alle vrouwen even toegankelijk. Er zijn vrouwen voor wie

betaald werken niet aantrekkelijk is. Hun maatschappelijke positie, hun geïsoleerd bestaan, hun traditionele rolinvulling en hun geringe opleiding houden hen thuis. Het moederschap staat bij deze vrouwen zo centraal dat ze hieraan hun identiteit en gevoel van eigenwaarde ontleenen. Een Moedercentrum zou hun geïsoleerde positie kunnen doorbreken, want ze ondernemen er initiatieven buitenshuis. Binnen het concept Moedercentrum herstellen moeders hun contact met de buitenwereld zonder dat ze formeel deelnemen aan de arbeidsmarkt. Het gaat erom het gevoel "ik ben alleen maar moeder" om te zetten in een gevoel van "ik ben ook moeder". Vrouwen moeten zichzelf leren waarderen, zich bewust worden van hun eigen mogelijkheden, talenten en beperkingen en gaan inzien dat zij zelf belangrijk zijn. Binnen de Moedercentra is het vanzelfsprekend dat vrouwen die kinderen baren en opvoeden heel verantwoordelijk maatschappelijk belangrijk werk doen. Dit moet zichtbaar gemaakt worden.

In de huidige discussie over de toekomst en positie van de vrouw is de aandacht met name gericht op de arbeidsmarkt; het moederschap wordt hierin nauwelijks betrokken.

### Aanleiding tot projecten in Nederland:

Vanwege het succes van de Mütterzentren in ± 200 Duitse steden is het Expertisecentrum Samenlevingsopbouw samen met buurtwerksters een onderzoek begonnen naar de vraag welke waarde de ideeën en werkwijze van deze centra hebben voor Nederland. Er zijn momenteel een paar initiatieven met als koplooper de Initiatiefgroep Moedercentrum Rooidorp/Driebergen te Deventer. De motivatie achter deze initiatieven

bestaat uit het creëren buurtvoorzieningen voor vrouwen die het moederschap willen combineren met studie, hobby's, betaald werk, en gezelligheid met andere vrouwen. Overal in de steden is er sprake van "vrouw en werk"-initiatieven, buurtaanpak en sociale vernieuwing. De vrouwen om wie het gaat ervaren hun moederschap al gauw als een "last", waarop kinderopvang het enige antwoord lijkt te zijn. "Het gaat erom dat moeders het voor elkaar krijgen, zowel een goede opvoeding te leveren, als wel de eigen ontwikkeling door te zetten. Niet het een ten koste van het ander." "We moeten er als welzijnswerksters over nadenken wat voor een buurt we overhouden als vrouwen allemaal buitenshuis gaan werken. Wie neemt de vrijwillige taken over in de "zorgzame samenleving"? Wat hebben we van mannen te verwachten? En wat bieden we de vrouwen die niet willen, kunnen of hoeven te werken in het betaalde arbeidscircuit? Als we de sociale en technische functies die vrouwen in de buurt vervullen loslaten, betekent dat een verschraving van de buurt." Door de overwaardering van betaalde arbeid krijgt de vele zorgarbeid van vrouwen c.q. moeders niet de sociale waardering die zij verdienen; integendeel: het brengt hen in een moeilijke, ambivalente situatie.

De belangrijkste ontwikkelingen die wij signaleerden zijn:

- binnen de vrouwenbeweging zoeken vrouwen naar een andere verdeling van onbetaald en betaald werk;
- de buurtvoorzieningen voor kinderopvang in de vorm van buiten- en naschoolse opvang, zijn onvoldoende;
- het vrouwenvormingswerk zoekt naar nieuwe ideeën en programma's rond politieke items die vrouwen aanspreken;
- binnen bewonersorganisaties en binnen het opbouwwerk is het niet vanzelfsprekend dat specifieke vrouwenbelangen aandacht krijgen;
- leefbaarheidsonderzoeken in buurten laten zien dat vrouwen, en dan met name moeders met jonge kinderen, in een isolement leven;
- het overheidsbeleid, uitgevoerd door de Regionale Bureaus voor de Arbeidsvoorziening en Sociale Diensten, heeft in de Sociale Vernieuwing opnieuw de bestrijding van de werkloosheid als hoogste prioriteit aangemerkt. Vrouwen zullen in grote getale moeten toetreden tot de arbeidsmarkt. Echter, er is een groot tekort aan gekwalificeerd werk met goede arbeidsvoorwaarden en toekomstperspectieven voor vrouwen met jonge kinderen.

Daarnaast zijn de onderstaande ontwikkelingen van evengroot belang:

- in verschillende steden willen buurtvrouwen de leiding nemen over hun woonomgeving en zich organiseren in buurtvrouwenplatforms, met name in Amsterdam;
- vrouwen in huizen ontmoeten elkaar als collega-moeder en steunen elkaar met adviezen voor de opvoeding;
- vrouwen bedenken projecten binnen de sociale vernieuwing;
- opbouw- en buurtwerksters scholen zich in het projectmatig werken om nieuwe voorzieningen met vrouwen in buurten te realiseren.

## Het onderzoek

Hieronder schetsen we kort hoe zes vrouwen uit het opbouwwerk ertoe kwamen om de praktijk van de Mütterzentren in Duitsland, met name in München, te gaan onderzoeken.



Onze eerste kennismaking met de Mütterzentren in Duitsland vond in 1987 plaats tijdens een oriënterend onderzoek naar economische initiatieven van vrouwen in een aantal landen in Europa. We bezochten een wijkvoorziening voor één-oudergezinnen in Düsseldorf.<sup>1</sup>

In mei 1990 organiseerden het Nederlands Instituut voor Methodiek Ontwikkeling (NIMO) en het Instituut voor de Wetenschap der Andragogie (IWA) van de Universiteit van Amsterdam een training: 'Vrouwen nemen de leiding in het dagelijkse leven'. Tijdens de training kregen de deelnemers gelegenheid kennis te maken met de Mütterzentren. De oprichtster van het centrum in München-Sending vertelde ons over haar werk en de betekenis van een dergelijk centrum voor vrouwen.

"Vrouwen kunnen in de Mütterzentren hun capaciteiten aanbieden aan andere vrouwen. Ze wor-

# Kat en muis

Alida Smekes

Zorg, verzorging: nog steeds als er over 'zorg' gesproken wordt, springt direct 'de vrouw' in beeld. Het is normaal dat vrouwen zorgen en verzorgen. In het huishouden verzorgen ze de woning en de inboedel, het voedsel, de kleding, het welzijn van echtgenoot of partner en kinderen, van huisdieren, de tuin. Ze vangen familieleden op zoals ouders of grootouders en verzorgen die, en evengoed ook de buren, de kinderen van de buren, etc. Ze helpen kinderen en leraren op school met lezen, in de mediatheek, op sportdagen, bij kooklessen,



creativiteitsbezigheden etc. Ze verrichten hand- en span-diensten bij sportverenigingen. Er wordt niet anders verwacht dan dat de zorgtaken door de vrouw worden opgepakt, wat er ook maar op haar pad komt. Maar wie zorgt er voor vrouwen?

'Vrouwen' en 'zorg' zijn een begrip, ze horen bij elkaar als 'kat en muis'. Het verband tussen de woorden 'vrouwen' en

'verantwoordelijkheid' kom je echter zelden tegen; het is in ieder geval in de maatschappij niet gebruikelijk om deze woorden in één adem te noemen, en er verschijnt geen beeld bij. Toch nemen dezelfde vrouwen die een zorgtaak voor hun rekening nemen, om het even welke, ook de bijbehorende verantwoordelijkheid op zich. Vrouwen en verantwoordelijkheid zijn dus net zo verbonden.

den ook aangesproken op hun deskundigheid als moeder. Al het werk wordt betaald, al is het minimaal. De kracht hiervan is dat het dagelijks werk dat vrouwen thuis altijd doen, zichtbaar gemaakt en gewaardeerd wordt. De Mütterzentren willen een brugfunctie vervullen tussen de tijd van moederschap en de buitenwereld, zodat deze geïntegreerd blijft.<sup>2</sup>

De bovengenoemde training mondde uit in een breed netwerk van vrouwen en organisaties die ieder vanuit eigen deskundigheid en taakstelling meewerken aan het ontwikkelen van een 'progressief zorgconcept' in Nederland. Dit netwerk is GROOTS-Nederland: Grassroots Organization Operating Together in Sisterhood. Binnen dit netwerk groeide het idee om het concept van de Mütterzentren verder te onderzoeken en proefprojecten in Nederland op te zetten.

In november 1990 kreeg een lid van GROOTS de gelegenheid samen met een medewerkster van het IWA de 'Frauen-Dialog Tagung' van het 'Mütterzentren-Bundesverband' bij te wonen en een workshop te verzorgen. Onderwerp van studie waren de samenwerkingsmogelijkheden tussen

medewerksters in de 'Müze' en professionele vrouwen uit welzijnswerk, politiek en ambtenarij. Tijdens het congres werd er gewerkt met het steungroepenmodel.<sup>3</sup>

In februari van 1991 gingen zes vrouwen voor een studiereis naar München. De vrouwen bezochten een aantal Mütterzentren en hielden gesprekken met politici, wetenschappers, ambtenaren en natuurlijk met de initiatiefnemsters van het Mütterzentren-Bundesverband. Op grond van deze reis waren vele conclusies te trekken. (Zie hiervoor het verslag.<sup>4</sup>) De Nederlandse vrouwen waren zo enthousiast geraakt, dat allen in eigen buurt aan de slag zijn gegaan.

## De ontwikkeling in Duitsland

De basis voor het concept van de Mütterzentren is gelegd in 1976 met de opdracht van de SPD (Sozialistische Partei Deutschland) aan het Deutsches Jugendinstitut om te onderzoeken, waarom de 'Elternarbeit' onvoldoende resultaat had. Elternarbeit is een verzamelbegrip voor activiteiten op het gebied van vorming, educatie, advisering en hulpverlening aan ouders. In de praktijk gaat het

verantwoordelijkheid voor het welzijn van al degenen en al de zaken die aan haar zorgen zijn toevertrouwd, of waarvoor zij de zorg op zich neemt.

De zorgtaken voor het reilen en zeilen van allen in haar omgeving en deze omgeving zelf hebben voor de samenleving behalve een sociale ook een grote economische waarde. Veel betaalde banen in deze sector zijn in de laatste jaren wegbezuinigd. 'We' gingen (terug) op weg naar de 'zorgzame samenleving'. Veel vrouwen hebben de noodzakelijke zorgtaken onbetaald op zich genomen, omdat zij zich verantwoordelijk voelen voor hun medemensen, mensen die zorg behoeven en afhankelijk zijn, het deel van de Nederlandse samenleving waar we 'zorgzaam' voor moeten zijn.

Maar ook de politici zitten niet stil, ook zij voelen zich verantwoordelijk en zij verzorgen dan wel niet, maar zij maken zich wél zorgen. Zorgen om deze 'zorgzame samenleving' waar veel mensen (vooral vrouwen) alleen maar vrijwilligerswerk doen, dus inactief zijn. Nee, dat kan niet, al die ongebruikte 'arbeidspotentialiteit': hoezo voor je kinderen zorgen, hoezo bejaarden helpen, hoezo buurtwerk, je woonomgeving leefbaar houden? Er moet iets gebeuren met al die langdurig werklozen! Er moet iets gebeuren met al die inactieve vrouwen!

Iedere Nederlander economisch zelfstandig. Sociale vernieuwing - er moeten veel meer mensen in de sector 'zorgarbeid' tewerkgesteld worden, werkervaringsplaat- sen, banenpools, deeltijdbaan-

tjes, oproepkrachten... tegen minimumloon. Hoezo economische zelfstandigheid? Vergeet het maar!

Zorg, verzorging. Nog steeds als er over zorg gesproken wordt komt 'de vrouw' in beeld. Als er op beleidsniveau over 'zorg' gesproken wordt, is dat in ieder geval over 'betaalde banen in de Zorgarbeid' en vrouwen moeten vlug zijn, zodat ze hun 'roeping' niet mislopen, dat ze zich in ieder geval in deze 'beroepen waar ze zo goed in zijn' niet laten verdringen (door wie?) Langzaam zakt de samenleving ineem, (ver)zorgen en de verantwoording nemen voor het welzijn van mensen in je omgeving, het verzorgen van je eigen kinderen, het begeleiden van ouders, grootouders, het bijstaan van burens, vrienden is een luxe geworden die

vooral om de vrouwelijke ouders, de moeders.

Het onderzoek van het Deutsches Jugendinstitut leidde tot een aantal indringende conclusies:

1. Het aanbod binnen de Elternarbeit was voldoende, maar de mogelijkheden voor moeders om bijvoorbeeld opvoedingsadviezen in praktijk te brengen, waren volstrekt onvoldoende. Moeders hadden eerst taakverlichting nodig. Bovendien werkten veel moeders uit de lagere sociaal-economische klasse erbij om haar gezin financieel te ondersteunen. Tijd en mogelijkheden voor vorming en educatie ontbraken daardoor.

2. Informatie en adviezen werden bij de Elternarbeit stevast gepresenteerd als probleemoplossing. Dit werkte drempelverhogend, omdat moeders dan expliciet moesten erkennen dat zij 'problemen' hadden met hun kinderen.

3. Vorming en educatie werden heel schools gepresenteerd. De institutionele structuur en schoolse cultuur bij de activiteiten sloten niet aan bij het ritme van een gezin met kleine kinderen.

4. Het verschil in sociale klasse tussen beroepskrachten en ouders was vaak te groot, waardoor de moeders de beroepskrachten te veel als afstandelijke buitenstaanders ervoeren. Moeders wilden worden aangesproken op hun eigen verantwoordelijkheid en deskundigheid in het ouderschap.

Op basis van deze onderzoeksresultaten werd gezocht naar een manier, om de gesignaleerde problemen te voorkomen. Dit leidde in de jaren 1980/1981 tot de ontwikkeling van het zelf-hulp-concept van de Mütterzentren met de volgende centrale uitgangspunten:

- \* moeders niet aanspreken op hun problemen of op de dingen die ze niet kunnen, maar juist op wat zij wél kunnen, op hun deskundigheid en capaciteiten;
- \* hulp tot zelfhulp: moeders leren van elkaars deskundigheid;
- \* moeders moeten voor hun huishoudelijke en zorgtaken geld kunnen verdienen op een wijze die past bij het gezinsritme. Alle functies in de Mütterzentren worden betaald met DM 10,- per uur;
- \* de beroepskrachten komen met een vrij activiteiten aanbod dat aangepast is aan de behoeften van vrouwen, op tijden dat zij eraan deel kunnen nemen.

alleen nog door enkelen, je zou bijna zeggen 'bevoorrecht' gedaan kan en mag worden.

Bejaarden moeten eerder naar een tehuis, omdat de familie de zorg niet meer op zich kan nemen en er niet genoeg geld is voor 'betaalde zorg'. Zieke ouders, andere familieleden zijn, zowel fysiek als psychisch, op vreemden aangewezen, en daar hangt ook nog een kostenplaatje aan. Zieken, gehandicapten komen gewoon iets later of iets minder voor wat extra zorg in aanmerking: er is te weinig geld voor begeleiding door betaalde verzorgers. Baby's gaan naar crèches en dagverblijven, maar er is een groot tekort aan plaatsen door te weinig geld. 'Oudere' kinderen - vanaf 4 jaar - 'mogen' van 8.30 uur tot 15.30 uur op de basisschool

verblijven: dat is bijna een volle dagtaak. Vanaf 12-jarige leeftijd zijn kinderen 'volwassen' genoeg om in 'tussenuren' of bij andere calamiteiten, of buiten te wachten of alleen in huis te zijn. Als het helemaal misgaat kunnen ze in therapie of in kindertehuizen.

Zorgzame samenleving? Vergeet het maar! Zorg, verzorging, nog steeds springt het beeld van 'de vrouw' naar voren en hoewel er een taakverzwaring is, onttrekt zij zich niet aan de verantwoordelijkheid.

Vrouwen en zorg - maar wie zorgt er voor vrouwen?

Alida Smeekes werkt bij het landelijk Steunpunt Vrouwen in de Bijstand.



\* kinderen horen erbij, ze kunnen altijd meekomen en worden opgevangen, maar de moeders staan centraal.

Met deze uitgangspunten heeft het Deutsches Jugendinstitut drie proefprojecten voor Mütterzentren opgezet. Deze proefprojecten voldeden aan een tweetal voorwaarden. Ten eerste waren er voldoende financiële middelen om het bestaan van de proef-Mütterzentren voor drie jaar te kunnen garanderen. Ten tweede werd een aantal wetenschappelijke medewerkers van het Deutsches Jugendinstitut in de gelegenheid gesteld de proefprojecten gedurende drie jaar te begeleiden. Deze begeleiding bestond zowel uit het aanbieden van deskundigheidsbevordering, als uit inhoudelijke en procesmatige begeleiding en ondersteuning.

Deze eerste drie Mütterzentren bleken zeer succesvol. Ze hadden een enorme uitstraling, vooral omdat er op initiatief van het Deutsches Jugendinstitut veel bekendheid aan werd gegeven. In de periode 1985 - 1990 is het project uitgegroeid tot een omvangrijke beweging. Op vele plaatsen ontstonden Mütterzentren of initiatieven daartoe

(anno 1991 waren er ongeveer 200!), talrijke congressen en studiedagen werden georganiseerd, het Mütterzentren-Bundesverband werd opgericht, programma's voor educatie en deskundigheidsbevordering werden ontwikkeld, regionale steunpunten zijn opgezet en vele internationale contacten zijn opgebouwd.

## De praktijk in Duitsland

Als voorbeeld een korte beschrijving van de start van een centrum in Neu-Aubing:

Het Mütterzentrum Neu-Aubing maakte deel uit van de drie proefprojecten van het Deutsches Jugendinstitut. De wijk Neu-Aubing is een typische middenklasse wijk: veel sociale woningbouw (flatwoningen en eengezinswoningen), waar veel gezinnen met kinderen wonen. De laatste jaren neemt het aantal allochtone bewoners toe. Dit karakter van de wijk heeft ook consequenties voor de bezoeksters van het Mütterzentrum Neu-Aubing: er komen veel moeders met jonge kinderen en vrouwen die geen betaalde arbeid (kunnen) verrichten. Vrouwen met wat oudere kinderen komen minder, omdat zij veelal weer zijn toe



getreden tot de arbeidsmarkt. Het Mütterzentrum is daarbij voor velen een waardevolle opstap geweest.

De start van Mütterzentrum Neu-Aubing is typerend voor de wijze waarop de proefprojecten zijn ontstaan. Geïnspireerd door het Deutsches Jugendinstitut is een groepje initiatiefnemers binnen een volkshogeschool getraind op het concept van de Mütterzentren. Vervolgens zijn op bescheiden schaal activiteiten gestart in een kleine flat. Kinderopvang was vanaf het begin aanwezig. Na verloop van tijd huurde men een ruim winkelpand, waarna het Mütterzentrum tot volledige ontwikkeling is gekomen. Mütterzentrum Neu-Aubing bestaat inmiddels uit een huiskamerachtige ruimte (voor coffeeshop, restaurant en vergaderactiviteiten), keuken, sanitaire voorzieningen, kantoorruimte, een grote ruimte voor de kinderopvang, een kleine reformwinkel en een tweedehands winkel. De ruime financiële middelen waarover dit proefproject kon beschikken, hebben er uiteraard veel toe bijgedragen, dat ze een dergelijke goede outillage konden realiseren.

Mütterzentrum Neu-Aubing heeft vanaf het begin gewerkt vanuit het zelfhulpprincipe. Vooral in de beginjaren is veel energie gestoken in het ontwikkelen van een organisatievorm, waarin vrouwen zichzelf en elkaar aanspreken op eigen verantwoordelijkheden, deskundigheden en capaciteiten. De professionele begeleiding hiervan door het Deutsches Jugendinstitut is hierbij onmisbaar gebleken.

Een beleidsambtenaar vrouwenemancipatie van Beieren geeft twee redenen aan waarom de deelstaat de Mütterzentren steunt:

- door binnen Mütterzentren de maatschappelijke betrokkenheid van vrouwen vast te houden tijdens haar levensfase met kleine kinderen, gaan maatschappelijke investeringen in haar opleidingen en werkervaringen niet verloren;
- Mütterzentren vervullen, door de integrale benadering en het zelfhulpprincipe een preventieve rol in de gezondheid van moeders en kinderen; moeders zullen bij minder snel een beroep op de geestelijke gezondheidszorg hoeven doen; kinderen zullen minder snel in een emotionele of cognitieve achterstandssituatie terecht komen.

## Initiatieven in Nederland

### Deventer

Binnen het buurtvrouwenwerk in Rode Dorp/Driehergen te Deventer is men bij het opzetten van

een Moedercentrum gestart met een concrete activiteit: 'ontbijt-ochtenden' voor vrouwen met hun kinderen. Deze ochtenden worden georganiseerd door een zestal vrouwen uit o.a. de moederpraatgroep, die blijvend iets met elkaar willen doen. Een eerste betaalde functie is inmiddels gerealiseerd. Deze zes vrouwen nemen en delen verantwoordelijkheid en gebruiken hun ervaring als deskundige moeders.

De ontbijt-ochtenden, gestart als experiment, zijn een groot succes. Momenteel komen er ongeveer 30 vrouwen. De buurtwerkster zegt hierover: "Ik heb me verbaasd over de kwaliteiten, die er binnen het vrouwenwerk de afgelopen drie jaar naar boven zijn gekomen. Veel vrouwen in deze buurt zijn handig, creatief en wijs. Deze kwaliteiten komen er helaas nog te weinig uit. Je merkt dat veel vrouwen ook een goed sociaal inzicht hebben. Dat merk je vooral als ze betrokken raken bij zaken die in de buurt spelen. De onderlinge band is vaak erg sterk en er bestaat dan ook een groot saamhorigheidsgevoel. De mensen staan hier nog voor elkaar klaar in tegenstelling tot veel nieuwbouwwijken, waar men individueler is ingesteld. Er is duidelijk een positieve ontwikkeling gaande binnen het buurtvrouwenwerk."

In Deventer wordt het initiatief geplaatst in het kader van Sociale Vernieuwing. Het idee van een Moedercentrum sluit nauw aan bij de principes van de Sociale Vernieuwing. Niet de professionele deskundigheid is uitgangspunt van werken, maar de ervaringsdeskundigheid. De vrouwen worden hierdoor gestimuleerd te vertrouwen op hun eigen kracht om oplossingen te vinden voor eigen problemen. Voor enkele vrouwen zou het Moedercentrum een opstap kunnen zijn naar de



scholings- en arbeidsmarkt. Tijdens de cursus "vrouw en werk" die in het najaar 1990 werd gehouden, bleek dat de kloof naar de arbeidsmarkt voor veel vrouwen uit de buurt te groot is. Het huishouden en de opvoeding staan centraal, hetgeen de nodige beperkingen met zich mee brengt bij het opzetten van activiteiten voor vrouwen. De speelruimte die overblijft is beperkt. Van daar het idee te starten met ontbijt-ochtenden in het kader van een Moedercentrum in de toekomst. De vraag van de Initiatiefgroep is nu: hoe breiden we op basis van de uitgangspunten van het Moedercentrumconcept de ontbijt-ochtenden uit naar meerdere activiteiten verspreid over de dag?

### Rotterdam, wijk Hoogvliet.

De Stichting Vrouwencentrum i.o. en de Antilliaanse Vrouwengroep "Trots Vooruit" verdiepen zich sinds een aantal maanden in de opzet, werkwijze en ideeën van een Moedercentrum. Het feit dat het gebouw, waar vrouwen nu hun activiteiten houden, vervangen moet worden, bracht het Vrouwenplatform uit deze wijk op het idee vrouwen die in Hoogvliet iets zouden willen gaan doen, op te sporen. Het gaat om vrouwen van alle leeftijden, klasse, kleur en etniciteit, die graag andere vrouwen ontmoeten om hun ambitie (hobby, leerwens, deskundigheid, moederschap) tot ontwikkeling te brengen. Vast staat dat het nieuwe centrum gerealiseerd moet worden volgens de uitgangspunten van het Moedercentrum. Het project zit nu in de eerste fase van plannen maken, ruimte zoeken en met buurtvrouwen praten. De actuele discussie gaat over de vraag hoe een Moedercentrum en een vrouwencentrum te combineren zijn. De aandacht voor het moederschap moet immers een versterking zijn voor de positieverbetering van vrouwen en niet een voorziening die vrouwen alleen in hun traditionele rol vasthoudt. De initiatiefneemsters willen voorkomen dat ambtenaren en politici - bijv. in het kader van de Sociale Vernieuwing - buurtvrouwen verantwoordelijkheden in de schoenen schuiven. Die bepalen zelf welke verantwoordelijkheden zij willen oppakken en uitwerken. Een Moedercentrum is bovendien geen oplossing voor het tekort aan kinderopvang, voor zwerfkinderen, voor de criminaliteit op straat, of voor te kleine huisvesting.

Buurtvrouwen moeten de gelegenheid krijgen met geld uit de pot Sociale Vernieuwing hun voorziening project- en procesmatig te laten groeien. Er is tijd nodig en professionele ondersteuning om vrouwen te coachen naar een zelforganisatie die een eigen Vrouwencentrum beheert.

### Amsterdam, Buitenveldert

In Buitenveldert bestaat al meer dan tien jaar het unieke 'Vrouwen-kindercentrum'. Dit centrum is een welzijnsvoorziening van, voor en door vrouwen. Twee beroepskrachten (2 x 20 uur) en de faciliteiten worden door de deelgemeente gesubsidieerd. Ten dele beantwoordt het 'Vrouwen-kindercentrum' al aan de kenmerken van het concept van de Mütterzentren. Er is een gevarieerd aanbod van activiteiten met daaraan gekoppeld kinderopvang. Gevraagd naar het 'nieuwe' van de negen-vrouw-sterke werkgroep 'Moedercentrum' noemt de vrouwenwerkster drie dingen:

- tot nu toe ging het altijd om een of-óf aanpak, we spraken vrouwen op hun kwaliteit van moeder en huisvrouw aan met vrijblijvende activiteiten of op hun ambitie om betaald werk te vinden. Nu zien we meer in een én-én-benadering, waarbij elke activiteit een erkenning is van de deskundigheid die zij als moeder en huisvrouw hebben, maar die tevens een stukje werkervaring is;
  - de geldelijke vergoeding voor het werk dat door de vrouwen in het moedercentrum verricht wordt, is ook nieuw en motiveert vrouwen om zelf de organisatie aan te pakken;
  - als derde nieuwe accent noemt zij de aandacht en waardering die er is voor vroegere werkervaring die nu, al dan niet betaald, ingezet kan worden voor de doelen van het moedercentrum.
- In de startfase waarin het project verkeert, werkt de initiatiefgroep van negen moeders vooral aan de organisatorische voorwaarden voor het project. Voor de buurtvrouwen en voor de beroepskrachten is het een leerproces: hoe dragen we de kennis en verantwoordelijkheid voor het centrum werkelijk over aan de buurtvrouwen? Over de integratie van de Moedercentrum-principes in het bestaande 'Vrouwen-kindercentrum' kan in dit stadium nog niets concreets gezegd worden; een apart centrum lijkt hier niet zo noodzakelijk.

### 3. De relatie met doelstellingen in de Vrouwenbeweging.

Het Expertisecentrum Samenlevingsopbouw heeft zo'n 60 zeer verschillende vrouwen met kinderen gevraagd te reageren op het concept Moedercentrum. Naast ondersteunende en enthousiaste reacties, is er ook veel scepsis.

Het moederschap moet in deze tijd los komen te staan van het streven naar positieverbetering van vrouwen. De naam Moedercentrum doet dat wel. De kans is groot dat het conservatieve politieke klimaat deze initiatieven gaat toejuichen met eigen argumenten en er verkeerde conclusies aan gaat

verbinden: 'vrouwen zijn tevreden als er maar aandacht is voor hun moederzijn', bijvoorbeeld. Ook kan een dergelijke voorziening een wig drijven tussen moeders en vrouwen zonder kinderen. Een Moedercentrum maakt vrouwen niet zomaar economisch zelfstandig. Dat alle werk betaald wordt in een centrum, is nog geen oplossing voor de armoede onder vrouwen, of voor hun geringe toegang tot de arbeidsmarkt.

Zou een Moedercentrum de rol van mannen kunnen veranderen, zowel in hun zorgtaken, als in het huishouden? Als vrouwen zich met hun kinderen terugtrekken in een eigen centrum blijft er weinig plaats voor mannen om hun vaderschap in te vullen. Vaders kunnen zich dan aan hun zorgtaken blijven onttrekken. In de meeste Duitse centra zijn vaders wel als gast welkom: 'als ze zich willen aanpassen hebben ze een kans om nieuwe rollen aan te leren', is daar de gedachte.

Een andere opvallende reactie was, dat een Moedercentrum de gezinscultuur bedreigt. Anderzijds, als het bijdraagt aan een nieuwe cultuur tussen volwassenen en kinderen die een band met elkaar hebben, is het een positieve maatschappelijke ontwikkeling. Juist omdat moeders niet meer vanzelfsprekend op burens of familie kunnen terugvallen bij hun zorg voor kinderen, kan een Moedercentrum een goede buurtvoorziening zijn.

### Ter afsluiting

Graag nodigen we lezers uit ons te laten weten of er interesse is voor het uitwisselen van ideeën rond Moedercentra. Als er voldoende belangstelling is, kunnen wij bijeenkomsten organiseren (lieftst stedelijk of regionaal) voor initiatiefneemsters om ervaringen en knelpunten bij de start te onderzoeken.

Dit artikel kon geschreven worden dankzij het vele werk dat de Landelijke Initiatiefgroep Moedercentra het afgelopen jaar verzet heeft.

Moniek Mol werkte bij het Expertisecentrum Samenlevingsopbouw, Dordrecht

### Noten:

1. zie onderzoeksrapport: 'Armoede wordt grenzeloos', WOZH 1988.
2. uit: Verslag van de training 'Vrouwen nemen de leiding in het dagelijkse leven', NIMO, mei 1990.
3. zie verder verslag: 'Frauen Dialog Tagung', 25 november 1990, Christiëne Noot.
4. Verslag van de Studiereis naar Mütterzentren in München. Bureau Practicum en Expertisecentrum Samenlevingsopbouw.



Onlangs deed het sociaalwetenschappelijk onderzoeksbureau Weson onder de titel 'Naar een integraal Jeugdbeleid' verslag van een onderzoek naar omvang, samenstelling en spreiding van de groep 'kansarme jongeren' in de Overijsselse gemeente Hardenberg en naar het bestaande voorzieningenaanbod voor deze groep jongeren. Begin 1992 verschijnt als vervolg hierop de verhalenbundel 'Gewoon Buitenbeentjes' waarin een tiental jongeren over hun problemen en kansen vertellen. De citaten tussen de tekst komen uit deze bundel.

## Naar een (plaatselijk) integraal jeugdbeleid

Lud Overkamp

Onder 'kansarme jongeren' verstaan we jongeren in meervoudige probleemsituaties en jongeren die daarin terecht dreigen te komen. Ze worden omschreven als jongeren die minimaal problemen hebben op één van de leefbaarheidsterreinen arbeid, onderwijs of inkomen en die voorts problemen hebben of dreigen te krijgen met huisvesting, justitie, sociale contacten, gezondheid en tijdsbesteding. Het onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van het Servicebureau Overijssel, dat een steunfunctie vervult voor het jeugdwezijn in Overijssel.

*"Als ik alles bij elkaar neem, wat voor mogelijkheden heb ik dan nog? De een zegt dat ik niet zelfstandig genoeg ben. De ander vindt dat ik heel goed zelfstandig kan werken, maar heeft geen plek. Dan heb ik weer te weinig en dan weer te veel ervaring (...) Ik zou graag een opleiding volgen met kinderen, maar dat laat ik maar. Het geld is er niet. Ik was begonnen met de opleiding verkoopster via de PBVE (primaire beroepsgerichte volwasseneneducatie). Om gezondheidsredenen kon ik geen stageplaats vinden en de opleiding is gewoon helemaal de verkeerde richting. De school zag ik helemaal niet zitten. En omdat ik overspannen ben kan ik het helemaal niet aan".*

Met de uitkomsten van het onderzoek wil men een geïntegreerd en samenhangend 'integraal' jeugd- en jongerenbeleid voor kansarme jongeren opzetten in Hardenberg. Het onderzoeksrapport geeft daarvoor aanbevelingen. In dit artikel gaan we in op dat aspect van het onderzoek: de ontwikkeling van integraal jeugdbeleid, een thema in de sociale vernieuwing. Na een korte bespreking van een aantal landelijke en provinciale beleidslijnen die van belang zijn voor de inhoud van plaatselijk integraal jeugdbeleid komen we tot een

omschrijving van dat beleid. Daarna worden de centrale elementen uit het beleid nader besproken in het licht van knelpunten die zich in Hardenberg voordeden.

### Rijksbeleid

De problematiek van kansarme jongeren is een complex geheel, waar veel beleidsterreinen, instellingen en voorzieningen bij zijn betrokken. Voor een gerichte aanpak van die problematiek en uit oogpunt van preventie is een samenhangend interdisciplinair netwerk van voorzieningen onontbeerlijk. Een integraal jeugdbeleid is daartoe een voorwaarde. Een belangrijk uitgangspunt is dat een dergelijk beleid zo dicht mogelijk bij de leefwereld van de jongeren dient aan te sluiten. Juist het lokale niveau is daarom van wezenlijk belang.

*"Ik was veertien jaar en ging naar een kindertehuis in Utrecht. Ik moest daar naar school. Dat was heel vreemd. Ze hadden er andere boeken. Er werden andere vakken gegeven. Om bij te komen moest ik twee uur per dag studeren en dat wilde ik niet. Dus kon ik de*





*Mavo niet verder doen. Toen ging ik naar de huishoudschool. Maar daar spijbelde ik te veel. Ik moest weer terug naar huis en daar heb ik het laatste jaar van de huishoudschool gedaan'.*

De beleidsmogelijkheden ten behoeve van hulpverlening en preventie bij jongeren op lokaal niveau vallen echter niet los te zien van het landelijke en provinciale beleid. Met name de op 1 juli 1989 in werking getreden Wet op de Jeugdhulpverlening is hier een belangrijk referentiekader. Deze wet decentraliseert per 1 januari 1992 de planning en financiering van de regionale voorzieningen voor jeugdhulpverlening naar de provinciale overheid. De rijksoverheid blijft de planning en financiering van de landelijke voorzieningen voor jeugdhulpverlening onder eigen beheer houden. In het licht van de decentralisering van de jeugdhulpverlening worden twee planningsoperaties ondernomen. De eerste is de 'herspreiding': nagaan in hoeverre het aanbod geografisch aansluit bij de hulpvraag. Waar in Nederland dat aanbod onvoldoende is of waar sprake is van te veel aanbod wordt tot een betere spreiding van de middelen over gegaan. Dat moet leiden tot een infrastructuur die zo goed mogelijk op de vraag naar jeugdhulpverlening aansluit. De tweede is de harmonisatie van normen. De bedoeling is een systeem te krijgen om overeenkomstige voorzieningen en activiteiten op basis van dezelfde normen te bekostigen. Aan de hand van deze geharmoniseerde normen ontstaat vervolgens duidelijkheid over de regionale budgetten die de rijksoverheid naar de provincies sluis.

## Provinciaal beleid

De provincie Overijssel is blijkens haar 'Nota Jeugdhulpverlening Overijssel, Deel 1' voornemens aan te sluiten op het beleid van de rijksoverheid. Een belangrijk uitgangspunt daarbij is, dat de jeugdhulpverlening "plaats vindt in de minst

ingrijpende vorm, zo dicht mogelijk bij de plaats waar de jeugdige duurzaam verblijft en gedurende een zo kort mogelijke periode en overigens ook voldoet aan de eis dat zij voor de jeugdige de meest aangewezen is". Kort gezegd gaat het om preventief optreden en hulpverlening zo dicht mogelijk bij huis. In deze visie heeft "ambulante zorg de voorkeur boven daghulp, daghulp boven pleegzorg, pleegzorg boven residentiële hulp". Niet toevallig zijn hier ook oplopende kosten in het geding. Overheveling van middelen van residentiële instellingen naar de ambulante hulpverlening wordt gestimuleerd.

*"Ik ben vanaf mijn vijftiende al heel wat verhuisd. Van huis weggelopen, bij een vriendin ingewoond, later bij mijn zus, toen in een pleeggezin. Toen op een kamertrainingscentrum, weer bij een pleeggezin, en daarna bij het Begeleid Kamer Wonen. En sinds een paar maanden hier, op mijn eigen flatje'.*

Ten tweede streeft de provincie naar grotere organisaties, maar dan gekoppeld aan een kleinschalige en gedeconcentreerde opzet van de hulpverlening zodat het eerste uitgangspunt onverlet blijft. Beleidsmatige samenwerking in een netwerk wordt nadrukkelijk als een middel gezien, er functioneren al regionale samenwerkingsverbanden. De provincie Overijssel legt de nadruk op voldoende spreiding van voorzieningen, ondergebracht bij specifieke jeugdhulpverleningsinstellingen voorzover deze onder de Wet op de Jeugdhulpverlening vallen.

Er zijn echter diverse voorzieningen die niet onder deze wet vallen terwijl ze wel hulp aan jeugdigen bieden. Men kan denken aan de jeugdgezondheidszorg, aan het jongerenwerk, maar ook aan de integrale projecten voor jongeren in eenvoudige achterstandssituaties. Overijssel wil deze voorzieningen bij de verdere ontwikkeling van een integraal provinciaal beleid voor jeugdhulpverlening gaan betrekken.

## Plaatselijk beleid

Op gemeentelijk niveau zijn in Overijssel ervaringen opgedaan met integraal jeugdbeleid. Een voorbeeld daarvan is te vinden in de gemeente Hardenberg. Hier startte in 1987 het Project Kansarme Jongeren met als doel een samenwerkingsverband tot stand te brengen tussen alle organisaties in Hardenberg die zich bezighouden met het welzijn van kansarme jongeren in de leeftijd van 14 tot en met 29 jaar. In meer of mindere mate

werden (en worden) zo het maatschappelijk werk, de (onder)afdelingen sociale zaken en welzijn van de gemeente Hardenberg, het jongerenwerk, de werkgelegenheidsprojecten, de reclassering, het Kort Middelbaar Beroepsonderwijs, de GGD-jeugdgezondheidszorg, de stichting Begeleid Kamerbewoning, het opbouwwerk en het Project Mensen Zonder Werk ingeschakeld. Enkele werkers die in hun dagelijkse werksituatie met kansarme jongeren werden geconfronteerd namen het initiatief omdat ze er onvoldoende op in konden springen. De gemeente Hardenberg sloot haar beleid er op aan.

*"Mijn moeder en ik praatten helemaal niet met elkaar. Ze liep met de zenuwen bij een dokter. Doordat mijn moeder er met de dokter over praatte kwam ik in het kindertehuis. Eerst zijn we nog bij Jeugd en Gezin geweest, maar daar was mijn vader niet zo wild van. Hij is er een paar keer wezen praten, maar was over die gesprekken niet zo te spreken. Ik denk dat een maatschappelijk werker niet moet kiezen. Niet moet zeggen 'Ik sta aan de kant van het kind of van de ouders'. Hij is er om problemen op te lossen. Daarna zijn we naar het RIAGG gegaan".*

*In het 'Beleidsplan 1990-1993 Welzijnsactiviteiten' werd als een algemeen beleidsuitgangspunt het bevorderen van samenhang in het aanbod van welzijnsactiviteiten en -voorzieningen opgenomen. De prioriteit lag bij activiteiten en voorzieningen ten behoeve van groepen mensen die door een achterstandssituatie ook een zeer ongunstig toekomstperspectief hebben.*

## Integraal jeugdbeleid

Integraal jeugdbeleid zou moeten omvatten: het door middel van afstemming en samenwerking tussen relevante instellingen vergroten van de mogelijkheden tot preventief werken met jongeren op uiteenlopende levensgebieden en tot het inhalen van hun achterstanden, door hen nieuwe kansen te bieden.

Wanneer we de preventie en hulpverlening zo dicht mogelijk bij huis willen laten plaatsvinden, dan lijkt het opbouwen van een netwerk voor integrale 'zorg op maat' de onontbeerlijke basis van een provinciaal integraal jeugdbeleid. De ervaringen die plaatselijk zijn opgedaan met integraal jeugdbeleid dienen dan ook niet te worden veronachtzaamd.

We zullen de drie centrale elementen uit het integraal jeugdbeleid - preventie, inhalen en samen-

werking - nader bespreken en toetsen aan ervaringen in Hardenberg.

## Preventie

Preventiebeleid bedoelt te voorkomen dat jongeren in de problemen raken of dat hun problemen verergeren. Vroegtijdige signalering van hun problemen binnen de drie opvoedingsmilieus gezin, onderwijs en vrije tijd is daarom belangrijk. Categorieën van jeugdigen die een aantoonbaar hoger risico lopen, dienen daartoe in het bijzonder aandacht te krijgen, bijv. meisjes en allochtonen.

*"Ik had het vijf jaar lang verborgen gehouden. Een leraar hier op school heeft het zo lang gezeurd totdat ik het vertelde. Maar hij geloofde me eerst niet. En dus zat ik er nog alleen mee. Heb je er nog niks aan. Toen hebben we de buurvrouw opgebeld. Want die wist het ook".*

De opbouw stimuleren van preventieve strategieën en methodieken en van deskundigheid, maakt onderdeel uit van preventief beleid. Het 'vindplaats-gerichte werken' is een belangrijke manier om vroegtijdig problemen te signaleren en aan te pakken. Ook kan een aanbod daarmee zo goed mogelijk op de vraag worden afgestemd.

*"De vertrouwensarts kwam op school. (...) Daar heb ik mee gepraat. En die heeft toen een maatschappelijk werkster ingeschakeld. Daar heb ik nu ervaring mee. Dat bevalt me goed. Ze wil me helpen om de angst voor mijn vader kwijt te raken. Maar ik zeg haar dat ik daar nooit vanaf kom".*

In Hardenberg kwam dit aspect van integraal jeugdbeleid in het Project Kansarme Jongeren niet van de grond. Een preventief netwerk zoals bedoeld, werd niet opgebouwd en niemand hanteerde een vindplaats-gerichte werkwijze. Zo



waren er nauwelijks - laat staan structurele - contacten met het onderwijs en was er weinig samenwerking en veel onbegrip tussen vindplaatsen onderling. Toen een jongerenwerker signaleerde dat een jongere wel erg veel spibelde en daarmee naar de school stapte, kreeg hij nota bene van de school de wind van voren: de aanwezigheid van het jongeren centrum zou jongeren juist tot spibelen aanzetten.

## Inhalen

Is preventiebeleid in feite gericht op alle jeugdigen, inhaalbeleid is bedoeld voor een meer specifieke groep: de jongeren in een - meervoudige - probleemsituatie. Het is er op gericht de opeen gestapelde problemen op te lossen en jongeren via een herkansing hun achterstanden op uiteenlopende terreinen te laten wegwerken. Uitgaande van de leefsituatie van de jongeren kunnen specifieke problemen niet geïsoleerd, maar moeten ze in samenhang benaderd worden. De 'intermediairen', de - professionele - krachten op de vindplaatsen moeten doorverwijzen wanneer ze problemen signaleren die buiten hun deskundigheid vallen. Andersom zijn zij een onmisbare schakel bij de hulpverlening doordat ze veel informatie over de leefwereld van de jongeren hebben. Zij hebben relatief veel invloed omdat ze tot de leefwereld van de jongeren behoren en soms een vertrouwensrelatie hebben opgebouwd die de werkers van de hulpverlenende instellingen niet altijd hebben.

*"Ik ben eigenwijs. Ik doe waar ik zin in heb. Het meeste heb ik geleerd van mijn eigen fouten. Maar als ik niet al die begeleiders, trainingcentra enzovoorts had gehad, was ik in de goot terecht gekomen. Ik was op een gegeven moment op het verkeerde pad. Het interesseerde me niet wat anderen van mij vonden. En toch was ik blij dat er iemand was waar ik op terug kon vallen. Je komt jezelf wel tegen en beseft dat je begeleiding nodig hebt. Ik heb nu zelf een goede begeleider gevonden. Hij heeft er niet voor gestudeerd en is directeur van een school. Hij helpt me, geeft me raad. Ik kan goed met hem overweg".*

Niet alle daarvoor in aanmerking komende voorzieningen wensten in het samenwerkingsverband van de Hardenbergse hulpverlening te participeren, of althans niet op een zinvolle wijze. Dat gold met name voor de belangrijke terreinen arbeid en onderwijs. Dit hing met een aantal factoren samen, waarbij het ontbreken van voldoende oog voor de brede samenhang waarbinnen

één probleem zich vaak afspeelt, wel de belangrijkste is. Het Brugproject bijvoorbeeld vond zichzelf al voldoende interdisciplinair door zijn samenwerking met de sociale dienst en de werkgelegenheidsprojecten, en door zijn aanbod waarin werkervaring, scholing en persoonlijke begeleiding worden gekoppeld. Dat mag in zijn algemeenheid opgaan, maar voor een aantal jongeren is het door bijvoorbeeld psychische, gezondheids- of woonproblemen heel erg moeilijk om succesvol scholing te volgen of een baan te behouden, de intensieve begeleiding daarbij ten spijt. De bredere mogelijkheden van een samenwerkingsverband zouden het succes van arbeidsbemiddeling alleen maar ten goede komen. Nu komen de betreffende personen als onbemiddelbaar in de kaartenbak.

*"Toch al netjes dat ik het een maand vol heb gehouden. Ik vind het een prestatie hoor. Voor mijzelf wel. Gewoon omdat ik ander werk nog nooit zo lang volgehouden heb".*

Een ander aspect zijn de vaak strikte subsidieregelingen, die een flexibel, op de persoon afgestemd aanbod helemmeren en een geïsoleerd aanbod vanuit één voorziening bevorderen. De basiseducatie bijvoorbeeld laat zich momenteel nauwelijks inpassen in een interdisciplinaire trajectbegeleiding.

Een derde aspect is de gebrekkige afstemming wanneer niet alle relevante voorzieningen samenwerken. Zo biedt het Project Mensen Zonder Werk een op de arbeidsmarkt gerichte opleiding van langere duur. Tussendoor neemt een jongere via het uitzendbureau tijdelijk een baantje, komt na anderhalve maand weer op de cursus, maar is hopeloos achter en haakt af. Hierbij stuiten we op de grenzen van zowel preventie- als inhaalbeleid: zonder een brede samenwerking en afstemming is het rendement onvoldoende.

## Samenwerking

Zowel vindplaats-gerichte werken als de inschakeling van intermediairen in de hulpverlening horen thuis in de 'ecologische benadering' die als uitgangspunt heeft dat problemen het beste kunnen worden aangepakt in de context: vanuit de leefwereld van de cliënt, die al zijn problemen opgelost wil zien, met gebruikmaking van alle mogelijkheden in hun samenhang. Samenwerking en afstemming tussen betrokken instellingen is een essentiële voorwaarde zowel voor het slagen van preventiebeleid als van inhaalbeleid. De voorzieningen op het terrein van arbeid, gezondheid en

hulpverlening, welzijn, justitie en onderwijs zijn erbij betrokken, en de contacten met het bedrijfsleven mogen geen moment uit het oog worden verloren.

*"Als je in een gemeentelijke regeling hebt gewerkt, is dat eerder slechter dan beter voor je. Het wordt niet eens meegerekend als werkervaring. Werkgevers denken dat je daar maar een beetje voor spek en bonen loopt. De werkgevers maken het eigenlijk kapot. Want die laten je na een half jaar weer vallen".*

De instellingen dienen door goede onderlinge contacten en afstemming veel gericht en effectiever te gaan functioneren. Met het oog op preventie ligt de samenwerking voor de hand tussen de werkers op de vindplaatsen, die ieder vanuit een eigen invalshoek met dezelfde jongere bezig kunnen zijn. En de deskundige hulpverleners kunnen niet buiten een goede samenwerking en afstemming met elkaar en met de intermediairen op de vindplaatsen, wil hun hulp ook daadwerkelijk iets uithalen. Niemand is gebaat met de hoge schotten, de vele loketten, de herhaalde intakegesprekken en wat dies meer zij.

In Hardenberg was het initiatief voor het Project Kansarme Jongeren afkomstig van enkele enthousiaste werkers. Voor een deel is de inbreng van instellingen in het project afhankelijk gebleven van individuen: de persoonlijke inzet van werkers die het belang van samenwerking inzagen. Niet alle betrokken instellingen hebben zich dan ook in hun instellingsbeleid op samenwerking vastgelegd. Participeren blijkt wat anders te zijn dan actief-samenwerking bevorderen. Het instellingsbelang prevaleert veelal, wat onnodig werk met zich mee blijft brengen. Niet onbelangrijk is ook de persoonlijke instelling van een professionele kracht. Zo was de (voormalige) leerplichtambtenaar van de gemeente weinig geneigd zijn bevoegdheden op basis van de leerplichtwet actief in te zetten ten behoeve van preventie en hulpverlening bij leerplichtige jongeren. Een belangrijk instrument voor integraal jeugdbeleid bleef zodoende ongebruikt. Tevens geeft dit voorbeeld aan, dat binnen één organisatie, in dit geval de gemeente, diverse (onder)afdelingen betrokken kunnen zijn bij jeugd-beleid, zonder dat die onderling hun beleid op elkaar afstemmen of zelfs maar kunnen beïnvloeden. De (onder)afdelingen Welzijn en Sociale Zaken van de gemeente Hardenberg waren namelijk wel actief betrokken in het Project Kansarme Jongeren.

Gebrek aan een voldoende breed samengestelde samenwerking, de ongelijksoortige belangen en de ongelijksoortige inbreng van de participanten maakten het Project Kansarme Jongeren enigszins stuurloos. Er bestond onvoldoende eensgezindheid over de rol (coördinerend, initiërend, uitvoerend?), het werkkerrein (preventie en signalering, hulpverlening, of beide?), de looptijd en de vorm van het samenwerkingsverband. Hier wordt nu aan gewerkt. Belangrijke aspecten om daarbij in ogenschouw te nemen zijn: de doelstelling, het werkkerrein, de verwachte concrete bijdragen van de samenwerkingspartners onderscheiden naar preventieve en hulpverlenende functies (formeel in samenwerkingsovereenkomsten met de afzonderlijke voorzieningen vast te leggen), de structuren van het signaleringsnetwerk en het hulpverleningsnetwerk en hun onderlinge koppeling, de looptijd, de evaluatiemomenten, de organisatievorm van het project, alsmede de coördinatie van en de eindverantwoordelijkheid voor het project.

*"Na zes maanden bij het Begeleid Kamer Wonen ben ik op zoek gegaan naar een woning en op deze flat terecht gekomen. Normaal is er een wachtlijst voor van zo'n anderhalf jaar. Ik moest een doktersverklaring hebben en daarbij een brief van de maatschappelijk werker. Daarna pas kreeg ik de woning".*

## Tot slot

Hoewel ook de gemeenten niet per definitie een samenhangend jeugdbeleid voeren, kan in toenemende mate bij lokale overheden het streven naar 'een gecoördineerd en geïntegreerd jeugdbeleid' worden herkend, met bijzondere aandacht voor jeugdachterstand. Vooral nog moeten gemeenten dit wel zelf financieren.

Projecten gericht op integraal jeugdbeleid kunnen een beroep doen op de middelen in het kader van de sociale vernieuwing. Integraal jeugdbeleid heeft vooral betrekking op 'de derde cirkel' die in het sociale vernieuwingsbeleid wordt aangegeven: het vergroten van de doelmatigheid en kwaliteit van welzijnsvoorzieningen.

De gemeenten kunnen daarnaast gebruik maken van de mogelijkheden die provinciale subsidieregelingen bieden, zoals de Overijsselse subsidieregeling maatschappelijke activering. Wanneer provincies in hun jeugdhulpverleningsbeleid grote waarde aan preventie en hulpverlening zo dicht mogelijk bij huis en van zo kort mogelijke duur hechten, dan staat of valt het beleid vervol-



gens met de bereidheid van voorzieningen om daar op lokaal niveau aan gestalte te geven.

Lud Overkamp is onderzoeker bij Weson

Overkamp, L., Naar een integraal jeugdbeleid. Een inventariserend onderzoek naar kansarme jongeren en voorzieningen in Hardenberg, Deventer 1991.

Deze uitgave is te bestellen door f 16,00 over te maken op postbanknummer 3919419 t.n.v. Weson, Deventer, o.v.v. bestelnummer KAJ-91.493.

Overkamp, L., Gewoon Buitenbeentjes. Verhalen van jongeren over hun problemen en kansen, Deventer 1991.

Deze uitgave is te bestellen door f 12,25 over te maken op postbanknummer 3919419 t.n.v. Weson, Deventer, o.v.v. bestelnummer KAJ-91.781.



vormgeving

dtp, zet- en drukwerk

public relations

adviezen

publiciteitsadviezen

en tekstschrjven

marketing adviezen

congresorganisatie

projectmanagement

trainingen

**stimio**

Den Bommel 2a 4194 TZ Meteren  
Telefoon (03456) 9844  
Fax (03456) 9825

Een van uw goede voornemens

kan nu werkelijkheid worden:

## een professioneel p.r.-beleid

U bent een non-profit instelling, die meer aan public relations wil doen teneinde naamsbekendheid en beeldvorming van uw organisatie te verbeteren. Misschien heeft u al eens een interne p.r.-werkgroep ingesteld.

Of ligt ergens (een basis voor) een p.r.-plan. En wellicht had u al lang eens een professionele huisstijl willen doorvoeren. Toch is het er nooit van gekomen: van een planmatige, adequate uitvoering van p.r.-beleid op professioneel niveau.

Wij zijn een organisatie, die de non-profit sector stimuleert tot klant- en marktgericht werken. Enkele van onze adviseurs zijn zelf jaren in non-profit organisaties werkzaam geweest.

Kortom, wij kennen u, uw vragen en wensen.

Bovendien hebben wij een voor Nederland uniek concept. Hierbij bieden wij vanuit één organisatie de volgende diensten aan:

- vormgeving
- dtp, zet- en drukwerk
- public relations adviezen
- publiciteitsadviezen en tekstschrjven
- marketing adviezen
- congresorganisatie
- projectmanagement
- trainingen

Dat scheelt onze relaties veel onnodige communicatie, energie, tijd en dus geld. Tel hierbij op onze gerichtheid op maatwerk, de flexibele instelling en het hoge kwaliteitsniveau. Dan is het ook logisch dat steeds meer non-profit organisaties onze diensten afnemen.

Tot de meer dan 300 relaties van Stimio behoren o.a. instellingen en koepels voor opbouwwerk, thuiszorg, jeugdhulpverlening, sociaal-cultureel werk, het Landelijk Platform Opbouwwerk, de FIOM, de Federatie van SOS-Telefonische Hulpdiensten, het Landelijk Centrum voor Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, de Werkgroep 2000/LPCP, het Nederlands Specialisten Genootschap en het ministerie van WVC.

Ik wil graag meer weten over Stimio b.v.

Noteer mij voor een gratis abonnement op Stimulans, het PR-magazine van Stimio

Stuur mij uw bedrijfsbrochure toe

naam \_\_\_\_\_

functie \_\_\_\_\_

bedrijf \_\_\_\_\_

adres \_\_\_\_\_

postcode \_\_\_\_\_

plaats \_\_\_\_\_

- Ik ben geïnteresseerd in
- vormgeving, huisstijlen
  - professioneel drukwerk
  - PR - adviezen
  - publiciteitsadviezen en tekstschrjven
  - marketing adviezen
  - congresorganisatie
  - projectmanagement
  - trainingen

Stuur deze bon in een envelop naar Stimio b.v., Antwoordnummer 4518, 4140 XG Geldermalsen. De bon faxen kan ook (03456) 9825



Na 'Het Samenlevingsgebouw' en 'De Samenlevingsfabriek' is dit de derde speciale uitgave van Mededelingen Opbouwwerk over sociale vernieuwing. Op het 'plein' van onze samenleving komen we de mensen tegen die aandacht verdienen, omdat ze achterstanden hebben. Hun staat van gezondheid, hun opleidingsniveau, de mate waarin zij aan de cultuur deelnemen, vallen als 'onwelzijn' te kenschetsen. Pleinen zijn ontmoetingsplaatsen bij uitstek, en het opbouwwerk heeft er gemakkelijk de handen vol om contacten tot stand te laten komen, en om mensen en instellingen bij elkaar te brengen. Wellicht de belangrijkste instelling is de gemeente: die dient haar pleinen immers goed te onderhouden.

In dit nummer vindt u beschouwingen over sociale vernieuwing in de gezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg, en over de emancipatie van ouderen, jongeren, en vrouwen.

Enkele initiatieven worden uitgebreid beschreven, zoals een open dagactiviteitencentrum in Amsterdam, een moedercentrum in Deventer en andere steden, 'anders ouder worden' in Rotterdam, en een project voor kansarme jongeren in Hardenberg.



HSA00100097  
99  
Tijdschriften MO