



Mariet Paes

WIJKGEZONDHEIDSWERK

*Een studie naar 25 jaar wijkgericht werken
aan gezondheid in Den Bosch-Oost*

WIJKGEZONDHEIDSWERK

Een studie naar 25 jaar wijkgericht werken aan gezondheid in Den Bosch-Oost

ACADEMISCH PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Universiteit van Amsterdam
op gezag van de Rector Magnificus
prof. dr. D.C. van den Boom
ten overstaan van een door het college voor promoties
ingestelde commissie,
in het openbaar te verdedigen in de Agnietenkapel
op vrijdag 11 april 2008, te 10.00 uur

door

Maria Josephine Hendrika Paes

geboren te Sittard

Promotiecommissie

Promotores

Prof. dr. W.G.J. Duyvendak

Prof. dr. A.J. Baart

Overige Leden

Prof. dr. A.H. Hardon

Prof. dr. J. De Maeseneer

Prof. dr. K. Stronks

Prof. dr. E.H. Tonkens

Prof. dr. A.P. Verhoeff

WIJKGEZONDHEIDSWERK

Een studie naar 25 jaar wijkgericht werken aan gezondheid in Den Bosch-Oost

Met dank aan:

Promotores

Prof. dr. W.G.J. Duyvendak,
Universiteit van Amsterdam, Faculteit der Maatschappij- en Gedragwetenschappen

Prof. dr. A. J. Baart,
Universiteit van Tilburg, Faculteit der Geesteswetenschappen

Overige Leden:

Prof. dr. A.H. Hardon; Universiteit van Amsterdam

Prof. dr. J. De Maeseneer; Universiteit van Gent

Prof. dr. K. Stronks; Amsterdams Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam

Prof. dr. E.H. Tonkens; Universiteit van Amsterdam

Prof. dr. A.P. Verhoeff; Universiteit van Amsterdam

ISBN/EAN: 978-90-79463-01-5

© Mariet Paes

Uitgave PRVMZ www.prvMZ.nl

Productie: btz 's-Hertogenbosch

Drukwerk: Mezclado Tilburg

Bindwerk: Grafisch Afwerkcentrum Breda

Alle rechten voorbehouden. Niets in deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

VOORWOORD

Met deze studie heb ik geprobeerd praktijk en wetenschap over wijkgericht werken aan gezondheid bij elkaar te brengen in de hoop op een vruchtbare ontmoeting. De praktijk –in Den Bosch-Oost- staat voorop, want daar ligt mijn startpunt en inspiratiebron. Er zit vele uren en jaren werk in deze ontmoeting. Nu het grote werk achter de rug is en het boek gelezen kan worden, wil ik iedereen die er aan mee werkte op deze plek bedanken.

In 1998 rondde ik mijn masteropleiding strategisch management aan de Universiteit van Utrecht af. Mijn masterpiece ‘Zorg op menselijke maat; rol en positie van gezondheidscentra in achterstandswijken’ was de aanleiding voor een opmerking van Philip Idenburg, centrale docent in de opleiding: “Waarom ga je niet promoveren?” Een jaar later bespraken we de mogelijkheden voor een promotieonderwerp en hoe ik dit moest aanpakken naast een drukke baan in een niet-universitaire setting. Ik wist wat ik niet wilde: geen kwantitatief onderzoek met cijfers over gezondheidsverschillen, geen onderzoek naar een onderdeel in het wijkgericht werken, geen onderzoek naar effecten van bepaalde behandelmethoden. Ik wilde de alledaagse werkelijkheid naar voren halen van het werken aan gezondheid in een wijk zonder van de wijkaanpak een mythe te maken. Ik sprak hierover met Jan Willem Duyvendak, die in 2001 een inleiding verzorgde op een congres van gezondheidscentrum Samen Beter. De inleiding handelde over de wijk als ‘guuroord of kuuroord’ voor kwetsbare groepen wijkbewoners. Een verhaal dat indruk maakte op de aanwezige beroepskrachten en vrijwilligers. In diezelfde periode ontmoette ik Andries Baart; zijn presentietheorie sprak mij aan. Hij gaf, naar mijn indruk, woorden aan een belangrijk aspect van onze manier van werken. Ik wilde hun kennis en inzichten betrekken bij mijn onderzoek naar wijkgericht gezondheidswerk. Jan Willem Duyvendak en Andries Baart stemden ermee in om mij als ‘buiten promovendus’ te begeleiden. Het werden vele voor mij vruchtbare ontmoetingen. Ik heb genoten van de gesprekken die we afgelopen jaren voerden. Jullie belangstelling naar alles wat gebeurde in Den Bosch-Oost was weldadig en jullie kritische reflectie op wat ik produceerde af en toe overweldigend. Het leek of er boekenkasten omvielen bij het bespreken van mijn analyses van de praktijk in Den Bosch-Oost. Om uit de grote hoeveelheden ‘rijk’ materiaal tot een goede rubricering en analyse te komen en vervolgens tot een coherent verhaal was zonder jullie steun niet gelukt. Andries bood me bovendien de kans om via studiebijeenkomsten ingewijd te worden in het kwalitatieve onderzoek. Hiervan heb ik veel geleerd; waarvoor speciaal mijn dank.

In juli 2004 overleed Piet Willems plotseling; een gebeurtenis die mij erg aangreep. Piet Willems was van 1975 tot eind jaren tachtig opbouwwerker in Den Bosch-Oost. In december van datzelfde jaar organiseerde ik samen met enkele werkvrienden van Piet en zijn kinderen een internationale ontmoeting ter herdenking van het werk van Piet. Niet een terugblik op zijn

levenswerk, maar door middel van presentaties van het huidige ‘werken vanuit de basis’ een ode aan wat hij in ‘s-Hertogenbosch op gang gebracht had. In die periode was ik druk bezig met de analyses van mijn onderzoeksmateriaal. Deze Piet Willemsdagen en de daarop volgende uitwisselingen in België en Frankrijk samen met de mensen van het nieuwe wijkproject ‘Van jong tot oud in Oost’ gaven een extra dimensie aan het begrijpen van het materiaal dat ik bestudeerde. Wederom ontmoetingen waarin wetenschap en praktijk elkaar tegen kwamen; dank aan iedereen en vooral aan Jacques De Bruyn en Sjef Ulburghs die hieraan bijdroegen. In gedachten gingen mijn altijd inspirerende gesprekken met Piet door.

Velen in Den Bosch-Oost hebben aan de totstandkoming van deze studie bijgedragen, omdat zij mij hun verhalen schonken over hun werken en leven in Den Bosch-Oost. Zij spelen de hoofdrol in dit boek; u zult hen in de teksten ontmoeten. Ik ben hen, maar ook de anderen die zich inzetten voor het wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost veel dank verschuldigd. Zonder hen was er niets te bestuderen geweest. Ook dank aan de ‘buitenstaanders’, die niet werkten in Den Bosch-Oost, maar wel mee nadachten over het werk in Den Bosch-Oost; zij figureren eveneens in de teksten. Een speciaal woord van dank aan Hans Saan, Willy de Haes, Harrie Kempers, Kees Stuurop en Gerda van der Lee, die meedachten over de rode draad van deze studie. Eveneens dank aan Agnes, Anne Lous, Annie, Annie, Elly, Gerrit, Hans, Ingrid, Mia, Netty, Thea en Willy die delen van de teksten bespraken en commentarieerden. Bea, Christel, Gerdien, Hans, Lieke, Mieke, René, Rudy en Wybren dank voor de inspirerende studiedagen afgelopen jaren, waarin we nadachten over ontwikkelingen in ons werk en voor jullie steun bij het maken van een goede presentatie. Anne, Anne, Bregje, Eva, Lina, Pleuni en Tim bedankt voor de transcriptie van de interviews; Rosa dank voor jouw hulp met SPSS, Alexander en Victor voor jullie hulp bij de eindredactie en Marcel voor het omtoveren van de teksten, schema’s en figuren in een boek.

Tot slot en in het bijzonder gaat mijn grootste dank uit naar Anne, Eva en Gerrit. Door Annes gevoel voor taal, Eva’s kritische commentaar, Gerrits niet aflatende belangstelling en jullie onvoorwaardelijk vertrouwen in een goede afloop van dit avontuur is dit boek een boek van ons allemaal geworden.

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	5
INHOUDSOPGAVE	7
OVERZICHT VAN TABELLEN FIGUREN EN CASUSSEN	11
INLEIDING	15
• Introductie van het onderzoek en de onderzoeksopzet	15
• Probleem- en vraagstelling	20
• Opbouw van het boek	21

DEEL I INTRODUCTIE

Hoofdstuk 1: Korte schets van de wijk Den Bosch Oost	25
1.1. Een wijk met verschillende buurten	25
1.2. De wijk in cijfers	26
1.3. Gemeentelijke cijfers over armoede	29
1.4. Gezondheid in cijfers	30
1.5. Voorzieningen in de wijk	32
1.6. Samenvatting	33
Hoofdstuk 2: Methodologische verantwoording	35
2.1. Voorgeschiedenis	35
2.2. Onderzoeksmethode	36
2.3. Werkwijze	37
2.3.1. Probleemstelling en het conceptueel model	38
2.3.2. De data	39
2.3.3. Keuze respondenten	40
2.3.4. Interviewmethode	40
2.3.5. Analyse en rapportage	41
2.4. De kwaliteit van het onderzoek	43
2.5. Generaliseerbaarheid	44

Hoofdstuk 3: Theoretische verkenning van de centrale begrippen	45
3.1. Gezondheid	45
3.1.1. De medische benadering	46
3.1.2. De leefstijlbenadering	47
3.1.3. De sociale omgevingsbenadering	49
3.1.4. De invloed van de economische kijk	51
3.1.5. De invloed van de ethische kijk	53
3.1.6. Samenvatting	55
3.2. De wijk	57
3.2.1. De geografische wijk	57
3.2.2. De organisatorische wijk	59
3.2.3. De wijk als gemeenschap of community	60
3.2.4. Samenvatting	66
3.3. Gezondheidsverschillen en achterstandswijken	67
3.3.1. Oorzaken van gezondheidsverschillen	68
3.3.2. Gezondheid en achterstandswijken	70
3.3.3. Samenvatting	71
3.4. De wijkaanpak	73
3.4.1. De wijkaanpak in de eerstelijnszorg	73
3.4.2. De wijkaanpak in de gezondheidsbevordering	77
3.4.3. De wijkaanpak in het sociaal werk	79
3.4.4. De wijkaanpak en empowerment	83
3.5. Samenvatting	85
Hoofdstuk 4: Schets van de beleidsomgeving	89
4. 1. Periode rond 1980	89
4.1.1. Gezondheidszorg en gezondheidscentra	90
4.1.2. Volksgezondheid en gezondheidsbevordering	91
4.1.3. Sociaal beleid	92
4.2. Periode rond 1990	92
4.2.1. Gezondheidszorg en gezondheidscentra	92
4.2.2. Volksgezondheid en gezondheidsbevordering	92
4.2.3. Sociaal beleid	93
4.3. Periode rond 2003	94
4.3.1. Gezondheidszorg, gezondheidscentra en gezondheidsachterstand	94
4.3.2. Volksgezondheid en gezondheidsbevordering	95
4.3.3. Sociaal beleid	96
4.4. Gezondheidszorg, volksgezondheid en sociaal beleid door de jaren heen	97

DEEL II HISTORISCHE RECONSTRUCTIE

Hoofdstuk 5: Beelden en typeringen van de wijk Den Bosch-Oost van buitenaf	103
5.1. De conflicterende volkswijk (rond 1980)	103
5.2. Achterstandswijk of saamhorige wijk? (rond 1990)	104
5.3. De buurt als etalage van verschillen (rond 2003)	108
5.4. Den Bosch-Oost door de jaren heen	111
Hoofdstuk 6: Historische reconstructie van het wijkgezondheidswerk in Den Bosch Oost	113
6.1. Het welzijnswerk in Den Bosch Oost	113
6.1.1. De start van Welzijnsproject Oost in 1975	114
6.1.2. Een stedelijke welzijnsinstelling in 1990	115
6.1.3. Het Wijkplatform Oost in 2000	116
6.1.4. Het welzijnswerk door de jaren heen (1975 – 2005)	116
6.2. Wijkgezondheidscentrum Samen Beter	117
6.2.1. Het initiatief voor een wijkgezondheidscentrum in 1978	118
6.2.2. Een nieuwe oriëntatie op de wijk in 1990	119
6.2.3. Een professionele zorgvoorziening voor de wijk in 2000	121
6.2.4. Gezondheidscentrum Samen Beter door de jaren heen (1978 – 2005)	122
6.3. Wijknetwerk Hulpsector Oost	123
6.3.1. Hulpoverleg Oost in 1980	123
6.3.2. Hulpsector Oost breidt uit in 1990	125
6.3.3. Hulpsector Oost trekt de banden aan met educatie in 2003	129
6.3.4. Hulpsector Oost door de jaren heen 1980 - 2005	129
6.4. Samenvatting	130
Hoofdstuk 7: Leren in en van de praktijk	133
7.1. Werken vanuit de basis	133
7.1.1. Het basisdenken en Paolo Freire	134
7.1.2. De basisbeweging en wijkgezondheidswerk	135
7.1.3. De basisbeweging herleeft in Den Bosch Oost	136
7.1.4. Samenvatting	137
7.2. Emanciperende hulpverlening	137
7.2.1. Vrouwenhulpverlening	138
7.2.2. Politiserende hulpverlening	139
7.2.3. Emanciperende hulpverlening wordt empowerment	140
7.2.4. Samenvatting	141
7.3. Gezondheidscentra en geïntegreerde eerstelijnszorg	141
7.3.1. Gezondheidscentra en de organisatie van samenwerking	141
7.3.2. Gezondheidscentra, achterstandswijken en wijkgericht werken	142

7.3.3.	Samenvatting	143
7.4.	Community based gezondheidswerk, opbouwwerk en gezondheidsbevordering	143
7.4.1.	Nationale contacten	144
7.4.2.	Gezondheidsopbouwwerk	144
7.4.3.	Opbouwwerk en gezondheidsachterstand	146
7.4.4.	Opbouwwerk, wijkaanpak en gezondheid	147
7.4.5.	Gezondheidsbevordering en wijkaanpak	148
7.4.6.	Samenvatting	149
7.5.	Informele zorg en sociale steun	151
7.5.1.	Een wijkontwikkeling	151
7.5.2.	Een nieuwe impuls	153
7.5.3.	Samenvatting	153
7.6.	Extramuralisering en vermaatschappelijking van de zorg	154
7.6.1.	Vermaatschappelijking op wijkniveau	154
7.6.2.	Botsing van twee perspectieven	155
7.6.3.	Samenvatting	156
7.7.	Ketenzorg en zorgarrangementen	156
7.7.1.	Zorgarrangementen in Den Bosch Oost	157
7.7.2.	Samenvatting	158
7.8.	Conclusie	158

DEEL III EXPLORATIE VAN HET WIJKGEZONDHEIDSWERK IN DEN BOSCH OOST

Hoofdstuk 8: De werkers en hun wijk	163
8.1. Inleiding	163
8.2. Introductie van de werkers	163
8.3. Referenties en keuzegronden	164
8.4. Wijkbeelden	168
8.5. Relaties tussen referenties, keuzegronden en wijkbeelden	172
8.6. Wijkbeelden van binnenuit en buitenaf	174
8.6.1. Er is niet één wijk	175
8.6.2. Kennis over de wijk verandert	176
8.6.3. Wijkvoorzieningen en sociaal weefsel	178
8.6.4. Een confrontatie tussen verschillende wijkbenaderingen	179
8.7. Conclusie	182
Hoofdstuk 9: De werkers en gezondheid	183
9.1. Inleiding	183
9.2. Omschrijvingen van gezondheid	183
9.3. De gezondheid van wijkbewoners	188

9.4.	De invloed van de omgeving op gezondheid	191
9.4.1	Veranderingen onder invloed van algemene maatschappelijke ontwikkelingen ..	191
9.4.2	Veranderingen in de wijk met gevolgen voor de gezondheid	197
9.5.	Gezondheidsbenaderingen in theorie en praktijk	199
9.5.1.	Gezondheid is een breed begrip	199
9.5.2.	Omgaan met gezondheid	200
9.5.3.	Kennis over gezondheid en ziekte	203
9.5.4.	De wijk en gezondheid	204
9.6.	Conclusie	208
Hoofdstuk 10: De werkers en de wijkaanpak		211
10.1.	Inleiding	211
10.2.	Een indeling van activiteiten	211
10.3.	Een indeling van strategieën	215
10.4.	Contact maken	220
10.5.	Werkdoelen en verlangens	223
10.6.	Samenwerken	227
10.7.	De Stroom als casus	231
10.7.1.	Het ontstaan van de Stroom	232
10.7.2.	De activiteiten van de Stroom	232
10.7.3.	De werkwijze	235
10.7.4.	De Stroom en empowerment	236
10.7.5.	De Stroom door de jaren heen	239
10.7.6.	Conclusies over de Stroom	241
10.8.	Conclusie	242
Hoofdstuk 11: De werkers over resultaten		245
11.1.	Worden wijkbewoners en vrijwilligers gezonder?	245
11.1.1.	De gezondheid van wijkbewoners	245
11.1.2.	De gezondheid van vrijwilligers	249
11.2.	Gezondheidscentrum Samen Beter als community based voorziening	254
11.2.1.	Samen Beter als vertrouwde en toegankelijke gezondheidsvoorziening	255
11.2.2.	Samen Beter als ontmoetingsplek	258
11.2.3.	Samen Beter als wijkorganisatie	261
11.3.	De geïntegreerde aanpak via Hulpsector Oost	265
11.3.1.	Het praten	265
11.3.2.	Het doen	267
11.3.3.	Bij elkaar houden door coördinatie	270
11.4.	Conclusie	270

DEEL IV CONCLUSIES

Hoofdstuk 12 Conclusies	275
12.1. Inleiding	275
12.2. Verschillende benaderingen	276
12.3. Verschillende soorten kennis	279
12.4. Aansluiten bij wijkbewoners en duurzame vertrouwensvolle verbindingen	285
12.5. Het dubbele actorschap	290
12.6. Strategieën en drijfveren	293
12.7. Resultaten en effecten	297
12.8. Mogelijkheden en onmogelijkheden van het wijkgezondheidswerk	301
SAMENVATTING	303
SUMMARY	309
LITERATUUR	313
BIJLAGEN	
Bijlage 1 Selectie respondenten	327
Bijlage 2 Interviewlijn beroepskrachten	330
Bijlage 3 Interviewlijn I/Ders en vrijwilligers	331
Bijlage 4 Typering beroepskrachten	332
Bijlage 5 Typering I/Ders	337
Bijlage 6 Typering vrijwilligers	339
Bijlage 7 1e cluster categorieën	345
Bijlage 8 2e cluster categorieën	348
REGISTER	351

LIJST MET TABELLEN, FIGUREN EN CASUSSEN

Tabellen

Tabel 1.1	Oppervlakten en bebouwing in 's-Hertogenbosch, 2006
Tabel 1.2	Aantal inwoners per leeftijdscategorie in 's-Hertogenbosch, 2007
Tabel 1.3	Aantal bewoners naar etniciteit per buurt in 's-Hertogenbosch, 2007
Tabel 1.4	Sociaal-economische positie [%] in 's-Hertogenbosch, 2006 en 2004
Tabel 3.1	Theoretisch kader deel a
Tabel 3.2	Theoretisch kader, deel b
Tabel 3.3	Intermediaire factoren voor sociaal-economische gezondheidsverschillen (WVC, 1994)
Tabel 3.4	Theoretisch kader, deel c
Tabel 3.5	Theoretisch kader, deel d
Tabel 3.6	Niveaus van empowerment (Saan en de Haes, 2005)
Tabel 3.7	Theoretisch kader totaal
Tabel 5.1	De maatschappelijke participatie in Den Bosch-Oost in 1992
Tabel 7.1	Uitgangspunten vrouwenhulpverlening in Den Bosch-Oost
Tabel 7.2	Aspecten van informele zorg
Tabel 8.1	Aantal jaren werkzaam in de wijk Den Bosch Oost
Tabel 8.2	Sectoren en activiteiten in categorieën
Tabel 8.3	De keuzegronden in categorieën
Tabel 8.4	De referenties in categorieën
Tabel 8.5	De wijkbeelden in categorieën
Tabel 8.6	Ontwikkeling wijkbeeld
Tabel 9.1	Benaderingen van gezondheid
Tabel 10.1	Indeling activiteiten
Tabel 10.2	Indeling strategieën
Tabel 10.3	Indeling strategieën en waardeoriëntaties
Tabel 11.1	Resultaten en waardeoriëntaties
Tabel 12.1	Indeling strategieën en waardeoriëntaties

Tabellen in bijlagen

Tabel B.1.1	Beroepskrachten naar werkduur en nationaliteit
Tabel B.1.2	Beroepskrachten naar geslacht en leeftijd
Tabel B.1.3	Beroepskrachten naar werkveld en contacten
Tabel B.1.4	I/D-ers naar werkduur en nationaliteit
Tabel B.1.5	I/D-ers naar geslacht en leeftijd
Tabel B.1.6	I/D-ers naar werkveld en contacten
Tabel B.1.7	Vrijwilligers naar werkduur en nationaliteit
Tabel B.1.8	Vrijwilligers naar geslacht en leeftijd
Tabel B.1.9	Vrijwilligers naar werkveld en contacten

- Tabel B.1.10 Vrijwilligers naar woongebied
- Tabel B.7.1 Clustering beroepskrachten naar sector, referenties, keuzeground, 1e en 2e wijkbeeld
- Tabel B.7.2 Clustering I/D-ers naar sector, referenties, keuzeground, 1e en 2e wijkbeeld
- Tabel B.7.3 Clustering vrijwilligers naar sector, referenties, keuzeground, 1e en 2e wijkbeeld
- Tabel B.8.1 Clustering beroepskrachten naar sector, referenties, keuzeground, 1e en 2e wijkbeeld, gezondheidsopvatting en kwetsbare groepen
- Tabel B.8.2 Clustering I/D-ers naar sector, referenties, keuzeground, 1e en 2e wijkbeeld, gezondheidsopvatting en kwetsbare groepen
- Tabel B.8.3 Clustering vrijwilligers naar sector, referenties, keuzeground, 1e en 2e wijkbeeld, gezondheidsopvatting en kwetsbare groepen

Figuren

- Figuur 1.1 Plattegrond Den Bosch-Oost
- Figuur 2.1 Actoren in het wijkgezondheidswerk
- Figuur 2.2 Onderzoeksopzet in schema
- Figuur 3.1 Gezondheidsmandala naar Hancock (Cosijn, 1992)
- Figuur 3.2 Verschillende wijkindelingen
- Figuur 3.3 Community als een organisatie (Bracht, 1999)
- Figuur 3.4 Instrumentaliteit versus sociabiliteit (Blokland, 1999)
- Figuur 6.1 Hulpsector Oost 1980
- Figuur 6.2 Hulpsector Oost 1990
- Figuur 6.3 Hulpsector Oost 2002
- Figuur 7.1. Sociale steun (Van Mierlo, 1992)
- Figuur 7.2 Een zorgcontinuüm
- Figuur 10.1 Empowermentproces
- Figuur 10.2 De Stroom in Hulpsector Oost

Casussen

- Casus 8.1 Wijkgrenzen
- Casus 9.1 Clarisse
- Casus 9.2 Deria
- Casus 9.3 Fien
- Casus 9.4 Dorus en Wao-ers
- Casus 9.5 Jeanne, Theresa en psychiatrische wijkbewoners
- Casus 9.6 Paul en kinderen in de wijk
- Casus 11.1 Clarisse
- Casus 11.2 Deria
- Casus 11.3 Fien

INLEIDING

Het is 25 september 1992; in de grote zaal van het Bossche Theater aan de Parade confereren ruim 200 mensen over wijkgezondheidswerk. De dag ervoor bezochten zij in de wijk Den Bosch-Oost op zes locaties gezondheidsactiviteiten. Activiteiten waarin professionals en wijkbewoners samenwerken aan gezondheid 'voor en door wijkbewoners'. Het is nu de tweede dag van het congres 'Buurten voor gezondheid'. Annie en Nettie, twee vrouwen uit Den Bosch-Oost, die al vele jaren als vrijwilliger betrokken zijn bij 'hun' gezondheidscentrum Samen Beter verzorgen een intermezzo tijdens deze dag:

*Goede morgen allemaal
Wat is hier aan de hand.
Ik zie zoveel vreemde gezichten
Van mensen uit het hele land.
Toch zie ik er hier en daar een paar,
Die ik gisteren al heb gezien.
Die kwamen denk ik voor dat congres of weet jij iets anders misschien.
Ik heb gisteren in de krant gelezen
Dat ze over buurten voor gezondheid komen praten.
Maar ze zijn nog steeds niet uitgebuurt.
Of heb jij dat niet in de gaten.
Ik weet wel dat er over gezondheid nog heel veel is te zeggen
En ze hebben zelfs twee dagen nodig
Om het allemaal uit te leggen.
Over welke gezondheid gaat het dan
Over die van jou of die van mij
En zouden ze door al dat praten nou ook zelf gezonder zijn.
Een bekende leus is op dit moment
Je moet gezonder eten,
Maar dat dat heel wat centjes kost
Zal iedereen wel weten.
Want als iemand van zijn AOW al dat dure spul moet kopen;
Dan moet die aan het einde van de maand wel op zijn tandvlees lopen.
Gezondheid is een machtig iets
Dat is niet te betalen
En je kunt ook niet, al heb je geld
Het bij de supermarkt gaan halen.
Zouden al die geleerde mensen het nu allemaal beter weten
Of zou dat komen omdat zij*

*Op universiteiten hebben gezeten.
Maar ik hoor niet veel over vrijwilligers.
Zijn die er nou alleen in onze wijk.
Dat professionals en vrijwilligers samenwerken
Wat zijn wij toch eigenlijk rijk.
En al met al vind ik toch maar
Dat wij het goed hebben gedaan
En al gebruiken wij geen dure woorden
Ik denk toch dat iedereen ze kan verstaan.
Vind jij het niet prachtig wat ieder vertelt
Hoe kunnen ze het toch verzinnen
En wil je allemaal gezonde mensen hebben,
Zul je bij je zelf moeten beginnen.
(Van Oort, 1993)*

Op de eerste congresdag werkten Annie en Nettie mee aan presentaties op locaties in de wijk: Annie in de workshop 'een gezondheidscentrum in de buurt' en Nettie in de workshop 'psychiatrie in de buurt'. Zij zijn beiden vele jaren actief in de wijk Den Bosch-Oost en hebben verscheidene gezondheidsinitiatieven mee opgezet, zoals het gezondheidscentrum Samen Beter, waarvoor de voorbereidingen startten in 1978 en dat in 1980 de deuren opende. Tijdens de twee congresdagen stond de vraag centraal: wat hebben buurten of wijken en gezondheid met elkaar te maken? Congressen zijn meestal een onderling gesprek van deskundigen en/of beleidsmakers. Tijdens 'Buurten voor Gezondheid' stond de dialoog tussen beleidsmakers, hulpverleners en wijkbewoners centraal. (Paes en Stuurup, 1993)

In het gedicht wordt gewezen op de vele betekenissen die gezondheid heeft, op de relatie armoede en gezondheid, op het feit dat gezondheid 'een machtig iets' is, op de kloof die bestaat tussen de 'geleerde mensen van de universiteiten' en de 'vrijwilligers zonder dure woorden'. Annie en Nettie noemen de rijkdom van de samenwerking tussen professionals en vrijwilligers in de wijk en vragen zich af of dit alleen in Den Bosch-Oost is. Zij leggen -in hun eigen woorden- een vinger op enkele fundamentele kwesties die spelen in het wijkgericht werken aan gezondheid.

De centrale vraag van het congres en de kwesties die Annie en Nettie aansnijden, spelen niet alleen in Den Bosch-Oost, maar kregen de afgelopen decennia wereldwijd de aandacht. Bovendien zijn het vragen en kwesties die momenteel nog steeds actueel zijn. *"Ze zijn nog steeds niet uitgebuurt."*

Met andere (dure) woorden gezegd: gezondheid is een van de fundamentele rechten van de mens en scoort altijd hoog in de lijsten van wat mensen aangeven als belangrijk in hun leven. Het begrip 'gezondheid' komt in allerlei betekenissen en contexten voor. Gangbaar in de lite-

ratuur is de definitie van gezondheid, die de World Health Organization in 1948 formuleerde: *“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”*. (WHO, 1948) Gezondheid is het totaal van interacties tussen biologische, psychologische en sociale factoren. Gezondheid beschouwen als meer dan de afwezigheid van ziekte en gebrek maakt ruimte voor onderwerpen als belevingsaspecten en kwaliteit van leven. Sociale factoren wijzen op de invloed van omgevingsfactoren; milieu, arbeid, verkeer, maar ook sociaal-economische omgevingsfactoren werken in op gezondheid. Het door de Wereldgezondheidsraad in 1977 vastgesteld beleid ‘Health for All in the Year 2000’ (WHO, 1981) leidde tot een wereldwijd actieprogramma met aandacht voor de zwakkeren en minder bevoorrechten. In 1978 werd de People’s Charter for Health in Alma Ata opgesteld.

“The International Conference on Primary Health Care, meeting in Alma Ata this twelfth day of September in the year Nineteen hundred and seventy eight, expressing the need for urgent action by all governments, all health and development workers, and the world community to protect and promote the health of all the people of the world, hereby makes the following Declaration: The Conference strongly reaffirms that health, which is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity, is a fundamental human right and that the attainment of the highest possible level of health is a most important world-wide social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector [...]”
People’s Charter for Health. (WHO, 1981)

De internationale aandacht voor een brede invulling van gezondheid gaat niet aan Nederland voorbij. In de jaren zeventig is in Nederland de opkomst van gezondheidscentra te zien, waarbij de initiatiefnemers zich baseren op een brede definitie van gezondheid. Door de samenwerking van verschillende disciplines (huisartsen, maatschappelijk werk en verpleegkundigen) wordt aan de samenhang van lichamelijke, psychische en sociale aspecten van gezondheid gewerkt. Het aantal gezondheidscentra stagneert in de jaren tachtig en blijft schommelen rond de 150 in Nederland. Rond 2000 is er een opleving te zien. (LVG, 2002)

In 1986 verschijnt in Nederland naar aanleiding van de WHO-gezondheidsdoelen de ‘Nota 2000’ (Tweede Kamer, 1986); een beleidsnota, waarin gepleit wordt voor een accentverschuiving van het voorzieningen- en zorgbeleid naar een breder gezondheidsbeleid dat zich richt op alle determinanten van gezondheid. Eind jaren tachtig wordt in Nederland de ‘gezonde steden benadering’ in gang gezet, die tracht de doelstellingen van de ‘Health for All’ strategie in Nederland ingang te doen vinden. Het zijn vooral GGDen en enkele gemeenten die vanuit dit gedachtengoed vele lokale gezondheidsactiviteiten starten, die beogen mensen meer greep op hun gezondheid te doen krijgen. Deze activiteiten ontwikkelen zich grotendeels los van de eerstelijnszorg en de bovengenoemde gezondheidscentra.

Ook stelt de regering in 1989 een Programmacommissie in die als opdracht krijgt onderzoek te doen naar de sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland. De commissies sociaal-economische gezondheidsverschillen I en II (SEGV-I en II) hebben gedurende

de jaren negentig systematisch onderzoek gedaan in Nederland naar het vóórkomen van gezondheidsverschillen, naar de oorzaken van gezondheidsverschillen en naar interventies en beleidsmaatregelen ter verkleining van sociaal-economische gezondheidsverschillen. (Ministerie van WVC, 1994) Het SEGV-onderzoek heeft het bestaan van gezondheidsverschillen in Nederland aangetoond. Gezondheidsachterstand komt geconcentreerd voor in bepaalde bevolkingsgroepen zoals mensen zonder betaald werk, allochtonen, dak- en thuislozen, asielzoekers en drugsgebruikers. Daarnaast heeft men concentraties vastgesteld in bepaalde wijken.

Binnen de gezondheidsvoorlichting en opvoeding (GVO) -voor het merendeel uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van gemeenten en GGDen- is sinds de SEGV-commissies een belangrijke verschuiving op gang gekomen in de richting van projecten voor wijken en/of groepen met gezondheidsachterstand gericht op het terugdringen van gezondheidsverschillen. (Ministerie van WVC, 1994) In een aantal grote en middelgrote steden in Nederland hebben gezondheidscentra zich geprofileerd met een wijkgerichte aanpak van gezondheidsachterstand. (Paes, 1999) De LVG noemt de wijkgerichte aanpak belangrijk voor achterstandswijken. Door het welzijns- en opbouwwerk zijn eveneens projecten met een relatie naar gezondheid ontwikkeld. Deze projecten waren voornamelijk gericht op specifieke groepen of op wijken met gezondheidsachterstand. Het welzijns- en opbouwwerk vinden participatie van de bevolking en het bottom up ontwikkelen van projecten belangrijk en noemen deze aanpak 'community based'. (Garretsen, 1994) In 1998 gaat een door de directie Sociaal Beleid van het ministerie van VWS project 'Heel de buurt' voor vier jaren van start: *"Het ging bij 'Heel de buurt' om de wijk in zowel zijn sociale, fysieke als economische betekenis. Daarnaast gaat het om het weer gezond maken van buurten. Binnen 'Heel de buurt' heet dat werken aan een leefbare, gezonde, werkende en lerende buurt."* (De Boer, 2003; pg. 9)

Wat hebben deze projecten en activiteiten opgeleverd? In enkele overzichtsevaluaties van de SEGV-commissies (Stronks en Hulshof, 2001) en van het NIGZ, Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (Alting e.a. 2003; Kok en Ten Dam, 2003) is te lezen dat de wijkgerichte aanpak als veelbelovend wordt gezien, maar dat er tevens veel onduidelijkheid over bestaat. Terugkerende begrippen in deze evaluaties zijn gegevens als basis, politiek commitment, participatie, intersectorale samenwerking, community based benadering en empowerment. Er is kritiek op de korte duur van projecten en op de planmatige aanpak daarin, die als knellend worden ervaren en niet passen bij een community based benadering. Dit geldt eveneens voor onderzoek naar de effecten van de wijkgerichte aanpak. Een in Rotterdam opgezet onderzoek (De Haes e.a., 2002) volgens de regels van een 'Community Intervention Trial'¹ werd voortijdig afgebroken, omdat de dynamische realiteit van het wijkgericht werken op gespannen voet staat met de strakke onderzoeksopzet van voormeting, nameting, interventiegroep en controlegroep gebaseerd op een statische omgeving. McQueen zegt over onderzoek naar complexe praktijken, dat die complex onderzoek verdienen. Hij pleit ervoor de contextafhankelijkheid voortdurend in onderzoek mee te ne-

men. Hij stelt dat simplificatie van de maatschappelijke werkelijkheid de kans op succes van de handelingsmogelijkheden niet groter maakt. Gezondheidsbevordering is volgens hem een activiteit die een lange adem vereist en waarvan de resultaten pas na jaren en in generaties is te meten. (McQueen, 2000)

In 2003 en 2004 organiseren het NIGZ en de GGD Rotterdam vier conferenties onder de noemer van 'New Health Promotion' over het ontwikkelen, delen en gebruiken van kennis voor gezondheidsbevordering. De conferenties sluiten aan op de thema's van de wereldconferentie van de International Union for Health Promotion and Education in 2004 in Melbourne. Naar aanleiding van de conferenties verschijnt in 2005 het boek 'Gezond effect bevorderen'. Een van de conclusies luidt: *"Er ligt nu teveel nadruk op gezondheid als eindresultaat en op toetsend onderzoek, met de 'randomized controlled trial' (RTC) als richtsnoer."* Een andere conclusie is: *"Er is een goede traditie van onderzoek naar voorlichtingsinterventies, maar community- en politieke interventies zijn onderbelicht. In alle gevallen is de aandacht voor het onderzoek naar 'organiseren' en de rol van 'de context' onvoldoende."* (Saan en De Haes, 2005, pg. 19)

Waarom dit onderzoek

In Den Bosch-Oost hebben beroepskrachten en vrijwilligers van het gezondheidscentrum Samen Beter en van het wijknetwerk Hulpsector Oost inmiddels ruim 25 jaren ervaring met wijkgezondheidswerk. De term 'gezondheidswerk' is een samenvoeging van de woorden gezondheidszorg en welzijnswerk; een samenwerking tussen de domeinen cure, care, preventie (gezondheidsbevordering) en welzijnswerk. De wijk Den Bosch-Oost wordt de ene keer wel en de andere keer niet als een wijk met gezondheidsachterstand aangemerkt. Dit heeft vooral te maken met wijzigingen in gebiedsindelingen en het gebruik van verschillende indicatoren om achterstand vast te stellen.

Er zijn verschillende publicaties verschenen over Den Bosch-Oost; over gezondheidscentrum Samen Beter en over het wijkgerichte gezondheidswerk; een aantal zijn van mijn hand. Ik ben vanaf 1978 in vele rollen betrokken bij de ontwikkelingen in Den Bosch-Oost: als een van de oprichters van Samen Beter, als actieve wijkbewoner, maatschappelijk werker, coördinator, directeur, schrijver en nu als onderzoeker. Door de jaren heen maakte ik de golfbeweging van de aandacht voor het wijkgericht werken mee: hoogtijdagen eind jaren zeventig en beginjaren tachtig en opnieuw eind jaren negentig tot nu. In deze golfbeweging ging een

1. De Randomized Controlled Trial (RTC) wordt binnen de gezondheidssector beschouwd als de gouden standaard om effecten te meten. De RTC toont causaliteit aan tussen interventie en effect. Het is niet mogelijk om een community project in een steekproefsgewijze, gecontroleerde onderzoekspop te onderzoeken. De Community Intervention Trial (CIT) is een vervolg op de RTC en eveneens een experimenteel onderzoeksdesign. Binnen deze onderzoeksmethodiek zijn groepen de eenheid van onderzoek, terwijl het bij de RTC om individuen gaat.

andere ontwikkeling gelijk mee op: een integrale holistische visie op gezondheid en welzijn in de eerste hoogtijperiode en in de neergaande beweging een beroep op de ‘core business’ van instellingen en scepsis naar samenwerking en wijkaanpak. In de huidige hoogtijdagen opnieuw een benadering met een krachtige stimulans voor samenhang tussen zorg en diensten in aanvulling op de zelfverantwoordelijkheid en zelfwerkzaamheid van burgers. In de dip van aandacht voor wijkgerichte werken is de ontwikkeling van het wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost door gezet. Moeizaam zoekend naar aanknopingspunten om nieuwe wijkactiviteiten onder te brengen. Altijd onder druk van ideeën en initiatieven uit de praktijk vanuit een intuïtie voor de potenties van de wijkaanpak. Dit betekent echter niet dat de golfbeweging van aandacht voor het wijkgezondheidswerk zonder gevolgen bleef voor Den Bosch-Oost.

Het is vanuit deze 25-jarige praktijkervaring dat ik mij steeds de volgende vragen stelde: vanuit de zelfstandig georganiseerde domeinen gezondheidszorg, gezondheidsbevordering en sociaal werk spreekt men over wijkgericht werken aan gezondheid, vaak in relatie tot gezondheidsachterstand. Men gebruikt dezelfde woorden, maar bedoelt men hetzelfde met de begrippen gezondheid, wijk, community en met community based en wijkgericht werken? Als men in onderzoeken constateert dat het terugdringen van gezondheidsverschillen complex is en werk van lange adem is, waarom zet men dan kortdurende projecten op, gericht op deelaspecten, waarbinnen men resultaten wil meten?

Er bleek geen onderzoek voorhanden waarin over een langere periode gekeken is wat wijkgericht werken aan gezondheid inhoudt en welke resultaten er te zien zijn; er is geen samenhangend beeld van de relatie tussen de wijk en gezondheid.

Probleem- en vraagstelling

Gezondheid is een begrip met vele betekenissen; er is geen eenduidigheid over wat een wijk of een community is en wijkgericht werken is onderhevig aan vele beleidsinvloeden. Resultaten en effecten van wijkgezondheidswerk blijken tegelijkertijd moeilijk aan te tonen. Toch wordt wijkgezondheidswerk in de hierboven aangehaalde literatuur als een veelbelovende strategie beschouwd voor het terugdringen van gezondheidsachterstand. Een samenhangend beeld over wat wijkgezondheidswerk is, wie er welke rol in speelt, hoe en wat er werkt, ontbreekt echter. Er is geen theorie of onderzoek voorhanden waarin wijkgezondheidswerk in de brede context van de gezondheidszorg, gezondheidsbevordering en sociaal werk is geplaatst, waarin aandacht wordt besteed aan onderliggende ideeën, processen en motieven van degenen die er uitvoering aan geven én hoe die relatie tussen wijk en gezondheid in elkaar zit. Het doel van dit onderzoek is om in een lang bestaande praktijk het wijkgezondheidswerk te ontrafelen om inzicht te krijgen in de noodzakelijke elementen, de mogelijkheden en de onmogelijkheden ervan. Hiervoor zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, gezondheidsbevordering en sociaal werk spreekt men over wijkgericht werken om gezondheid te verbeteren. Heeft men dezelfde ideeën over gezondheid, de wijk, gezondheidsverschillen, achterstandswijken en de wijkaanpak?
2. Welke invulling geven de beroepskrachten en vrijwilligers werkzaam in de wijk Den Bosch-Oost aan wijkgericht werken om gezondheid te verbeteren en wat zijn hun onderliggende ideeën? Welke strategieën hanteren de werkers hierbij en wat zijn onderliggende drijfveren om in de wijk te werken? Bereiken zij de sociaal-economisch zwakke groepen?
3. Wat zijn de resultaten van 25 jaar wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost en hoe zijn die te achterhalen?
4. Wat zijn de mogelijkheden en onmogelijkheden van het wijkgezondheidswerk en welke relatie is te leggen tussen gezondheid en de wijk?

Om een antwoord te krijgen op deze vragen is een kwalitatieve studie uitgevoerd naar de ideeën en meningen van vrijwilligers, I/Ders² en beroepskrachten in Den Bosch-Oost; naar de werkwijzen, die zij ontwikkeld hebben, naar de resultaten die zij melden over hun langdurige inzet en hoe zij zich verhouden tot de externe ontwikkelingen, die van invloed zijn op hun alledaagse praktijk van het wijkgezondheidswerk. Veertig –al vele jaren in de wijk werkzame- beroepskrachten, I/Ders en vrijwilligers vertelden hun (werk)levensverhaal. Materiaal uit de archieven van het gezondheidscentrum Samen Beter en het Welzijnsproject Oost en eerdere publicaties over (onderdelen van) het wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost waren aanvullende bronnen.

Inzicht in een werkwijze in één wijk is niet universeel geldig. Maar zoals Mol uiteenzet, voedt een studie van een levende praktijk het denken, inspireert de theorie en scherpt ideeën aan. De uitkomst van een dergelijke studie biedt volgens Mol een vergelijkingspunt. (Mol. 2006)

Opbouw van het proefschrift

In deel I van dit proefschrift wordt het onderzoek geïntroduceerd. Hoofdstuk 1 bevat een korte schets van de wijk Den Bosch-Oost; hoofdstuk 2 is de methodologische verantwoording van het onderzoek en de gekozen onderzoeksopzet. In hoofdstuk 3 worden de centrale begrippen van het concept wijkgezondheidswerk -namelijk gezondheid, wijk, wijkaanpak, gezondheidsverschillen en achterstandswijken- vanuit de theorie gedefinieerd. Hoofdstuk 4 bevat een historisch overzicht van de belangrijkste beleidsontwikkelingen ten aanzien van

2 I/Ders zijn personen werkzaam in een Instroom/Doorstroombaan. Een regeling om werkplekken te creëren voor langdurig werklozen. Deze regeling heeft de regeling van de Melkertbanen opgevolgd. De geïnterviewden hadden allemaal eerst een Melkertbaan, die vervolgens omgezet is in een I/D regeling. Vier van de vijf IDers waren voorafgaand aan deze regeling als vrijwilliger werkzaam in Den Bosch-Oost.

wijkgezondheidswerk. Op basis van deze verkenningen is een theoretisch kader voor het onderzoek gemaakt.

In deel II komt de praktijk van Den Bosch-Oost aan bod. Deel II bevat een historische reconstructie van het wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost en vormt de basis voor het empirische materiaal van deel III. In hoofdstuk 4 is te vinden hoe de wijk in de loop der jaren op verschillende manieren getypeerd is. In hoofdstuk 5 is de geschiedenis van het welzijnswerk, het gezondheidscentrum en het wijknetwerk Hulpsector Oost beschreven. Hoofdstuk 6 geeft een overzicht hoe door de jaren heen in en van de praktijk geleerd is. In dit deel is onderzocht welke ontwikkelingen het wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost beïnvloed hebben.

Deel III bevat het empirische materiaal. Een analyse van de verhalen van wijkbewoners en beroepskrachten over het wijkgezondheidswerk door de jaren heen. Hier worden de relevante kenmerken van het wijkgezondheidswerk uitgewerkt. Hoe verhouden deze zich tot het theoretische kader?

Deel IV bevat de conclusies.

Het wijkgezondheidswerk gaat velen aan: wijkbewoners, professionals en ook beleidsmakers en onderzoekers. Daarom heb ik ervoor gekozen om het onderzoek zodanig te presenteren dat het voor velen toegankelijk is. Door van binnenuit, uitvoerig en betrokken over de wijk en het wijkgerichte werken te schrijven hoop ik de dagelijkse praktijk invoelbaar, herkenbaar en overtuigend neer te zetten. De praktijkvoorbeelden zijn geen illustraties van mijn inzichten, maar eerder andersom. Zij zijn de basis, hierop heb ik gereflecteerd en daarmee probeer ik de praktijk van het wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost begrijpelijk en inzichtelijk te maken en een bijdrage te leveren aan de wetenschappelijke onderbouwing van het wijkgericht werken aan gezondheid.

DEEL 1

INTRODUCTIE

Deel 1 bevat achtergrondinformatie ten behoeve van het onderzoek naar het wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost. In hoofdstuk 1 wordt een korte schets gegeven van de wijk Den Bosch-Oost, waar het onderzoek plaats gevonden heeft. Hoofdstuk 2 bevat de methodologische verantwoording en hoofdstuk 3 de theoretische verkenning van de centrale begrippen in het wijkgezondheidswerk namelijk 'gezondheid', 'wijk', 'gezondheidsverschillen' en 'achterstandswijken' en 'wijkaanpak'. In hoofdstuk 4 is een korte schets van de beleidsontwikkelingen in de sectoren gezondheidszorg, volksgezondheid en welzijnswerk opgenomen.

Figuur 1.1 Plattegrond Den Bosch-Oost



1. KORTE SCHETS VAN DE WIJK DEN BOSCH-OOST

In 's-Hertogenbosch nemen vele inwoners de benaming Den Bosch-Oost of kortweg 'Oost' als vanzelfsprekend in de mond. Toch zijn er verschillen als men spreekt over Den Bosch-Oost. Den Bosch-Oost is 'de wijk' en die wijk is samen gesteld uit verschillende 'buurten' met ieder eigen kenmerken. Den Bosch-Oost is een vastomlijnd gebied voor de in de wijk werkzame beroepskrachten en vrijwilligers. Den Bosch-Oost is het gebied dat ligt tussen de Zuid-Willemsvaart, de spoorlijn 's-Hertogenbosch-Nijmegen, het voormalige Rosmalen/Hintham en de wijken Hinthamerpoort (de Bartjes) en Eikendonkplein. Midden door Den Bosch-Oost loopt de rivier de Aa. (zie figuur 1.1)

Hinthamerpoort is een niet opgelichte hoek in het kaartje; dit is de 'Bartjes', een buurt die voor het gezondheidscentrum Samen Beter wel tot het werkgebied hoort, maar voor het welzijnswerk en de buurtorganisaties niet. De 'Bartjes' hoort niet bij 'Oost'; het wordt door bewoners en welzijnswerkers als een zelfstandige en aparte wijk gezien. Er bestaat geen eenduidigheid over de grenzen van de wijk. Diverse instellingen en ook de gemeenten hanteren door de jaren heen verschillende indelingen. Hierover meer in hoofdstuk 8.

1.1. Een wijk met verschillende buurten

De wijk bestaat uit een aantal onderling verschillende buurten. De oudste delen van de wijk zijn de Graafseweg en aangrenzende gebieden. Nadat verschillende terreinen langs de Graafseweg waren opgehoogd (met zand uit de Maas) kwam vanaf de jaren dertig een lintbebouwing met woonhuizen en villa's aan de ventwegen tot stand, aansluitend op de bebouwing uit de jaren twintig. In de jaren dertig werd eveneens een kleine woonwijk, Hinthamerpark, grenzend aan de Graafseweg (uiterst rechtsboven in het kaartje) door een particuliere bouwmaatschappij aangelegd. Grote twee-onder-één-kappers met plantsoenen, grote tuinen en veel groen. Het is het 'rijke' deel van de wijk Oost.

In de Graafsewijk Zuid en Graafsewijk Noord staat enige vooroorlogse, maar vooral naoorlogse bebouwing uit de jaren 50 en 60. Beide buurten horen na de tweede wereldoorlog tot het "Plan van uitbreiding voor de Gemeente 's-Hertogenbosch" onder meer bestaande uit 'Uitbreidingsplan Graafsewijk Oost'. (Gemeente 's-Hertogenbosch, 1945 en 1946) Dicht bebouwde gezinswijken voor arbeiders, met voorzieningen en openbare gebouwen. De

Graafsewijk Noord kent een substantieel aandeel hoogbouw. In de loop der jaren zijn in de Graafsewijk Zuid enkele nieuwbouwcomplexen verschenen op het terrein van een afgebroken fabriek en nieuwbouw in enkele straten die vanwege herstructurering zijn gesloopt. (Gemeente 's-Hertogenbosch, 1993)

De Aawijk Noord bestaat geheel uit oudere nieuwbouw uit de jaren 50 en 60: lange rijen éénvormig tegen elkaar aan gebouwde huizen met daarachter smalle, door hoge schuttingen omgeven tuintjes. Een planmatig opgezette wijk die bedoeld is voor de lagere sociale klassen. Enkele huizen hebben een bestemming voor 'ouden van dagen en onvolkomen gezinnen', zo is te lezen in het 'Partieel plan i.o. Aawijk' van 1957. (Gemeente 's-Hertogenbosch, 1993)

Langs de Aa staan hoge eenvormige flatgebouwen. In de buurten Graafsewijk Zuid en Aawijk Noord zijn in de loop der jaren de hoogste concentraties allochtone gezinnen gehuisvest.

De Aawijk Zuid omvat een kleine buurt die gebouwd is in de jaren dertig: duurdere, ruimere woningen voor middenklasse en hoger. Het grootste gedeelte van de buurt is later gebouwd, in de jaren zestig, en ruimer van opzet dan de buurten Aawijk Noord en de Graafsewijken. In Aawijk Zuid is meer groen en variatie in de bouw; bedoeld voor 'zowel hogere, midden- en arbeidersgroepen.' Aan de randen staan enkele hoge flatgebouwen.

De Grevelingen is een klein gebied met voornamelijk hoge flatgebouwen rondom een verzorgingshuis met aanleunwoningen.

1.2. De wijk in cijfers

In 1990 zijn gegevens per buurt verzameld voor een nieuwe structuurvisie en in 1993 is een rapportage verschenen om te komen tot een welzijnsindex. Van vóór 1990 zijn algemene beschrijvingen te vinden in diverse publicaties over Den Bosch-Oost. In deze paragraaf wordt uitgegaan van de beschikbare cijfers anno 2006/2007, die aangevuld zijn met informatie uit de gegevens van 1990 en 1993, mits daar ontwikkelingen in te zien zijn. Door de jaren heen hanteert de gemeente verschillende benamingen en indelingen voor de wijk Den Bosch-Oost.

Van 1975 tot 1990 rekent de gemeente de buurten Eikendonk, Aawijk (Aawijk Zuid), Bartjes, Graafsewijk I (Graafsewijk Zuid), Graafsewijk II (Aawijk Noord) en Graafsewijk III (Graafsewijk Noord en Hinthamerpark) tot Den Bosch-Oost. Vanaf 1995 deelt de gemeente de wijk doormidden bij de rivier de Aa. Aawijk Zuid en De Grevelingen vormen voor de gemeente vanaf dan samen met het stadsdeel Zuid de wijk Zuidoost. De overige buurten van Oost vormen samen met de Bartjes en Hintham de wijk Graafsepoort. De wijken Zuid en Hintham zijn in deze beschrijving niet meegenomen, omdat ze niet bij 'Oost' horen. De wijk de Bartjes is wel meegenomen, omdat deze wijk voor het gezondheidscentrum Samen Beter tot het werkgebied hoort.

De volgende cijfers zijn afkomstig van de 'buurtenmonitor' van de gemeente 's-Hertogenbosch en zijn verstrekt door de wijkmanager van de gebieden Graafsepoort en Zuidoost.

Tabel 1.1 Oppervlakten en bebouwing, 2006

	Woningdichtheid (index)	Bevolkingsdichtheid (index)	Koopwoningen (rel)	Huurwoningen (rel)	Corporatiewoningen (rel)
Grevelingen	40,8	62,8	0,0	100	100
Aawijk Zuid	13,4	29,0	59,3	40,7	35,4
Graafsewijk Zuid	43,0	90,2	29,9	68,3	67,2
Aawijk Noord	24,9	56,8	25,8	74,2	71,6
Graafsewijk Noord (incl. Hinthamerpark)	11,6	26,2	44,3	55,7	53,0
Bartjes	34,3	75,3	17,2	82,8	80,4
Gemiddeld Oost	18,5	39,8	38,1	61,9	58,8
Gemiddeld 's-Hertogenbosch	6,4	14,8	53,1	46,9	39,8

Bronnen: O&S, gemeente 's-Hertogenbosch en Woningcarthotheek

De verschillen tussen de buurten zijn terug te zien in de woning- en bevolkingsdichtheid en het aantal koop- en huurwoningen. Ten opzichte van het gemiddelde in 's-Hertogenbosch scoort Den Bosch-Oost beduidend hoger wat betreft woning- en bevolkingsdichtheid en huur- en corporatiewoningen en lager wat betreft de koopwoningen. Het percentage inwoners van Den Bosch-Oost is 7,6 % van de totale bevolking in 's-Hertogenbosch en naar leeftijdscategorieën als volgt over de buurten verdeeld.

Tabel 1.2 Aantal inwoners per leeftijdscategorie], 2007

	0 t/m 19 (abs)	20 t/m 44 (abs)	45 t/m 64 (abs)	65 en ouder (abs)	Totaal
Grevelingen	11	141	113	297	562
Aawijk Zuid	835	1381	1084	780	4080
Graafsewijk Zuid	417	881	422	184	1904
Aawijk Noord	392	629	470	316	1807
Graafsewijk Noord (incl. Hinthamerpark)	440	715	524	235	1914
Bartjes	302	661	325	171	1459
Totaal	2397	4408	2938	1983	11.726
Percentage Oost	20,5%	37,6%	25,1%	16,9%	
Percentage 's-Hertogenbosch	22,8%	37,5%	26,3%	13,4%	

Bron: GBA, gemeente 's-Hertogenbosch

In de Grevelingen is een verzorgingshuis gelegen met aangrenzende appartementen wat het hoge percentage 65+ verklaart. Den Bosch-Oost heeft een hoger percentage ouderen in vergelijking tot het gemiddelde van 's-Hertogenbosch en een iets lager percentage 0-19-jarigen. Vanaf de jaren negentig zijn verspreid over alle buurten in de wijk diverse nieuwe wooncomplexen gebouwd met appartementen voor ouderen.

Tabel 1.3 Aantal bewoners naar etniciteit per buurt, 2007

	Nederlands	Marokkaans	Turks	Surinaams	Antilliaans	Overige etniciteiten
Grevelingen	439	2	6	5	5	105
Aawijk Zuid	3548	102	71	15	19	325
Graafsewijk Zuid	1481	152	49	19	17	186
Aawijk Noord	1407	174	43	14	16	153
Graafsewijk Noord (incl. Hinthamerpark)	1650	26	37	16	5	180
Bartjes	1161	94	26	13	17	148
Totaal	9.686	550	232	82	79	1097
Percentage Oost	82,6%	4,7%	2,0%	0,7%	0,6%	9,4%
Percentage 's-Hertogenbosch	81,5%	3,0%	2,0%	1,3%	0,7%	11,5%

Bron: GBA, gemeente 's-Hertogenbosch

Het percentage inwoners van niet-Nederlandse afkomst in Den Bosch-Oost is in 2007 17,4%, terwijl het gemiddelde percentage in 's-Hertogenbosch 18,5% is. In 1990 bedroegen deze percentages respectievelijk 5,5% en 5,9%. Per buurt bestaan grote verschillen. In de Grevelingen wonen 21,9% niet-Nederlanders; wat te maken heeft met het verzorgingshuis aldaar, dat van oorsprong een Moluks verzorgingshuis is. In de Graafsewijk Zuid wonen 22,2% mensen van niet-Nederlandse afkomst, in de Aawijk Noord 22% en in de Bartjes 20,4%. In de Graafse wijk Noord en Aawijk Zuid is dit respectievelijk 13,8% en 13%. De bewoners van allochtone afkomst zijn vooral migranten uit Marokko en in mindere mate uit Turkije. Ook wonen sinds de jaren negentig verspreid over de wijk vluchtelingen.

De percentages inwoners van niet-Nederlandse afkomst corresponderen met de verdeling van hoge en lage inkomens per buurt. Procentueel zijn de meeste hoge inkomens in de buurten met een laag percentage inwoners van niet-Nederlandse afkomst.

Tabel 1.4 Sociaal-economische positie [%], 2006 en 2004.

	Perc. ABW-ers in 2006	Gem. inkomen per huishouden (euro) in 2006	Perc. met 'laag' inkomen in 2004	Perc. met 'hoog' inkomen in 2004	Rangorde armste buurten in Nederland
Grevelingen	5.8	18.900	41	0	445
Aawijk Zuid	2.9	25.600	41	17	1957
Graafsewijk Zuid	4.6	24.900	39	0	1063
Aawijk Noord	5.5	22.700	48	0	651
Graafsewijk Noord (incl. Hinthamerpark)	3.8	30.500	41	18	2632
Bartjes	9,9	20.400	60	0	126
Percentage Oost			45	9	
Percentage 's-Hertogenbosch			38	17	

Bronnen: Sociale Zaken, RIO en CBS

1.3. Gemeentelijke cijfers over armoede

De gemeente 's-Hertogenbosch heeft in 2007 een notitie over armoede uitgebracht, waarin zij zich baseren op gegevens van 2005. In 2002 waren er 5.500 huishoudens met een laag inkomen in 's-Hertogenbosch (9,7% van alle huishoudens). Dit is hoger dan het landelijke gemiddelde, dat in 2002 op 8,8% ligt. Aangezien het aantal uitkeringen en de omvang van de werkloosheid in 's-Hertogenbosch net zo hard gestegen zijn als landelijk, is het aannemelijk om te veronderstellen dat armoede in 's-Hertogenbosch zich volgens de landelijke trend ontwikkelt. Dat betekent dat in 2005 het aantal huishoudens met een laag inkomen is gestegen tot 6.500; dit is 11,2% van alle huishoudens. De verwachte daling in 2006 zal in 's-Hertogenbosch neerkomen op een daling naar 10,4%, ofwel ruim 6000 huishoudens. 's-Hertogenbosch neemt hiermee ten opzichte van het landelijk gemiddelde een ongunstige positie in. Deze positie is evenwel vergelijkbaar met andere grote steden. 's-Hertogenbosch bekleedt een gemiddelde positie ten opzichte van andere grote steden. Ongeveer 1 op de 4 huishoudens met een laag inkomen in 's-Hertogenbosch woont in één van de zogenaamde 'aandachtsgebieden'. Het percentage lage inkomens ligt in de aandachtsgebieden 2 keer zo hoog als in de rest van 's-Hertogenbosch. Hieruit blijkt duidelijk dat armoedeproblematiek in 's-Hertogenbosch zich in sterke mate concentreert in bepaalde buurten. In deze notitie gaat de gemeente uit van de indeling Graafsepoort en Zuidoost en over die gebieden staat het volgende in het rapport:

Graafsepoort

De Graafsepoort is de laatste wijk in deze rij waar het percentage huishoudens met een laag inkomen hoger is dan gemiddeld in 's-Hertogenbosch. Binnen de Graafsepoort valt vooral de Hinthamerpoort

op, waar het aandeel huishoudens met een laag inkomen op 20,7% ligt. Dat is beduidend boven het gemiddelde in 's-Hertogenbosch. Hinthamerpoort is een van de aandachtsgebieden van het grootstedenbeleid als onderdeel van het gebied Bartjes/ Eikendonkplein/ Hofstad. De verschillen tussen de buurten zijn groot. Lage inkomens lijken vooral te vinden te zijn in Hinthamerpoort en Aawijk Noord (er zijn geen gegevens over Graafsebuurt Noord en Zuid). Onder de lage inkomens in de Graafsepoort bevinden zich relatief veel jongeren, en huishoudens met een WW of bijstand.

Zuidoost

Het percentage lage inkomens in Zuidoost ligt onder het gemiddelde; Zuidoost als geheel neemt dus wat betreft armoede een gunstige positie in binnen 's-Hertogenbosch. Binnen Zuidoost wijken de Gestelse Buurt (17,6%) en het Bossche Pad (21,9%) van dit beeld af door een hoog aandeel lage inkomens; deze twee buurten behoren tot de aandachtsgebieden. Er zijn niet voldoende gegevens om uitspraken te doen over de samenstelling van de groep lage inkomens in de Gestelse Buurt en het Bossche Pad. (Gemeente 's-Hertogenbosch, 2007)

1.4. Gezondheid in cijfers

Voor gegevens over de gezondheid in Den Bosch-Oost is geput uit de gezondheidsgegevens van het GGD-onderzoek van 2006, waarvan de gegevens alleen op stadsgewest en gemeentelijk niveau beschikbaar zijn. De GGD-gegevens van 2006 over de regio zijn aangevuld met enkele gegevens van de gemeente 's-Hertogenbosch uitgevoerd in het gebied Graafsepoort.

De GGD Hart voor Brabant voerde in 2006 een regionale volksgezondheid toekomst verkenning uit in de regio, waartoe 29 gemeenten behoren met in totaal 1.009.191 inwoners; hiervan wonen 133.978 in de gemeente 's-Hertogenbosch.

Enkele conclusies uit dit onderzoek:

“Op verschillende aspecten van gezondheid doet de regio Hart voor Brabant het slechter dan gemiddeld in Nederland. De levensverwachting ligt iets lager en de sterfte aan longkanker, dikke darmkanker en beroerte is hoger dan gemiddeld. [...] Het ziektepatroon in Hart voor Brabant wijkt niet af van het algemene Nederlandse beeld. Aanvoerders in de top tien van ziekten en aandoeningen met de grootste ziektelast in Hart voor Brabant zijn coronaire hartziekten, angststoornissen, beroerte, depressie en chronische longziekten (COPD). [...] Mensen met een lage sociaal-economische status hebben een slechtere gezondheid dan mensen uit hogere sociaal-economische lagen van de bevolking. Ook in Hart voor Brabant bestaan deze sociaal-economische verschillen in gezondheid. In de rangorde voor levensverwachting van de 39 (in 2005) GGD-regio's staat Hart voor Brabant op de 27e plaats. Tussen de slechtste en de beste GGD-regio in Nederland bestaat een verschil in levensverwachting van drie jaar. In de rangorde voor sterfte aan astma en COPD staat Hart voor Brabant op de 32e plaats.

Die rangordes hangen sterk samen met de geografische verdeling van groepen met een lage SES (sociaal-economische situatie) in Nederland.” (Van Bon, 2006; pg. 9-10)

De verwachting was dat uit dit onderzoek gegevens te halen waren voor Den Bosch-Oost. Er deden echter slechts 69 respondenten uit Den Bosch-Oost in dit onderzoek mee; wat 0,6% van de populatie is. De GGD liet het volgende weten:

“We blijken erg weinig respondenten te hebben in deze gebieden: 32 respondenten in postcodegebied 5215 en 37 respondenten in postcodegebied 5213. Dit is op zich logisch, aangezien de steekproefzó is opgezet dat we voor de totale gemeente ‘s-Hertogenbosch betrouwbare en nauwkeurige cijfers kunnen leveren. Naarmate je echter maar een deel ervan analyseert, zijn de cijfers onvoldoende betrouwbaar en nauwkeurig. Alleen ontzettend grote verschillen met het Stadsgewest zijn dan statistisch significant.”³

De GGD-gegevens van deze respondenten zijn daarom niet opgenomen.

In 2007 biedt de gemeente 's-Hertogenbosch aan het Wijkplatform Oost een wijkschets aan. De wijkschets omvat de Bartjes, Graafse wijk Zuid, Graafse wijk Noord, Aawijk Noord en Hintham; in de schets wordt gerefereerd aan de gegevens van de Graafsepoort. In de wijkschets staat te lezen dat gebruik is gemaakt van zoveel mogelijk verschillende bronnen, zoals bestaande onderzoeken, gegevens en andere beschikbare kennis binnen de gemeente. In de notitie staan twee opmerkelijke zaken:

“Ruim vier op de vijf inwoners van de Graafsepoort beoordeelt de eigen gezondheid als (zeer) goed. Hoewel dit hoog lijkt, is dit bijna het laagste aandeel van alle wijken in de stad. [...] De betrokkenheid van de bewoners is lager dan gemiddeld. Het aandeel dat aangeeft zich actief te willen inzetten en zich medeverantwoordelijk voelt voor de eigen buurt is in de Graafsepoort zelfs het laagste van de stad.”
(Gemeente 's-Hertogenbosch, 2007)

Bij navraag bij de gemeente blijken deze elementen uit de veiligheidsmonitor 2004 afkomstig te zijn. De veiligheidsmonitor is gebaseerd op een steekproef van 64 personen afkomstig uit het gebied Graafsepoort. De gemeente heeft geen gegevens beschikbaar voor de wijk Den Bosch-Oost.

3 Bon van M. hoofd epidemiologie GGD Hart voor Brabant in een emailbericht d.d. 23-04-07

1.5. Voorzieningen in de wijk

Anno 2007 zijn er in de wijk Den Bosch-Oost twee grotere winkelcentra: een in Aawijk Noord (met de Albert Heijn en de COOP) en een in de Aawijk Zuid (met Super de Boer en het enige overgebleven postkantoor). Verspreid door de wijk zijn kleine winkels, bedrijfjes, diverse cafés en snackbars te vinden. Deze situatie is tussen 1975 en 2007 ongeveer hetzelfde gebleven. De namen van de supermarkten zijn veranderd, diverse kleine winkels, slagers, groentewinkels en bakkers zijn verdwenen of getransformeerd in een snackbar. Zoals in vele wijken zijn de bankfilialen vervangen door pinautomaten. Ook kerken zijn verdwenen; anno 2005 zijn er in het gebied twee kerken; een protestantse kerk in De Grevelingen en een katholieke kerk op de scheidslijn van Graafsewijk Noord en Graafsewijk Zuid. In Aawijk Zuid is een kleine kapel te vinden. In de loop van de jaren zijn diverse basisscholen verdwenen en is een nieuwe basisschool gebouwd: een zogenaamde brede Bossche school 'Het Rondeel' midden in de wijk op de scheidslijn van Aawijk Zuid, Aawijk Noord en Graafsewijk Zuid. Deze school heeft een buurtfunctie met enkele gemeenschappelijke ruimtes. In Aawijk Zuid zijn op het 'scholeneiland' midden in deze buurt drie basisscholen te vinden: een 'gewone' basisschool, een Montessorischool en een Vrije school. De laatste twee hebben een stedelijke, respectievelijk regionale functie. Bij deze scholen ligt een kleine sporthal. Aawijk Zuid grenst aan de Oosterplas, een recreatiegebied met sportvelden, een dierenasiel, volkstuinten en een dierenpark. Aawijk Noord grenst aan een kleinere plas 'het IJzeren Kind' met aangrenzende voetbalvelden.

Het gezondheidscentrum Samen Beter is gelegen naast de brede Bossche school 'Het Rondeel' op de grens van de buurten Aawijk Zuid, Aawijk Noord en Graafsewijk Zuid. De twee solo huisartspraktijken in de wijk zijn verdwenen en aan de rand van de wijk op de scheidslijn met Hintham is sinds enkele jaren een Hoedpraktijk met een apotheek gevestigd. In deze HOED (Huisartsen Onder Een Dak) werken vijf huisartsen.

In 1975 was er één gemeenschapsvoorziening in de wijk; dit was de Patio. Anno 2006 zijn er 3 buurthuizen: De Stolp in Aawijk Zuid, de Oosthoek in Aawijk Noord en buurthuis Graafsewijk Noord in de gelijknamige buurt. De Patio is verdwenen. Het ontstaan van deze buurthuizen is verbonden aan de geschiedenis van het welzijnswerk in Den Bosch-Oost. In de loop der jaren zijn de buurthuizen commerciëler gaan werken, omdat zij van de gemeente hun 'eigen broek moeten ophouden'. Omdat beginnende wijkgroepen en activiteiten waaronder activiteiten van allochtonen de huur niet kunnen opbrengen, zoekt men een uitweg. Sinds 2004 hebben diverse nieuw opgerichte wijkgroepen onderdak gevonden in een leegstaand schoolgebouw aan de van Broeckhovenlaan aan de rand van Aawijk Noord. De gemeente verhuurt de ruimte rechtstreeks aan deze groepen. Het welzijnswerk is daar niet bij betrokken. Begin jaren tachtig zetten ouders van gehandicapten samen met het welzijnswerk en Humanitas een kleinschalige woonvoorziening voor 13 personen op in de wijk. Een van de eerste initiatieven in het land. Begin jaren tachtig zijn er eveneens een aantal huizen in de wijk

bewoond door mensen uit de psychiatrie en jongeren uit de jeugdzorg. Eind jaren negentig komen meerdere huizen in de wijk beschikbaar voor mensen met een psychiatrische achtergrond. In 2003 wonen 88 mensen uit de GGZ in de wijk. (Van Breugel, 2003)

1.6. Samenvatting

Den Bosch-Oost is een wijk met verschillende buurten met grotendeels naoorlogse huisvesting; voornamelijk eengezinswoningen afgewisseld met hoogbouw. Voorzieningen komen en gaan, veranderen van naam en aanbod. Een blijvende verandering in de wijk is de komst van allochtone gezinnen. In 1975 zijn zij nog nauwelijks aanwezig, in 1990 ook nog niet; de toestroom begint na 1990. Een andere verandering in de wijk is de komst van bewoners van kleinschalige woonvoorzieningen afkomstig uit de psychiatrie en gehandicaptenzorg, die halverwege jaren tachtig voorzichtig inzet en eind jaren negentig op grotere schaal gestalte krijgt.

Wat betreft de sociaal-economische kenmerken variëren de verschillende buurten van Den Bosch-Oost; deze verschillen blijven constant. Hierin zijn niet veel verschuivingen te zien. Onduidelijk is hoe deze kenmerken zich verhouden tot de economische vooruitgang in de jaren negentig en tegelijkertijd tot de komst van meer allochtone gezinnen in de wijk. De cijfers op zich bieden hier geen inzicht in. De verschillende indelingen die de gemeente door de jaren heen hanteert en die niet overeen komen met de grenzen van de wijk, zoals deze door de deelnemers in de wijk worden gebruikt, belemmeren het verzamelen van eenduidige gegevens over Den Bosch-Oost.

De beschikbare gezondheidsgegevens van 2006 bieden slechts een zeer beperkt beeld van de gezondheid op wijkniveau. Dit wordt veroorzaakt door het beperkte aantal respondenten afkomstig uit Den Bosch-Oost in het grootschalige GGD-onderzoek en de verschillende gebiedsindelingen die de gemeente bij onderzoeken naar wijkenmerken hanteert. Er is geen duidelijk beeld over de gezondheidssituatie van de wijk beschikbaar op basis van deze onderzoeken.

2. METHODOLOGISCHE VERANTWOORDING

Dit hoofdstuk bevat een beschrijving van de methode en werkwijze van het onderzoek. In de eerste paragraaf is uiteengezet hoe het idee voor dit onderzoek is ontstaan en vorm heeft gekregen en de positie van de onderzoeker omschreven. Daarna wordt ingegaan op de onderzoeksmethode en in de daarop volgende paragrafen komt de werkwijze aan bod: hoe en welke data zijn verzameld, hoe zijn de respondenten geworven, hoe zijn de data geanalyseerd en langs welke weg is gerapporteerd en zijn de onderzoeksvragen beantwoord. Ten slotte wordt ingegaan op de validering van het onderzoek.

2.1. Voorgeschiedenis

Het ‘masterpiece’ ter afronding van mijn masteropleiding strategisch management in 1998 ‘Zorg op menselijke maat; rol en positie van gezondheidscentra in achterstandswijken’ was de aanleiding voor dit promotieonderwerp. Bij de verkenning van theorieën en beleid voor het masterpiece bleek theorievorming over wijkgericht werken aan gezondheid gescheiden plaats te vinden binnen de domeinen gezondheidszorg, gezondheidsbevordering en welzijnswerk. Het leek me zinvol om de inzichten van verschillende -vele jaren met elkaar in de wijk werkzame- beroepskrachten en vrijwilligers naar de aard en resultaten van het wijkgerichte gezondheidswerk naast elkaar en in verband met elkaar te bestuderen. Hiervoor wilde ik een kwalitatief onderzoek opzetten naar de kenmerken van het wijkgericht gezondheidswerk in Den Bosch-Oost, waar ik op dat moment al meer dan 20 jaar woonde en werkzaam was. Jan Willem Duyvendak en Andries Baart stemden ermee in om mij als ‘buiten promovendus’ te begeleiden. Intussen was ik gestopt met mijn beroepsmatige activiteiten in Den Bosch-Oost. Hierdoor ontstond afstand tot de uitvoeringsactiviteiten van het wijkgerichte gezondheidswerk in de wijk. Ik merkte dit gedurende de periode dat ik 40 mensen in Den Bosch-Oost interviewde. De personen en gespreksonderwerpen waren vertrouwd, maar ik stond nu in een andere relatie tot wat zij vertelden. De informatie was materiaal voor mijn onderzoek; ik hoefde er geen beleid op uit te zetten. Wel bleef ik als wijkbewoner actief in het Wijkplatform Oost -een samenwerkingsverband van bewonersorganisaties- en volgde vanuit een bewonerspositie het wel en wee in de wijk.

In mijn huidige functie bij de Provinciale Raad voor Volksgezondheid en Maatschappelijke Zorg in Noord-Brabant bemerk ik de hernieuwde belangstelling voor de wijkaanpak in relatie tot thema's als vermaatschappelijking van de zorg, regie over eigen leven van kwetsbare personen, informele zorg en patiëntenparticipatie. Ook de Wet op de maatschappelijke ondersteuning (Wmo) geeft vanaf 2007 op beleidsniveau een nieuwe impuls aan het wijkgericht werken.

2.2. De onderzoeksmethode

Deze studie bestaat uit een kwalitatief empirisch onderzoek. Een onderzoeker kan uitgaan van de theorie of de empirie; in een theoretisch onderzoek is de onderzoeker 'in geprek met andere wetenschappers' en in een empirisch onderzoek bestudeert de onderzoeker een bepaalde situatie of praktijk om deze praktijk in zijn algemene strekking van binnenuit te begrijpen en eventueel te verklaren. Ook bij empirici spelen theorieën een rol; de theorieën zijn van invloed op de wijze van gegevens verzamelen, vragen stellen, waarnemen, analyseren en het toetsen van bevindingen. Kwalitatief onderzoek staat tegenover kwantitatief onderzoek. In een kwantitatief onderzoek gaat het om de aantallen, de hoeveelheden van een bepaald verschijnsel en in een kwalitatief onderzoek om de hoedanigheid van een verschijnsel. Men wil weten wat, hoe en waarom iets gebeurt. In een kwantitatief onderzoek kwantificeert de onderzoeker en in een kwalitatief onderzoek interpreteert zij of hij. Andere kenmerken van kwalitatief onderzoek zijn volgens Wester (Wester e.a., 2000) de plaats en de rol van het analytisch kader en het open onderzoeksontwerp. In een kwalitatief onderzoek is het analytisch kader niet vooraf uitgewerkt, maar is de onderzoeker op zoek naar de juiste categorieën om de verschijnselen te ordenen en te ontdekken. Aan het eind van het onderzoek is duidelijk in welke termen over de verschijnselen gesproken kan worden. Het open onderzoeksontwerp is gerelateerd aan het zich ontwikkelend analytisch kader, waarin de onderzoeker heen en weer gaat tussen reflectie, observatie en analyse. Karakteristiek voor kwalitatief empirisch onderzoek is dat de probleem-, doel- en vraagstelling van het onderzoek tijdens het onderzoek worden aangescherpt. Het gaat in kwalitatief onderzoek om het zo goed en uitgebreid mogelijk in contact komen met de te onderzoeken praktijk.

Wester onderscheidt in het kwalitatieve onderzoek enkele stromingen, zoals het symbolisch interactionisme, de fenomenologie, de etnografie en het organisatieonderzoek. Een gemeenschappelijk uitgangspunt van deze stromingen is dat betekenisverlening, de betekenis die mensen in het dagelijks leven aan hun omgeving toekennen, centraal staat. Mensen handelen op grond van betekenissen van de objecten, die tezamen hun wereld vormen. Om het handelen van mensen als zinvol gedrag te kunnen bestuderen, moet de onderzoeker de objecten zien zoals de actors deze zien. Dit wordt ook wel 'role-taking' genoemd: het vermogen je te verplaatsen in de positie van een individu of groep. Voor de onderzoeker betekent dit dat hij/zij de gedragssituatie kan definiëren volgens de betekenissen die de actors zelf aan die situatie toeschrijven. De onderzoeker kan zich echter niet beperken tot dit binnenperspectief op de sociale werkelijkheid, maar moet vervolgens de betekenisvolle werkelijkheid in begrip objectiveren. De objectivering wordt mogelijk door vele malen de cyclus van verzameling en analyse, reflectie en toetsing te doorlopen. (Wester e.a., 2000; pg. 21-22)

De casestudybenadering behoort binnen de interpretatieve onderzoeksbenaderingen tot het organisatieonderzoek en is een onderzoeksopzet met een lange traditie in de sociale wetenschappen. Het gaat bij een casestudy of gevalstudie om de intensieve bestudering van een verschijnsel in zijn context, zodanig dat de verwevenheid van relevante factoren behouden

blijft. (Hutjes en van Buuren, 1992) De gevalsstudie is meestal een evaluatie en analyse van een specifieke situatie deels gebaseerd op een reconstructie van de perspectieven en handelingspatronen van de betrokkenen. In dit onderzoek zijn de gezichtspunten en handelingsrepertoires van al vele jaren in de wijk werkzame actoren verzameld, geanalyseerd en gereconstrueerd. De complexiteit en de contextafhankelijkheid van het wijkgezondheidswerk wordt middels een gevalsstudie gerespecteerd. (Saan en De Haes, 2005) Kenmerken van de klassieke casestudy zijn:

- nadruk op betekenisgeving door de participanten
- diepgaand, holistisch inzicht in de situatie
- idiografische in plaats van generaliserende belangstelling
- gerichtheid op processen in plaats van uitkomsten
- unieke context in plaats van geïsoleerde variabelen
- exploratie in plaats van toetsing
- open procedures van dataverzameling en analyse (Hutjes, 2000)

De casestudy ligt in oorsprong verankerd in de kwalitatieve onderzoekstraditie. In de hedendaagse opvatting wordt deze directe binding minder vaak gelegd. Hutjes beschouwt de casestudy als een strategie van bewijsvoering in een concrete situatie, waarin sprake is van een complexe constellatie of structuur van elementen. Om een goed inzicht in de werkelijkheid te krijgen is het niet terecht om die open te breken in algemeen geldende, relatief eenvoudige wetmatigheden. De herwaardering van de casestudy als wetenschappelijke methode in toegepast onderzoek heeft te maken met een maatschappelijke ontwikkeling en een veranderde behoefte aan kennis vanuit beleid en samenleving, aldus Hutjes. De mogelijkheden voor een rationeel-planmatige sturing van de samenleving zijn beperkt gebleken. Incrementeel denken heeft de overhand gekregen. Plannen op papier kunnen mooi lijken, maar stranden door uiteenlopende doelstellingen en belangen in de uitvoering. Door alleen te volstaan met voor- en nametingen blijven verklaringen voor effecten een black box. In deze situatie krijgt de casestudy, zegt Hutjes, een eigen plaats. Volgens Wester is handhaving van de context in een onderzoek van belang als er sprake is van een complexe situatie waarin grenzen tussen het onderzochte verschijnsel en zijn context niet duidelijk zijn en bij een complexe vraagstelling, waardoor controle en overzicht vooraf van onderzoeksontwerp en -uitvoering beperkt is en als statistische en kwantitatieve gegevens van minder belang zijn. (Wester e.a., 2000) Het doordenken en begrijpen van het verschijnsel wijkgericht werken in relatie tot gezondheid in Den Bosch-Oost is een dergelijke complexe vraagstelling.

2.3. Werkwijze

Een onderzoek kan globaal worden opgedeeld in fasen; te weten de probleemstelling en het conceptuele model, de ontwikkeling van het onderzoeksontwerp, de dataverzameling en de analyse en rapportage. In een casestudy is de opeenvolging van deze fasen diffuus, open en

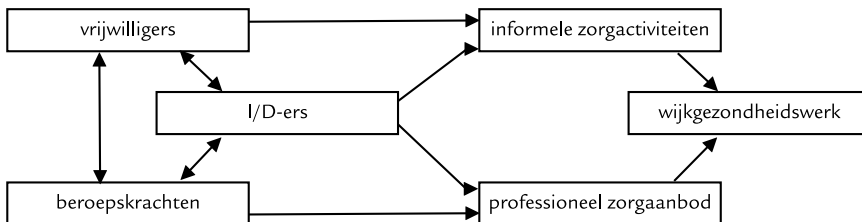
interactief van aard. Gedurende het hele onderzoeksproces bestaat een wisselwerking tussen de conceptualisering van het probleem en de waarneming van de werkelijkheid. Het ontwerpen van de onderzoeksopzet, de dataverzameling in het veld en de analyse en rapportage lopen in elkaar over.

De probleemstelling en het conceptueel model

De probleem- en vraagstelling zijn uiteengezet in de inleiding. Het conceptueel model is ontwikkeld aan de hand van Miles en Huberman: *“A conceptual framework explains, either graphically or in narrative form, the main things to be studied, the key factors, constructs or variables, and the presumed relationships among them. Frameworks can be rudimentary or elaborate, theory-driven or commonsensical, descriptive or causal.”* (Miles en Huberman, 1994; pg.18)

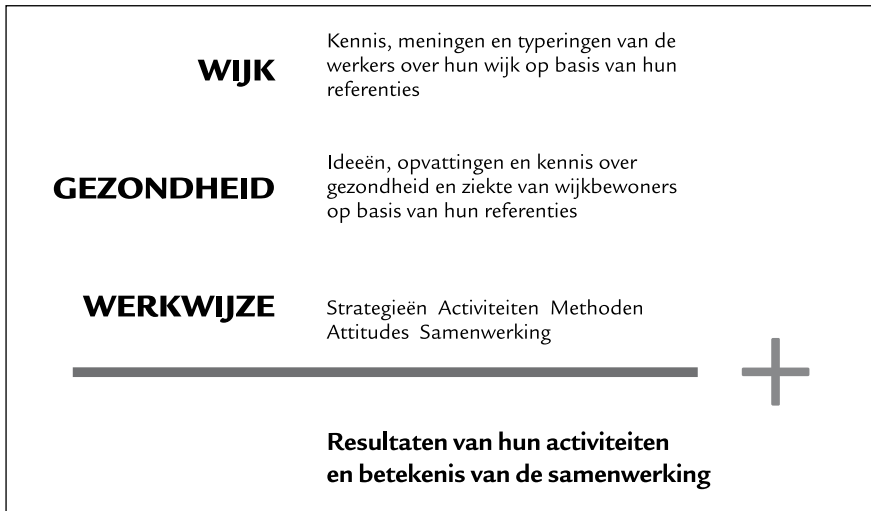
Het conceptueel model is in twee schema's uitgewerkt. In het eerste schema zijn de actoren in het wijkgezondheidswerk opgenomen; te weten de beroepskrachten, I/Ders (personen werkzaam in een Instroom/Doorstroomregeling) en vrijwilligers; zij werken samen en zij ontwikkelen voor de wijk Den Bosch-Oost informele zorgactiviteiten én een professioneel zorgaanbod. De informele en professionele activiteiten vormen samen het wijkgezondheidswerk.

Figuur 2.1 Actoren in het wijkgezondheidswerk



Het tweede schema geeft de elementen van het onderzoek weer: wat zeggen de vrijwilligers, I/Ders en beroepskrachten, die samen de 'werkers' worden genoemd, over de wijk, over gezondheid en over hun werkwijze. Dat totaal beschouwend komen zij tot uitspraken over resultaten van hun werk en de betekenis van de samenwerking.

Figuur 2.2 Onderzoekopzet in schema



De data

Het verzamelen van gegevens voor empirisch onderzoek kan op meerdere manieren gebeuren. Er zijn drie hoofdtypen te onderscheiden: de documentenstudie, het interview en de observatie. (Hutjes en van Buuren, 1992) De data voor deze studie zijn afkomstig uit deze drie bronnen. De belangrijkste bron is het materiaal van de interviews met 40 personen die als beroepskracht, I/D-er of vrijwilliger werkzaam zijn in Den Bosch-Oost. Dit materiaal is de basis voor deel III van deze studie.

Een tweede bron vormen de aanwezige documenten in Den Bosch-Oost: van gezondheidscentrum Samen Beter, van Piet Willems, opbouwwerker van Welzijnsproject Oost, van het Wijkplatform Oost en van de wijkkrant Oost. Eveneens zijn statistische gegevens van de gemeente 's-Hertogenbosch en de GGD benut. Deze bronnen zijn gebruikt voor deel II: de historische reconstructie.

Omdat ik 25 jaar woon en werk in Den Bosch-Oost is er ook sprake van kennis op basis van observaties. Deze observaties zijn niet systematisch uitgevoerd en opgetekend ten behoeve van dit onderzoek. Het is echter onmogelijk om deze kennis uit te sluiten. Ik ben daar als volgt mee om gegaan: mijn kennis die verwerkt is in diverse boeken en artikelen is mee genomen in deel II, de historische reconstructie. Op deze manier is toetsbaar om welke kennis het gaat en hoe deze een rol speelt in dit onderzoek.

Keuze respondenten

In 2002 deed ik twee proefinterviews, die ik vervolgens besprak met Andries Baart. Aan de hand van opmerkingen en een interviewtraining verfijnden we de interviewopzet (zie bijlage 2 en 3) en stelden we de criteria vast voor de te interviewen personen (beroepskrachten, I/D-ers en vrijwilligers). Deze criteria zijn opgenomen in bijlage 1. Op basis van deze criteria zocht ik respondenten in de wijk. Het betrof 12 beroepskrachten, 5 I/D-ers (personen werkzaam via een Instroom/Doorstroomregeling) en 23 vrijwilligers. Een overzicht is opgenomen in bijlage 1. De personen, die ik benaderde, reageerden allen positief. Op 3 personen na, kende ik iedereen in mindere of meerdere mate.

De interviews zijn op band opgenomen en getranscribeerd door een groep studenten met het aangeven van alle 'eh's' en 'hmm's' en stiltes. De respondenten lazen deze uitgewerkte interviews en een aantal van hen verzocht mij de teksten niet op deze manier te publiceren. Ik legde uit dat deze manier van verslag leggen voor mij belangrijk was voor de analyse en om de betekenis ervan te begrijpen. Zij lieten mij weten, dat ik de teksten mocht gebruiken, mits hun woorden, soms in het Bossche dialect en met gehakkel, niet op die manier 'in een boek' terecht kwamen. Ik heb hen toegezegd hier een oplossing voor te bedenken. In de definitieve teksten zijn de 'eh's', 'hmm's' en stiltes veranderd in puntjes (...). De uitspraken in het dialect zijn in het Nederlands vertaald.

Interviewmethode

Voor de interviews gebruikte ik de methode van het explorerend (diepte) interview in kwalitatief onderzoek (Baart, 1990/2002). Tevens oriënteerde ik me op de methode van autobiografisch onderzoek. Nijhof zegt over autobiografisch onderzoek, dat het belangrijk is dat zoveel mogelijk de eigen beelden van de respondenten naar boven komen en dat zij niet reageren op door de onderzoeker gehanteerde begrippen en categorieën. (Nijhof, 2000) Ik was hier bovenal op gespitst omdat de respondenten mij kenden. Ik probeerde door de manier van interviewen hun ideeën, opinies, verwachtingen, plannen, emoties, ervaringen en bespiegelingen te verzamelen. De focus in de interviews lag op de werkzaamheden in de wijk. De werkverhalen bleken echter bij velen zo verknoopt te zijn met hun levensverhaal, dat ik ook daarover veel hoorde.

De geïnterviewden zijn 'informant' over de situatie in Den Bosch-Oost. Zij zijn geselecteerd omdat zij beschikken over informatie over Den Bosch-Oost. Zij zijn tevens 'respondent', omdat zij informatie gaven over hun eigen ervaringen, gedragingen en houding. Ik vroeg in de interviews naar betekenissen en naar hun handelen, waardoor perspectief en praktijk bijeen zijn gehouden. (Nijhof, 2000)

De interviews waren laag gestructureerd; in elk interview kwamen de volgende onderdelen aan bod:

- Beelden van de wijk en de wijkbewoners en ideeën over gezondheid en ziekte.
- Observaties van veranderingen in de wijk en de gezondheid van bewoners gedurende de periode dat zij werkten en leefden in de wijk.
- Activiteiten en kenmerken van hun werk, werkwijze, methodes en houding.
- Meninge n over de resultaten van hun activiteiten, over de betekenis van het gezondheidscentrum en van het wijknetwerk Hulpsector Oost

De interviewlijn die bij de beroepskrachten is gehanteerd is opgenomen in bijlage 2; die van de I/D-ers en vrijwilligers in bijlage 3.

De interviewmethode vereiste een kritische en tegelijkertijd empathische houding. Er bleek bij niemand schroom te bestaan vrij en open over werk en leven in Den Bosch-Oost te spreken. De meeste interviews vonden bij de geïnterviewden thuis plaats; sommige personen kozen een andere plek in de wijk, omdat zij dat rustiger vonden. De geïnterviewden kozen tijdstip en plek, nadat ik de randvoorwaarden besproken had. Niemand maakte bezwaar tegen een geluidsopname van het gesprek. Een aantal geïnterviewden sprak in het begin van het interview hun verwondering uit: *“Dat weet je toch allemaal?”* Mijn uitleg, dat ik het graag allemaal in hun eigen woorden wilde horen en dat ik beslist niet alles van hen wist, was voldoende aansporing om hun verhaal te vertellen. De gesprekken waren niet alleen eenrichtingverkeer. Het doorvragen op wat zij zeiden, maakte van het gesprek een soort werkplaats voor kennisconstructie. Meerdere geïnterviewden zeiden: *“Zo heb ik dat nog nooit eerder verwoord”* of *“Zo praat ik niet vaak over mijn werk”* of *“Daar heb ik nooit op deze manier over nagedacht”*. Sommige vragen waren moeilijk en in die passages vielen stiltes, waren er vele ‘eh’s’ of waren er vele herhalingen en zinnen die niet afgemaakt en weer hervat werden. Dit waren de passages waar ik me in de analyse van het materiaal op concentreerde. Er was slechts één interview, dat niet naar tevredenheid verliep en dat weinig materiaal opleverde. Deze respondent kwam niet tot een verhaal, maar antwoordde slechts bevestigend, ontkennend of met korte zinnen op mijn vragen. Dit interview is niet meegenomen in de analyses.

Analyse en rapportage

Voor het analyseren van het materiaal heb ik de getranscribeerde interviews in Atlas-ti (een computerprogramma voor kwalitatief onderzoek) gezet en in ‘quotations’ (samenhangende tekstfragmenten) gesplitst. Vervolgens heb ik samenvattingen gemaakt van de interviews aan de hand van de quotations en ook de samenvattingen in quotations opgedeeld. Ten slotte maakte ik vanuit de samenvattingen een typering van elke respondent. Deze typeringen zijn opgenomen in bijlage 4, 5 en 6. Na deze ordening van het materiaal heb ik de lijn gevolgd zoals door Peters en Wester (Peters en Wester, 2000-2001) ontwikkeld is voor kwalitatief onderzoek: exploratie-, specificatie-, reductie- en integratiefase.

In de exploratiefase heb ik op het materiaal betrokken coderingen aan de quotations gegeven. Vervolgens is gezocht naar bovenliggende concepten, clusters van codes, en deze zijn

samen gevoegd in zogenaamde familiecodes, die aan het materiaal zijn toegekend. In deze fasen heb ik de interviews en samenvattingen gelezen en herlezen. Aan de codes verbond ik memo's: theoretische en methodische. In de theoretische memo's staat achtergrondinformatie horend bij de codes. In de methodische memo's beschreef ik de stappen die ik zette en onderbouwde ik mijn analyses. Vanuit de familiecodes stelde ik categorieën samen, waarvoor ik Atlas-ti verliet om 'clustered summary tables' en 'conceptually clustered matrices' te maken volgens Miles en Huberman. Op deze manier ordende en categoriseerde ik het materiaal (specificatiefase) en ontdekte ik verbanden. Met behulp van het invoeren van de categorieën in SPSS hebben we naar meer verbanden gezocht via een clusteranalyse, wat echter geen andere verbanden of resultaten opleverde. Daarom keerde ik terug naar de aanpak van Huberman en Miles en waren de overzichten, tabellen en matrices de hulpmiddelen om verbanden te leggen en patronen te ontdekken (reductiefase). De overzichten hiervan zijn opgenomen in bijlage 7 en 8.

In de integratiefase zijn op basis van de empirische gegevens en de literatuur antwoorden op de onderzoeksvragen gezocht. In deze fase keerde ik terug naar de literatuur en schreef een theoretische verkenning naar aanleiding van de centrale begrippen wijk, gezondheid, gezondheidsverschillen, achterstandswijken en wijkaanpak. Deze verkenning staat in deel I. Zoals eerder aangegeven omvat deel II een historische reconstructie van 25 jaar wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost. Op basis van een documentenstudie is de geschiedenis van de wijk, het welzijnswerk en het gezondheidscentrum gereconstrueerd. In dit deel zijn tevens de beelden opgenomen, die door de jaren heen door buitenstaanders over Den Bosch-Oost gevormd en beschreven zijn. Tevens staat in dit deel een samenvatting van de discussies die door de jaren heen gevoerd zijn met derden over het wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost.

Deel III bevat de rapportage van de analyses van het empirische materiaal uit de interviews. Voor deze rapportage keerde ik terug naar de oorspronkelijke interviews. Op basis van de analyses en de in de reductiefase naar voren gekomen verbanden en patronen zocht ik naar de passages, waarin de respondenten in hun eigen woorden uitdrukking geven aan de betekenissen van hun werk. In vele citaten komt hun werkelijkheid en betekenisgeving naar voren. Op deze manier probeer ik zoals The zegt de tegenstelling tussen directe, persoonlijke ontmoetingen in het veld en de normen van een onpersoonlijk wetenschappelijke discours te overbruggen. (The, 1999) Hak, ten Have en Goethals aangehaald door The hebben er op gewezen dat de verhalende taal de enige manier lijkt om uitdrukking te geven aan het belang van de context en de lokale redelijkheid van uitvoeringspraktijken. (The, 1999) Met andere woorden: ik blijf dicht bij de praktijk, niet om die praktijk alleen maar te beschrijven en te begrijpen, maar om inzicht te krijgen in de relatie tussen de wijk en gezondheid en hoe daarmee gewerkt wordt. In een aantal casussen heb ik de verschillende dimensies van het wijkgezondheidswerk systematisch en expliciet verwoord en getoetst aan theoretische inzichten. Het materiaal waarover in de drie delen is gerapporteerd, vormt de basis voor het laatste concluderende hoofdstuk van dit onderzoek.

2.4. De kwaliteit van het onderzoek

Elk onderzoek moet voor de wetenschappelijke bewijsvoering voldoen aan drie kwaliteitscriteria: begripsvaliditeit, interne validiteit en betrouwbaarheid. Kort samengevat gaat het hierbij om:

- De begripsvaliditeit: de begrippen die in de uitspraken van het conceptuele model worden gehanteerd, dienen een juiste en eenduidige interpretatie te zijn van de empirische verschijnselen waarvoor ze worden gehanteerd.
- De interne validiteit: de semantische relaties die in de uitspraken van het conceptuele model tussen de begrippen worden verondersteld, dienen eveneens een juiste en eenduidige interpretatie te zijn van de samenhangen tussen de onderzochte verschijnselen die in de realiteit gevonden worden.
- De betrouwbaarheid: de uitspraken dienen gebaseerd te zijn op een nauwkeurige waarneming van de werkelijkheid en dienen niet terug te voeren te zijn op toevallige omstandigheden. (Hutjes en van Buuren, 1992)

In de vorige paragraaf is hierover al iets gezegd. In deze paragraaf ga ik opeenvolgend in op deze drie criteria en hoe ik daarmee ben om gegaan.

Voor een adequate uitvoering van de gevalstudie is het nodig om tot een systematische ordening en vaststelling van de onderzochte verschijnselen te komen. In deze studie is systematisch de betekenis onderzocht van de centrale begrippen wijk, gezondheid en wijkaanpak. In de hierboven beschreven analyseaanpak is uiteengezet hoe via codering van de teksten de betekenissen, die de geïnterviewden er aan geven, geordend en vastgesteld zijn. Ook is in de literatuur onderzocht welke betekenissen gegeven worden aan deze begrippen binnen de verschillende domeinen van de gezondheidszorg, gezondheidsbevordering en sociaal werk. Eveneens is in een historische reconstructie van het wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost onderzocht hoe begrippen in de loop van de tijd van invloed zijn (geweest) op de werkers in Den Bosch-Oost.

De interne validiteit in een gevalstudie is te waarborgen door een *“disciplined subjectivity door middel van een continu proces van self-monitoring.”* (Hutjes en van Buuren, 1992) Een belangrijk hulpmiddel hiervoor waren de gesprekken met Andries Baart en Jan Willem Duyvendak, waarin inhoudelijke, methodologische en ethische kwesties met betrekking tot mijn onderzoek en mijn interpretaties besproken zijn. Ook zijn op een aantal momenten met andere bij Den Bosch-Oost betrokken onderzoekers gesprekken gevoerd over onderdelen van het onderzoek: De Haes, Kemps, Saan en Stuurup.

Een tweede manier om de validiteit van de onderzoeksresultaten te beoordelen is gebeurd door twee ‘member checks’ uit te voeren. In twee sessies zijn de voorlopige resultaten besproken met een groep geïnterviewde beroepskrachten en een groep geïnterviewde I/Ders en vrijwilligers. Aan hen is de vraag voorgelegd of mijn reconstructie van de werkelijkheid herkenbaar is. De beide bijeenkomsten leidden tot kritische discussies. Hierdoor kwam ik in de

historische reconstructie tot een nuancering met betrekking tot de laatste ontwikkelingen in de wijk rond vermaatschappelijking van de zorg en de invloed van ketenzorg in de wijk. In de discussie met de I/Ders en vrijwilligers werd het belang van ‘alle samenwerkingslijnen in de wijk’ nog eens onderstreept. Zij herkenden de indeling in strategieën en de daarbij horende onderliggende waarden, die beschreven zijn in hoofdstuk 10. Hierover ontstond een boeiende discussie tussen de gespreksdeelnemers. De vele verschillende beelden die over de wijk bestaan, werden in deze gesprekken bevestigd. De discussies zijn vastgelegd en vervolgens meegenomen in het verdere doordenken van het materiaal.

De betrouwbaarheid van de resultaten in een gevalstudie zijn een belangrijk punt van gesprek bij onderzoekers. Aangezien een replicatie van een gevalstudie een onhaalbaar ideaal is, is explicitering en systematisering van de in het onderzoek gehanteerde procedures noodzakelijk. Hierbij heb ik de volgende leidraad gehanteerd: transcriptie van de interviews, een nauwgezette documentatie van het verzamelde materiaal, het inzichtelijk maken van de analyses die zijn uitgevoerd en een controlemogelijkheid van de citaten waarlangs de rapportage is opgebouwd.

2.5. Generaliseerbaarheid

Generaliseerbaarheid betekent in hoeverre de resultaten zich beperken tot de context van de studie of een meer algemene strekking hebben. (Hutjes, 2000) Een gevalstudie biedt geen universeel geldige conclusies; daarvoor zijn de inzichten te specifiek. De uitkomst van een dergelijke studie biedt volgens Mol wel een vergelijkingspunt: *“Als we dit hier vinden weten we niet wat we daar zullen aantreffen, maar we kunnen er wel betere vragen bij stellen [...] Juist de vergaande specificiteit van een gedetailleerd in beeld gebracht geval maakt het mogelijk na te gaan wat er gelijk blijft en wat er anders wordt als we ons van de ene situatie naar de volgende begeven.”* (Mol, 2006; pg.18) Inzicht in een werkwijze in één wijk is niet universeel geldig, maar een studie van een levende praktijk voedt het denken, inspireert de theorie, scherpt ideeën aan en verschuift ze.

De complexiteit van het wijkgezondheidswerk, waarin de relatie tussen wijk en gezondheid en de rol van de werkers en de verschillende domeinen en instellingen bijeen gehouden wordt, is een dergelijke specifieke situatie. De bevindingen in Den Bosch-Oost kunnen exemplarisch zijn voor andere wijken en een bijdrage leveren aan het publieke debat over wijkgezondheidswerk. De uitvoerige rapportage van de onderzoeksactiviteiten kan als voorbeeld benut worden in andere wijken.

3. THEORETISCHE VERKENNING VAN DE CENTRALE BEGRIPPEN

In dit hoofdstuk is een theoretische verkenning van de centrale begrippen in het wijkgerichte gezondheidswerk opgenomen. Het betreft de begrippen gezondheid, wijk en wijkaanpak met aparte aandacht voor gezondheidsverschillen en achterstandswijken. Hoe definieert men in de gezondheidszorg, gezondheidsbevordering en sociaal werk deze begrippen? Welke vertogen zijn dominant in de onderscheiden sectoren en welke consequenties hebben deze voor de handelingsperspectieven in het wijkgezondheidswerk?

De uitwerking van de begrippen gezondheid en wijk is gebaseerd op enkele veel voorkomende benaderingen in de literatuur van de gezondheidszorg, gezondheidsbevordering en sociaal werk. Op de begrippen gezondheidsverschillen en achterstandswijken wordt specifiek ingegaan. Tot slot passeren enkele opvattingen over de wijkaanpak de revue gerelateerd aan de verschillende benaderingen van gezondheid en de wijk. Met deze verkenning hebben we een theoretisch kader ontwikkeld, waarvan de elementen in de volgende delen van het onderzoek zijn gebruikt.

3.1. Gezondheid

Zoals in de inleiding aangegeven, geldt de omschrijving van gezondheid zoals in 1948 door de WHO gedefinieerd als klassiek: *“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”* Lalonde, een Canadese minister van gezondheid werkt het brede en abstracte begrip gezondheid in de jaren zeventig van de vorige eeuw uit in een ‘determinantenmodel’. (Cosijn, 1992). Hij bracht de factoren, die gezondheid bepalen, bij elkaar en benoemde als belangrijkste determinanten erfelijkheid, fysieke en sociale omgeving, leefwijzen en zorgvoorzieningen. Dit model is de basis geweest voor vele nadere uitwerkingen, waarbij blijkt dat gezondheid een veelzijdig begrip is. Ik ga hierbij achtereenvolgend in op enkele gangbare en van elkaar verschillende benaderingen in de literatuur: de medische benadering, de leefstijlbenadering en de sociale omgevingsbenadering. Vervolgens bespreek ik de momenteel maatschappelijk dominant aanwezige economische kijk alsook de ethische kijk op gezondheid. De eerste drie benaderingen zijn uitgewerkt naar onderliggende paradigma’s, werksoorten, voorzieningen, methodes en werkwijzen. De laatste twee benaderingen zijn niet op een zelfde wijze uit te werken als de eerste drie. In de economische benadering worden alle voorzieningen en handelingen in de gezondheidszorg gezien als producten. De ethici onderzoeken de scheidslijnen tussen wat kan en moreel verantwoord is in het nemen van beslissingen die leven en dood raken en zij denken na over de hulpverleningsrelatie.

De opvattingen over gezondheid worden door auteurs niet altijd expliciet genoemd, maar zijn af te leiden uit de wijze waarop zij schrijven over gezondheid. De opvattingen komen

naast en in combinaties met elkaar voor, waarbij door de tijd heen wel verschuivingen in dominantie te zien zijn.

3.1.1. De medische benadering

De medische gezondheidsbenadering is gebaseerd op de natuurwetenschappen en geldt als de meest traditionele gezondheidsopvatting. Deze benadering legt de nadruk op ziekte en sterven en dus op het ontbreken van gezondheid. De focus ligt bij het individu en de medische diagnose van pathologische afwijkingen op basis van bepaalde symptomen. Het medische model gaat ervan uit dat het constateren van 'ziekte' het vaststellen van een feit is. Critici van deze benadering wijzen erop dat deze feitelijkheid schijn is en dat de grenzen tussen ziek en gezond eigenlijk waardeoordeelen zijn. (Mol en van Lieshout, 1989) Op deze discussie ga ik hier niet nader in.

Lange tijd was in het medische model sprake van een tegenstelling tussen geest en lichaam. Er was weinig belangstelling voor de wijze waarop de individuele psychische gesteldheid de lichamelijke gezondheidsstatus beïnvloedde. (Baum, 2002) Door kritiek in de jaren zeventig van onder andere Laing en Foucault kwam hierin verandering. Er kwam meer aandacht voor de psychische gezondheid, de ervaren gezondheid en kwaliteit van leven. Foucault onderzocht de disciplinerende werking van het medische model. (Laing, 1972; Foucault, 1973) De medische opvatting heeft de nieuwe kijk op de gezondheidservaring geïncorporeerd, maar blijft uitgaan van pathologie en gebreken. 'Kwaliteit van leven' is bijvoorbeeld naast sterfte de laatste jaren een gangbare maat geworden en men spreekt over de 'gezonde levensverwachting', die in jaren gemeten wordt. Gezonde levensverwachting is het aantal levensjaren, dat iemand kan verwachten in goede gezondheid door te brengen. Drie gezondheidsindicatoren bepalen de 'kwaliteit van leven' en leveren ieder een bepaald type gezonde levensverwachting op: levensverwachting in goed ervaren gezondheid; levensverwachting zonder lichamelijke beperking en levensverwachting in goede geestelijke gezondheid. (Schrijvers, 1997) Onderzoekers meten 'goed ervaren gezondheid' door het percentage personen dat op de vraag naar ervaren gezondheid 'goed' of 'zeer goed' antwoordt. 'Ongezonder' zijn diegenen die 'gaat wel', 'soms goed en soms slecht' of 'slecht' antwoorden. Ondanks het betrekken van de 'kwaliteit van leven' in de metingen, blijft het ijkpunt de beperking.

Met metingen van sterfte en ziekten om de gezondheidstoestand te bepalen is veel ervaring opgedaan. De medische kijk op gezondheid is dominant in de gezondheidszorg én in de volksgezondheid. Mackenbach en Van der Maas omschrijven het begrip volksgezondheid als de omvang en spreiding van ziekte, handicap en sterfte binnen een bevolking. De volksgezondheid beschouwen zij als de optelsom van de gezondheidstoestand van alle leden van de bevolking om op een bepaalde leeftijd te overlijden. (Mackenbach en Van der Maas, 1999)

De medische benadering dringt in vele terreinen van de gezondheidssector door. Zo onderscheidt Gunning-Schepers in een uiteenzetting over de grondslagen van de preventie de

primaire (nieuwe ziektegevallen voorkómen), secundaire (ingrijpen bij vroege opsporing) en tertiaire preventie (voorkómen van recidives en chroniciteit) als de “*verschillende momenten van ingrijpen in het ziekteproces*”. (Gunning-Schepers, 2004; pg. 87)

Ook in uiteenzettingen over informele zorg wordt in de late jaren zeventig van de vorige eeuw gesproken over ‘hidden patients’. Zij worden gezien als ‘patiënten’ en de aandacht richt zich op overbelasting, op de kwetsbare kant:

“The burden of informal carers is often considerable. Its providers run the risk of over-exertion, chronic tiredness, depression and social isolation.” (Duinsee e.a., 2002; pg. 58)

Het begrip ‘gezondheid’ gaat in de medische benadering om het individu en staat voornamelijk in relatie tot pathologie, tot gebrek, tot beschadiging, tot overbelasting. De focus ligt op de handelbaarheid door professionals. Refererend aan de definitie van de WHO zien we dat ‘social well-being’ onderbelicht blijft en gezondheid vooral het ontbreken van ziekten en gebreken is.

3.1.2. De leefstijlbenadering

Internationaal komt in de jaren zeventig belangstelling voor de invloed van de leefstijl op gezondheid. In de leefstijlbenadering ligt de focus bij het voorkómen van ziekten in tegenstelling tot behandeling c.q. curatie van ziekten. De toename van de kosten van de gezondheidszorg -veroorzaakt door de groei van de curatieve sector- brengt overheden er toe om meer de nadruk te leggen op de leefstijl van mensen in relatie tot risicofactoren voor de gezondheid. Leefstijlen kunnen vele risicofactoren bevatten zoals de aan roken gerelateerde ziekten (longkanker en longaandoeningen), alcohol- en drugsverslaving, de aan overgewicht gerelateerde hart- en vaatziekten en de seksueel overdraagbare aandoeningen. Canada en Australië zijn koplopers in benaderingen om veranderingen te bewerkstelligen in individuele leefstijlen. Deze eerste benaderingen zijn voornamelijk gebaseerd op psychologische theorieën en hebben weinig oog voor de sociaal-economische omstandigheden van het individu. Een paar voorbeelden genoemd door Baum zijn ‘social learning’ (Bandura), ‘health believe model’ (Becker), ‘reasoned action’ (Azjen en Fishbein), en ‘the stages of change model’ (Prochaska en DiClemente). (Baum, 2002)

De ‘social learning’ theorie is de belangrijkste school in de leefstijlbenadering. Gedrag kan aangeleerd en afgeleerd worden door positieve beloningen met behulp van de omgeving (familie, werk, media). Afslankgroepen zoals ‘weight watchers’ zijn hiervan een voorbeeld. Het ‘health belief model’ gaat ervan uit dat mensen op grond van een kosten-baten analyse kiezen voor gezond gedrag; bijvoorbeeld: ik stop met roken, omdat ik dan minder kans heb op longkanker. In deze benadering verwacht men dat voorlichting over gezondheidsrisico’s tot gedragsverandering leidt. ‘Reasoned action’ gaat ervan uit dat mensen hun gedrag veranderen als zij op twee niveaus aangesproken worden. Inzicht in en kennis van gezondheidsrisico’s

zijn gekoppeld aan omgevingsinvloeden. Bijvoorbeeld: voor het gebruik van condooms is kennis over seksueel overdraagbare aandoeningen nodig gekoppeld aan het gemakkelijk kunnen verkrijgen van condooms. Het 'stages of change model' legt de nadruk op de stapsgewijze veranderingen in het gedrag van mensen. Deze methode onderscheidt een aantal fasen -overwegen, beslissen, voorbereiden, actie (de daadwerkelijke gedragsverandering) en onderhouden van de verandering- en is bij vele soorten verslavingen ingezet.

In eerste instantie legt de leefstijlbenadering grote nadruk op de persoonlijke verantwoordelijkheid van mensen voor de eigen gezondheid. Er is geen aandacht voor de omgevingsfactoren, die van invloed zijn op de gezondheid. Programma's voor leefstijlverandering zijn in de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw vaak via de massamedia onder de aandacht gebracht. In de jaren negentig worden de methoden verfijnd via 'social marketing' strategieën. 'Social marketing' is de strategie om sociaal gedrag te beïnvloeden zonder winstoogmerk. Vanaf de jaren negentig komt in de aanpak van de leefstijlverandering meer aandacht voor de verschillen tussen mensen: genderverschillen, leeftijdsverschillen, etnische verschillen en verschillen in sociaal-economische omstandigheden. Baum bekritiseert de eenzijdige informatieoverdracht in de programma's voor leefstijlverandering en concludeert:

"Behavioural approaches to health promotion are based on a linear understanding of knowledge and, generally, have not tangled with more complex understandings and interpretations of people's bodies, health and well-being." (Baum, 2002; pg.339)

Critici van de leefstijlbenadering wijzen er op dat gedrag van mensen gerelateerd is aan de sociale context, waarin zij leven. Voor verandering van de leefstijl is meer nodig dan alleen het veranderen van het gedrag. Ook is gewezen op het 'blaming the victim' effect van de leefstijlbenadering. De nadruk op individuele verantwoordelijkheid voor gezondheid verdoezelt de sociale oorzaken van ziekten en ondermijnt het recht op medische zorg. (Crawford, 1984) In paragraaf 3.3 ga ik nader in op de relatie gezondheid en sociaal-economische omstandigheden. Begin deze eeuw wijst Kickbusch op het fenomeen van 'health literacy', dat zij als volgt omschrijft: *"the ability to read, understand and act on health care information"*. (Kickbusch, 2001) Zij zet uiteen dat mensen over een complex geheel van vaardigheden dienen te beschikken om de dominante symbolen van een cultuur te begrijpen en te gebruiken. In een hoog ontwikkelde technologische samenleving is niet alleen kennis van het alfabet en cijfers voldoende, maar is het kunnen omgaan en begrijpen van de media en elektronische teksten eveneens nodig. Om gezondheidsinformatie en bijsluiters bij medicijnen te begrijpen of om informatie op te zoeken over verzekeringspolissen en kwaliteitsscores van ziekenhuizen zijn vaardigheden vereist, waar niet iedereen over beschikt. Kickbusch pleit voor mogelijkheden om een leven lang vaardigheden te ontwikkelen in lezen, schrijven, kritisch begrijpen en beslissingen nemen.

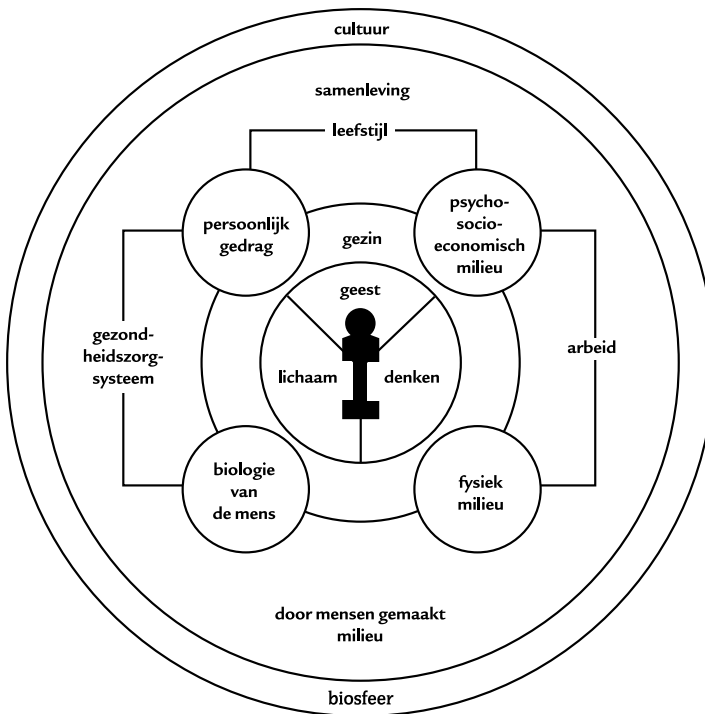
De leefstijlbenadering legt de focus op wat mensen zelf kunnen doen en leren om gezond te blijven. In de loop der jaren komt meer aandacht voor verschillen tussen mensen en voor

de beïnvloeding van de omgeving. Het ijkpunt blijft hoe mensen zelf vorm geven aan hun gezondheid.

3.1.3. De sociale omgevingsbenadering

Kickbusch, één van de leidende personen achter het Gezonde Steden project van de WHO, pleit voor een 'demedicalisering' van de volksgezondheid. (Kickbusch, 1989) Zij keert zich tegen het medische gezondheidsconcept dat gebaseerd is op de natuurwetenschappen. Het medisch gezondheidsconcept zoekt naar oorzaken van een gezondheidsprobleem via eliminatie van de ziekteverwekker die bestreden moet worden. Kickbusch vindt deze benadering eenzijdig en beperkt. Aan het Gezonde Stedenproject ligt een ecologisch gezondheidsconcept ten grondslag. Dit is weergegeven in de 'Gezondheidsmandala' (zie figuur 3.1), die ontwikkeld is door Hancock, de Canadese grondlegger van het 'Gezonde Steden project'. Hancock ziet het individu in samenhang met de omgeving (het ecologische systeem) waar hij deel van uit maakt. De gezondheid van het individu is niet alleen gerelateerd aan het lichaam en de psyche, maar ook aan het familie- en gemeenschapsleven. Gezondheid is evenzo afhankelijk van de lichamelijke als van de sociaal-economische omgeving.

Figuur 3.1 Gezondheidsmandala naar Hancock (Cosijn, 1992)



De Gezondheidsmandala is gebaseerd op de 'holistische' benadering van gezondheid die er van uit gaat dat alles met alles samenhangt en het geheel meer is dan de som der delen. De interactie tussen lichaam, denken, geest en omgeving bepaalt de gezondheidstoestand. Alle leven, dus ook het menselijke leven, is er op gericht zichzelf in stand te houden. De mens is ingebed in zijn milieu en als sociaal wezen opgenomen in een netwerk van relaties en activiteiten. Sociale en fysieke omgevingsfactoren dragen bij aan het in stand houden van het menselijke leven, maar kunnen ook belemmerend en beschadigend zijn. Zij beschouwen de gezonde stad als een metafoor die een structuur biedt voor gezondheidsbevorderende activiteiten. In dit gedachtengoed past de opvatting over de burger die medeverantwoordelijk is voor zichzelf en zijn omgeving en wiens potenties de gezonde stad vormgeven.

Saan en De Haes volgen deze traditie. Zij vinden dat gezondheid vanuit een positief uitgangspunt benaderd kan worden. Gezondheid als voorwaarde om andere dingen te kunnen doen. *“Gezondheid biedt de mogelijkheden om te leven, te werken, te spelen en lief te hebben. Ook ziek zijn en sterven kan op een gezonde manier.”* (Saan en De Haes, 2006; pg. 133)

Saan en De Haes wijzen erop dat gezondheid invloed heeft op vele facetten van het persoonlijke, maatschappelijke en economische leven. Deze benadering is ook te vinden in de hoek van de geestelijke gezondheid. De definitie van Vichealth luidt:

“Mental health is the embodiment of social, emotional and spiritual well-being. Mental health provides individuals with the vitality necessary for active living, to achieve goals and to interact with one and another in ways that are respectful and just.” (Vichealth in Baum, 2002; pg.5)

Het Gezonde Steden project is een initiatief van de WHO en is in 1986 wereldwijd van start gegaan. Het Gezonde Steden project is een uitwerking van de 'Health for All Strategy' naar plaatselijk en stedelijk niveau met als doelstelling de gezondheid in steden verbeteren. Dit kan worden bereikt door steden en hun bevolking te ondersteunen bij de ontwikkeling van activiteiten en processen die gezondheidsbevorderend zijn. (Cosijn, 1992)

De aandacht voor de sociale omgeving in relatie tot gezondheid zoals ontwikkeld in 'Healthy Cities' heeft in Nederland een vertaling gevonden naar de ontwikkeling van gezonde wijken en buurten en in de community-aanpak. (Steenbrink, 1992 en De Boer, 2003)

De sociale omgevingsbenadering is eveneens te zien in de theorieën over 'social capital' in relatie tot gezondheid, waar het Health Development Agency van Londen de afgelopen jaren onderzoek naar heeft gedaan. De onderzoekers van het HDA baseren zich hierbij op de theorieën van onder andere de sociologen Bourdieu, Putnam, Coleman en Campbell; social capital vindt zijn wortels in het werk van Durkheim. (Swann en Morgan, 2003) In de meeste definities van 'social capital' ligt de focus op netwerken tussen mensen die leiden tot samenwerking en een heilzame werking hebben. Vertrouwen is een centraal begrip binnen 'social capital', waarbij het gaat om relaties vol van vertrouwen binnen netwerken van bekenden, een algemener vertrouwen binnen de groepen waarmee bepaalde waarden en normen gedeeld worden en vertrouwen in de formele instituties. (Swann en Morgan, 2003) Zij wijzen er op dat de vele literatuur en onderzoeken over de zelf ervaren gezondheid bewijzen dat

gezondheid en ziek-zijn niet simpel het tegenovergestelde zijn van elkaar. Gezondheid betekent meer dan de afwezigheid van ziekte en het is mogelijk dat iemand zich gezond noemt, terwijl deze persoon een ernstige ziekte of beperking heeft. Zij noemen gezondheid een in essentie relatief begrip.

De sociale omgevingsbenadering legt de focus op het totale systeem waarin een mens zich beweegt en beschouwt gezondheid als positieve kracht in het in beweging houden van het systeem. Gezondheid is een relatief begrip in relatie tot andere krachten en krijgt vorm in de relaties tussen mensen en hun omgeving. De sociale omgevingsbenadering van gezondheid heeft raakvlakken met het sociaal werk. In het sociaal werk tematiseert men gezondheid niet vaak, maar plaatst men de welzijnsactiviteiten wel in het spectrum van relaties tussen mensen en hun omgeving.

3.1.4. De invloed van de economische kijk

In de jaren tachtig van de vorige eeuw is het marktdenken in de gezondheidszorg geïntroduceerd. Door dit denken zijn de termen consument, zorgaanbieders en vraaggericht werken een belangrijke rol gaan spelen. Er ligt een focus op de kosten van de gezondheidszorg met termen als volume, tarieven, capaciteit en productie. Post en Van der Wal typeren het stelsel van gezondheidszorg vanuit een driehoeksverhouding tussen de vrager van de zorg (patiënt), de aanbieder van zorg (bijvoorbeeld de arts) en de financier van de zorg (meestal de verzekeraar). Deze partijen hebben twee gezichten:

- de vrager van de zorg is voor de aanbieder een patiënt en voor de financier een verzekerde;
 - de zorgaanbieder is voor de patiënt de hulpverlener en voor de financier de ondernemer;
 - de financier is voor de zorgvrager de verzekeraar en voor de zorgaanbieder de bekostiger.
- (Post en van der Wal, 2004)

De twee gezichten van de drie partijen zijn een verbreding van de meestal gepresenteerde driehoek, waarin alleen de economische relatie zorgvrager – zorgaanbieder – financier wordt gepresenteerd. Post en Van der Wal noemen echter het ‘derde’ gezicht van de drie partijen niet; namelijk:

- de patiënt c.q. verzekerde als medeverantwoordelijk burger die voorziet in zelfhulp, mantelzorg en lotgenotencontact;
- de hulpverlener c.q. ondernemer als facilitator voor sociaal kapitaal;
- de verzekeraar c.q. bekostiger als organisatie met een maatschappelijke verantwoordelijkheid.

De economische manier van denken leidt tot vele rekenschema's waarin per aandoening uitgerekend is hoeveel van de kosten binnen de gezondheidszorg hierdoor veroorzaakt worden.

De overheid drukt de totale kosten van de gezondheidszorg uit in een percentage van het Bruto Nationaal Product en maakt een vergelijking met dat in andere landen.

Deze manier van denken leidt tot strategieën om kosten en gebruik te reguleren. Zo werden in de jaren negentig criteria ontwikkeld, die bepaalden of voorzieningen in een verzekeringspakket opgenomen konden worden. Is het een noodzakelijk onderdeel van de gezondheidszorg, is het een effectieve interventie, kan het efficiënt worden toegepast en kan het voor eigen rekening of verantwoording worden genomen? (Ministerie van WVC, 1991) De criteria werkzaamheid (efficacy), doeltreffendheid (effectiveness) en doelmatigheid (efficiency) zijn bij medische interventies steeds belangrijker geworden. De criteria blijken in de praktijk moeilijker te gebruiken dan gedacht wanneer het gaat om het toetsen van nieuwe behandelmethoden. (Van der Wal, 2005)

Starfield heeft internationale vergelijkingen gemaakt van kosten van de gezondheidszorg. Zij komt tot de conclusie dat in de landen met een goed georganiseerde eerstelijnszorg de kosten van de totale gezondheidszorg lager zijn. (Starfield, 1991) De Maeseneer onderzocht of de totale kosten van de gezondheidszorg op het niveau van de individuele patiënt lager zijn bij continuïteit van de zorg door een zelfde huisarts, wat zo bleek te zijn. (De Maeseneer e.a. 2003)

De economische benadering dringt door in de volksgezondheid en leidt bij het starten van preventieprogramma's tot schattingen van de te behalen gezondheidswinst, van de gezondheidsrisico's en van de financiële kosten en besparingen van verscheidene preventiemogelijkheden. (Gunning-Schepers, 1999) Op nationaal niveau is de Zorgbalans van het ministerie van VWS een voorbeeld van deze benadering:

“De Zorgbalans is een monitor van de prestaties van het Nederlandse zorgsysteem. Met de Zorgbalans krijgt u een beeld hoe de Nederlandse zorg presteert op het terrein van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Met een beperkt aantal kerngegevens krijgt u een beeld van sterktes en zwaktes van de Nederlandse gezondheidszorg”.⁴

In de relatie van vrager en aanbieder van zorg wordt uitgegaan van mondige patiënten. Sommige groepen in de samenleving, die minder vaardig zijn om van hun rechten gebruik te maken, dreigen buiten de boot te vallen. In Nederland starten Kuijpers en van der Lans begin jaren negentig de discussie over het ‘moderne paternalisme’ en Henselmans introduceert in die periode het begrip ‘bemoeizorg’. (Kuijpers en van der Lans, 1994 en Henselmans, 1993) Zij pleiten voor een actieve benadering van mensen die zelf geen hulp zoeken. Niet afwachten tot mensen zelf de stap zetten om hulp te vragen; zij nemen als uitgangspunt, dat niemand aan zijn lot dient te worden overgelaten.

De economische benadering van gezondheid legt de focus op kosten van zorg, op schaarste van middelen, op contractuele relaties tussen partijen en op transparantie die met vele cijfers

4 www.minvws.nl. Geraadpleegd op 25 juni 2006.

nagestreefd wordt. De focus ligt voornamelijk bij de kant van de kosten om het gebrek aan gezondheid op te heffen.

De economische kijk dringt door in de drie voorgaande benaderingen, waarbij de economische kijk het minst inpasbaar is in de sociale omgevingsbenadering. De complexe samenhang van de interacties tussen lichaam, geest, denken en omgeving laat zich moeilijk in rekenschema's vangen.

3.1.5. De invloed van de ethische kijk

Bekende ethische discussies in relatie tot gezondheid en gezondheidszorg spelen rondom kwesties als euthanasie, abortus, klonen en genterapie. (Schrijvers, 2002) Hierbij is de vraag in hoeverre de gezondheidszorg actief kan ingrijpen in zaken van leven en dood. Ziekenhuizen en gezondheidszorginstellingen betrekken commissies van ethici in het maken van beleid in deze kwesties. Wanneer is ingrijpen gerechtvaardigd en wanneer is de eigen individuele keuze van mensen te respecteren? Gezondheid raakt 'leven en dood' van mensen en daarmee de ethische kijk op de grenzen van de individuele keuzes van mensen.

De vele wetgeving vanaf de jaren tachtig rondom de rechten van patiënten (recht op informatie, toestemmingseis voor behandelingen, vrije keuze hulpverlener, recht op geheimhouding, recht op privacy, inzage-recht in dossiers, klachtrecht, wet op medezeggenschap in de zorginstellingen)⁵ heeft invloed op de relatie tussen degene die zorg nodig heeft en degene die zorg biedt. Deze wetgeving heeft de positie van de patiënt als klant versterkt, maar tegelijkertijd geleid tot een juridisering van de gezondheidszorg. Hier ga ik nu niet nader op in.

Brug en anderen wijzen op de ethische dilemma's in de preventiehoek. Individuele vrijheid en zelfbeschikkingrecht worden gerespecteerd bij het wel of niet meedoen aan bevolkingsonderzoeken; deze zijn niet verplicht. Soms maken preventieve interventies inbreuk op de autonomie van mensen zoals het verplicht dragen van helmen en gordels in het verkeer en het verbod op roken in openbare ruimtes. (Brug e.a., 2005)

De aandacht voor gezondheidsverschillen raakt eveneens de sociaal-ethische kijk op gezondheid; namelijk vanuit de beginselen van rechtvaardigheid en gelijkheid. De WHO heeft met het programma 'Health for All by the Year 2000' een krachtige stimulans gegeven om te werken aan gelijke kansen voor gezondheid. In vele landen, zoals in Nederland, leeft het besef dat sociaal-economische gezondheidsverschillen in een rijk land als Nederland ongewenst zijn. (Stronks en Hulshof, 2001) De regering stelt een commissie in, die het vóórkomen van gezondheidsverschillen en de oorzaken ervan onderzocht heeft. In paragraaf 3.3 wordt hier nader op ingegaan. Naast het onderzoek naar oorzaken wijzen Stronks en Hulshof bij

5 www.rpcp.org; Geraadpleegd 26 juni 2006.

gezondheidsverschillen op de toegankelijkheid van de gezondheidszorg en daarmee op de waarden van rechtvaardigheid en solidariteit. Deleek wijst al in de jaren tachtig er op dat een groot aantal voordelen van het sociaal overheidsbeleid verhoudingsgewijs meer naar hogere dan naar lagere sociaal-economische groepen gaat. Hogere inkomensgroepen zijn beter in staat zo optimaal mogelijk gebruik te maken van de goederen en diensten van de gezondheidssector. (Deleek, 1988) De afname van het gebruik van tandheelkundige voorzieningen door de lagere inkomensgroepen na invoering van een wijziging in het vergoedingensysteem is hiervan een voorbeeld. (Swinkels en Maessen, 1996, pg. 10-18) Een ander voorbeeld hiervan brengen de 'straatdokers' van Rotterdam naar voren. Vluchtelingen, die geen verblijfsvergunning hebben en onverzekerd zijn, kunnen niet of nauwelijks een beroep doen op behandeling in ziekenhuizen. Zij verzamelen voorbeelden waarbij illegalen geweigerd worden in het ziekenhuis. De ziekenhuizen en de inspectie van volksgezondheid zeggen dat de medisch specialisten zich houden aan de afspraak en de medisch noodzakelijk geachte zorg bieden, maar erkennen dat er een grijs gebied is. (De Visser, 2006)

De aandacht voor gezondheidsverschillen en het hierbij behorende beroep op morele waarden als rechtvaardigheid en gelijkheid staan in een gespannen verhouding tot de ontwikkelingen in de gezondheidszorg als markt met producten en consumenten. Vanaf de jaren negentig komen van diverse kanten reacties. Kunneman pleit voor tijd en handelingsruimte voor professionals in zorg en welzijn. Hij vindt het noodzakelijk dat professionals tijd hebben om te reflecteren op de inhoudelijke vragen en dilemma's van henzelf in relatie tot hun werk en de bredere maatschappelijke context. (Kunneman, 1996) Dit geldt voor het vrijwilligerswerk en de professionele vormen van dienstverlening. Het vraagt om ruimte voor morele reflectie en voor het aangaan van 'trage vragen', niet los van maar in directe relatie tot de praktische activiteiten waar het om gaat. (Kunneman, 2003) Kunneman benoemt gezondheid in termen van zingeving en wijst op de waarde van interactie tussen mensen.

Baart werkt in zijn presentietheorie de kenmerken van 'nabije zorg' uit. Hij onderzocht het werk van buurtpastores ⁶ onder 'sociaal overbodigen' in achterstandswijken. (Baart, 2001) Baart spreekt over pijn, lijden en kwetsing die gepaard gaat met armoede en waarover de wijkbewoners in de langdurige, ongehaaste contacten met buurtpastores 'tot spreken komen'. (Baart, 2000) Naast de problemen noemt hij ook de verlangens en vreugden en de trots van de wijkbewoners. Volgens Baart delen de buurtpastores het leven met de wijkbewoners, waarin het gaat om herstel en behoud van menselijke waardigheid en het aanbieden of mobiliseren van hulpbronnen om dat te bereiken. Het is voorstelbaar dat in deze contacten gezondheid een relatief begrip is, zoals in de sociale omgevingsbenadering.

6 Buurtpastores zijn buurtwerkers aangesteld vanuit een kerkelijke instelling. Er zijn verschillende benamingen in gebruik zoals kerk- en buurtwerker, wijkpredikant en pastoraal buurtwerker.

Van Heijst benadrukt in haar boek over ‘menslievende zorg’ de wederkerigheid in de zorgrelatie en zij noemt zorg een manier van vormgeven van de wereld en creëren van gemeenschappelijkheid. Het uiteindelijke doel van zorg verlenen is niet een ziek onderdeel oplappen, maar de ander niet alleen laten in het lijden. Van Heijst wijst er op dat mensen niet alleen cultureel en etnisch pluriform zijn, maar ook verschillend wat betreft lichamelijke en geestelijke toestand en daardoor zorg van anderen nodig hebben. Met dit verschil hebben we moeite omdat het zich niet zonder meer laat egaliseren. Het is volgens haar een grote morele uitdaging om ongelijkheid en gelijkwaardigheid samen te houden. Zij wijst op een nieuw aspect in de discussie over gezondheid en zorg. Mensen die zich principieel beschikbaar stellen om vreemden en hulpbehoevende anderen te helpen, verhogen de kwaliteit van de hele samenleving. Zij kent een positieve maatschappelijke werking toe aan het gegeven dat de ene mens de andere helpt. (Van Heijst, 2005)

Zowel van Heijst en Baart benadrukken de kwetsbaarheid van mensen: de afwezigheid van gezondheid, het gebrek, het lijden van degene die zorg nodig heeft. Zij leggen het positieve aspect vooral in de zorgrelatie: de troost, de nabijheid, de gemeenschappelijkheid, de betrekking. Tussen mensen, waar men iets doet en betekent voor elkaar zonder gelijkwaardigheid te verliezen.

De ethische benadering van gezondheid houdt zich aan de ene kant bezig met de rechten en autonomie van het individu en verzet zich tegen alle vormen van moraliserende inperking van de individuele vrijheid en persoonlijke ontplooiing. Anderen exploreren rechtvaardigheid, solidariteit, gelijkwaardigheid en de betekenis van de zorgrelaties voor de samenleving.

3.1.6. Samenvatting

Iedere benadering van het begrip gezondheid werpt een licht op bepaalde aspecten en laat andere onderbelicht. Het begrip ‘gezondheid’ gaat in de medische benadering om het individu en staat voornamelijk in relatie tot pathologie, tot gebrek, tot beschadiging, tot overbelasting. De focus ligt op de behandelbaarheid door professionals. De leefstijlbenadering beaccentueert wat mensen zelf kunnen doen om gezond te blijven. Hoewel er in de loop der jaren meer aandacht komt voor verschillen tussen mensen en voor de beïnvloeding door de omgeving van de persoon blijft het ijkpunt de manier waarop mensen zelf vorm geven aan hun gezondheid. De sociale omgevingsbenadering focust op het totale systeem waarin een mens zich beweegt en beschouwt gezondheid als positieve kracht in het in beweging houden van het systeem. In deze benadering is gezondheid een relatief begrip in relatie tot andere krachten en krijgt vorm in de relaties tussen mensen en hun omgeving. In deze laatste benadering komt de klassieke WHO-definitie het meest tot zijn recht.

De economische kijk op gezondheid kiest de insteek van de kosten van zorg, de kosten om gebrek aan gezondheid op te heffen, schaarste van middelen, contractuele relaties tussen partijen en transparantie door cijfers. De economische kijk dringt door in de drie gezondheidsbenaderingen, waarbij de economische kijk het minst inpasbaar is in de sociale omgevingsbenadering. De complexe samenhang van de interacties tussen lichaam, geest, denken en omgeving laat zich moeilijk in rekenschema's vangen.

De ethische benadering van gezondheid is in alle drie de benaderingswijzen terug te zien, maar legt verschillende accenten. Sommige ethici beaccentueren de rechten en autonomie van het individu en verzetten zich tegen alle vormen van moraliserende inperking van de individuele vrijheid en persoonlijke ontplooiing. Anderen exploreren rechtvaardigheid, solidariteit, gelijkwaardigheid en de betekenis van de zorgrelaties voor de samenleving.

De medische benadering is het meest dominant aanwezig in de samenleving. De medische scoop is smal, maar goed onderbouwd met vele onderzoeken en cijfers en besteedt veel aandacht aan kwaliteitsverbetering van interventies. De leefstijlbenadering kampt met het probleem dat de mensen met gezondheidsachterstand en de minst gezonde leefstijl beschikken over de minste vaardigheden om gezond te leven. De sociale omgevingsbenadering gaat uit van een holistische en alles omvattende definiëring van gezondheid, maar kan die benadering moeilijk operationaliseren. Daarover meer in paragraaf 4 over de wijkaanpak. Voorgaande benaderingen zijn samen gevat in de volgende tabel.

Tabel 3.1 Theoretisch kader; deel a.

	Medisch	Leefstijl	Sociale omgeving
Focus	Individen	Individen en groepen	Wijkbewoners
Mensopvatting	De fysieke mens	De lerende mens	De mens als sociaal wezen
Gezondheidsopvatting	Afwezigheid van (lichamelijke en psychische) ziekte en gebrek	Gezonde leefstijl	Interactie tussen fysiek, psychisch en sociaal welzijn
Probleemdefinitie	Ziekten/problemen	Risicofactoren/verslavingen	Armoede, eenzaamheid, uitsluiting
Domein	Gezondheidszorg en volksgezondheid	Gezondheidsbevordering	Gezondheidsbevordering en sociaal werk
Werkwijze	Genezen en verzorgen	Voorkómen van ziekten en vergroten zelfwerkzaamheid	Bevorderen van participatie en sociale cohesie
Economische invloed	Epidemiologische cijfers en kostenberekening van ziekten	Epidemiologische cijfers en gezondheidswinst	Sociaal-economische gegevens en sociaal kapitaal
Ethische waarden	Zelfbeschikking en recht op goede zorg	Gelijke rechten en autonomie	Gemeenschapszin en wederkerigheid

Saan en De Haes wijzen er op dat bij de operationalisering, registraties en onderzoek naar gezondheid nagelaten wordt het onderliggende gezondheidsconcept te beschrijven. (Saan en De Haes, 2005) In deel III wordt onderzocht of en hoe deze benaderingen in de wijk Den Bosch-Oost een rol spelen. Hoe definieert men gezondheid in de wijk? Bij een zo veelzijdig begrip zijn er immers vele kansen om elkaar mis te verstaan.

3.2. De wijk

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden wat de wijk en gezondheid met elkaar te maken hebben, is gekeken naar de wijkopvattingen die binnen de gezondheidszorg, de gezondheidsbevordering en het sociaal werk gebruikt worden. Definities van de wijk zijn vooral te vinden in de theorieën over het welzijnswerk. In de gezondheidszorg en gezondheidsbevordering wordt de wijk als begrip niet of nauwelijks geëxpliciteerd. Wel wordt de wijk op een bepaalde manier onderscheiden. Op basis van deze verschillen is een indeling gemaakt in de geografische, organisatorische of sociologische benadering van de wijk. De geografische wijk als een bepaald deel van de stad en administratieve eenheid; de organisatorische wijk als de handlingsruimte voor bijvoorbeeld gezondheidszorginstellingen en de sociologische wijk als zelfstandige entiteit met eigen karakteristieken. In deze laatste benadering speelt de discussie over de wijk als gemeenschap of community. Deze discussie is relevant voor het wijkgezondheidswerk.

Achtereenvolgend komen de drie wijkbenaderingen -geografisch, organisatorisch en sociologisch- aan bod gerelateerd aan de in de vorige paragraaf genoemde gezondheidsbenaderingen.

3.2.1. De geografische wijk

Overheden, onderzoekers en grote instellingen delen wijken geografisch in naar postcodegebieden. Wijken zijn op deze manier administratieve eenheden. De gemeente 's-Hertogenbosch heeft bijvoorbeeld voor het 'wijkgericht werken' de gemeente opgedeeld in 12 'wijken'. Deze wijken corresponderen met de administratieve indeling van de gemeente. Op de website van de gemeente 's-Hertogenbosch staat de opmerking:

*“Weet u niet in welke wijk u woont, dan kunt u hier op basis van uw postcode uw wijk zoeken”.*⁷

7 www.s-hertogenbosch.nl; geraadpleegd op 27 juni 2006.

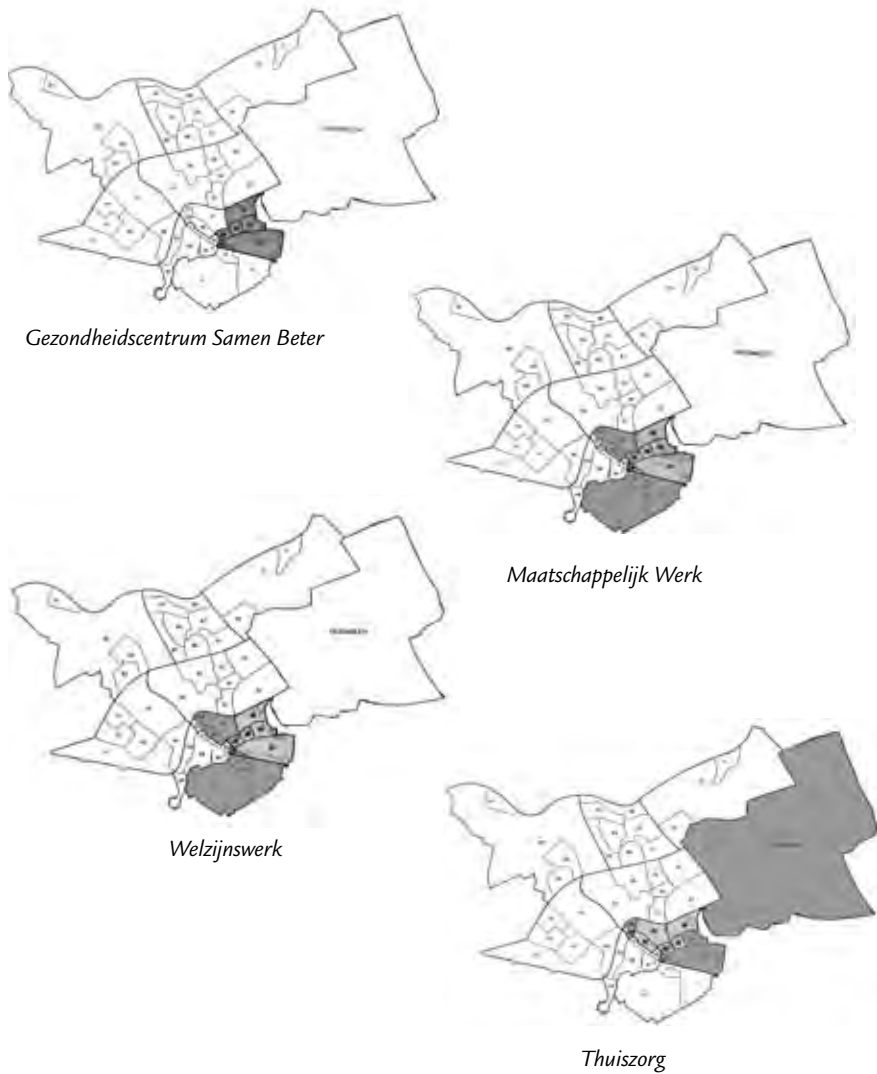
Onderzoeken en theorievorming over gezondheidsverschillen en gezondheidsachterstand gebeuren eveneens aan de hand van postcodegebieden en wijkindelingen volgens het Centrale Bureau voor Statistiek. Naast vele cijfers leveren deze onderzoeken mooie, ingekleurde plaatjes van Nederland op, die te bezichtigen zijn op de website van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).⁸ Het RIVM heeft bij de verkenning van de toekomst van de volksgezondheid de mate van achterstand in alle wijken bepaald door een ordening van de sociale status van de bewoners, die oploopt van laag naar hoog. Voor het vaststellen van de sociale status zijn de variabelen 'gemiddeld inkomen' en 'verhouding koop/huurwoningen' op postcodegebied gebruikt. (Van der Lucht en Verkleij, 2001; pg. 116)

Voor het vaststellen van de achterstandsgebieden voor huisartsenzorg baseert de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) zich op de gegevens van de gemeenten voor de classificaties van wijken. Zij kozen voor een index op basis van de mate van stedelijkheid, het gemiddeld besteedbare inkomen en het percentage niet-actieven. De aldus geselecteerde wijken bevinden zich in de 4 grote steden en verder in Arnhem, Deventer, Enschede, Groningen, 's-Hertogenbosch, Leiden, Nijmegen, Schiedam, Tilburg en Zwolle. Huisartsen ontvangen voor hun patiënten wonend in deze wijken een hoger ziekenfondstarief.

Ook grootschalige voorzieningen kijken naar wijken als geografische gebieden, als administratieve eenheden. Op basis van zorgzwaarten in bepaalde gebieden of de aanwezigheid van gebouwen maken zij een match tussen vraag en aanbod. De verschillende indelingen, die in één stad door verschillende instellingen gemaakt worden, is te zien in de volgende figuur.

⁸ www.rivm.nl; geraadpleegd op 27 juni 2006.

Figuur 3.2 *Verskillende wijkindelingen*



3.2.2. De organisatorische wijk

Veel zorgvoorzieningen zijn op een grotere schaal georganiseerd dan een wijk, maar hebben voor de uitvoering wel wijkposten. Meer en meer dringt bij zorginstellingen door dat het gevelegelde uitgangspunt 'zorg op menselijke maat' vraagt om kleinschalige uitvoering van de zorg in de nabijheid van de mensen. De nabijheid is belangrijk voor bijvoorbeeld kinderen,

zorgbehoefte, ouderen en mensen met weinig financiële armlag. Zij zijn minder mobiel en aangewezen op voorzieningen dichtbij. Wijkbewoners en niet-wijkbewoners zijn betrokken bij het leveren en gebruiken van diensten, producten en voorzieningen voor het leven van alledag (winkels, scholen, zorginstellingen, buurthuizen, bedrijven). Hoewel een wijk als economisch, sociaal en fysiek zelfvoorzienende gemeenschap niet (meer) bestaat, is daarmee het concept van de wijk als handelingsruimte voor voorzieningen niet verdwenen. Bewoners en (zorg)voorzieningen sluiten hierin aan op elkaars verwachtingen: enerzijds is de schaal van het gekozen gebied zodanig dat voorzieningen zich daarop kunnen organiseren. Anderzijds is het gebied zo begrensd dat bewoners de voorziening in hun directe nabijheid hebben. Voor huisartsen wordt bijvoorbeeld als uitgangspunt gehanteerd, dat zij een patiënt binnen 15 minuten kunnen bereiken.

De Landelijke Vereniging voor de Georganiseerde eerstelijns (LVG) noemt de wijk in hun definitie voor een gezondheidscentrum:

“Het zorgaanbod verschilt per centrum, maar is altijd gericht op de zorgvragen uit de directe omgeving. De afstemming van verschillende disciplines op elkaar én op de zorgvraag in de wijk is specifiek voor een gezondheidscentrum. [...] Een goede omvang van een gezondheidscentrum is ongeveer 8.000 tot 12.000 patiënten. Het centrum is betrokken bij de wijk, weet van de sterke kanten, maar ook van de maatschappelijke vraagstukken die er spelen.” (LVG, 2002)

De criteria die gehanteerd worden zoals toegankelijkheid voor een bepaald aantal wijkbewoners, op loopafstand en een herkenbare voorziening gaan vooral in op de fysieke aanwezigheid in een geografisch afgebakend gebied. In de omschrijving dat een wijk sterke kanten heeft en specifieke maatschappelijke vraagstukken, is op te merken dat de LVG eigen karakteristieken toekent aan een wijk en sluit daarmee aan bij de omschrijving van de wijk als gemeenschap, waarover meer in 3.2.3. Daarnaast bevat de omschrijving van de LVG een ander belangrijk aspect: de wijk is voor instellingen en disciplines een ordeningsniveau voor hun samenwerking. Zo lukt het bijvoorbeeld in Den Bosch-Oost om ondanks de vele verschillende gebiedsindelingen, zoals in het figuur van de vorige paragraaf is te zien, tot samenwerkingsafspraken te komen voor de wijk. Instellingen die geen wijkgebonden voorzieningen hebben maken bijvoorbeeld gebruik van het gezondheidscentrum om spreekuren te organiseren. Hierop wordt nader ingegaan in deel II en deel III.

3.2.3. De wijk als gemeenschap of community

Over de wijk of buurt als gemeenschap of ‘community’ is veel geschreven. In relatie tot het begrip community wordt meestal de buurt, soms de wijk gebruikt. De wijk is een groter geheel en daarbinnen zijn buurten te lokaliseren. De Wetenschappelijk Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) definieert in het rapport ‘Vertrouwen in de buurt’ het begrip buurt als een kleinschalig verband vanuit de beleving van bewoners. Een buurt is een gelocaliseerde gemeenschap waarbij er sprake is van *“een zekere mate van sociale integratie der bewoners”* (defi-

nitie Van Dale). In een buurt wonen eerder honderden dan duizenden mensen. In die betekenis onderscheidt een buurt zich van een wijk. Een wijk is in het algemeen een administratieve eenheid, die vanuit de (gemeentelijke) overheid is gedefinieerd. Een grote stadswijk kan bijvoorbeeld wel 20.000 inwoners hebben. (WRR, 2006)

Enerzijds worden de termen gemeenschap en community in de literatuur gemakkelijk gebruikt zonder verdere verheldering en anderzijds zijn de termen inzet van fikse discussies. De discussies vinden voornamelijk plaats in het welzijnswerk en sociaal beleid, waar al vele jaren ervaring is met wijkgericht werken. De afgelopen tien jaar is deze discussie ook opgepakt binnen de gezondheidsbevordering. Ik beperk me voornamelijk tot wat hierover in de 'gezondheidsliteratuur' gezegd wordt met een uitstapje naar enkele sociologen om het begrip te verhelderen.

Gezondheidsliteratuur

De oriëntatie van huisartsen en andere hulpverleners is hoofdzakelijk richting het individu, het gezin. Hoewel de beroepsgroep aangeeft dat huisartsengeneeskunde contextuele geneeskunde is, betreft men de wijk niet in de werkuitvoering. De drie basisprincipes van de eerstelijnszorg zijn 'luisteren, poortwachterschap en familieoriëntatie.'

[...] *family orientation reflects the fact that all members of a family or household have the same doctor. [...] By definition, the family is a unit of care.*" (Melker en Verheij, 2002)

In een review over wijkgericht werken van het NIGZ (Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie) gaat men uit van de volgende definitie:

"Een community is een groep mensen die bepaalde gemeenschappelijke aspecten hebben in hun leven. Deze aspecten kunnen bijvoorbeeld de woonomgeving, interesses, de cultuur of de normen en waarden zijn. Het gaat om aspecten die de mensen zelf van belang achten". (Alting e.a., 2003; pg. 37)

In de review verwijst het NIGZ naar meerdere definities. In de meeste definities komen de volgende bestanddelen terug: plaats, onderling afhankelijke groep, interpersoonlijke betrekkingen, een cultuur met dezelfde waarden, normen en instituties en gehechtheid aan de community, het gemeenschapsgevoel. In deze definitie komt niet tot uitdrukking hoe communities tot stand komen. Daarover is meer te vinden in de eerder genoemde theorieën over 'social capital', die een relatie leggen met gezondheid. (Swann en Morgan, 2003) De onderzoekers van het Londense Health Development Agency geven aan dat de afgelopen tien jaar de notie dat sociale, psychologische, economische en contextuele factoren van grote invloed zijn op de gezondheid van individuen en 'communities' is toegenomen op grond van 'evidence base'. In onderzoeken zijn relaties gevonden tussen lagere aantallen van hart- en vaatziekten in communities met een hoog niveau social capital. Social capital wordt omschreven als 'bronnen in een community, die familiale en sociale netwerken creëren'. Deze bronnen komen voort uit sociale op het individu gerichte activiteiten, die in relatie tot anderen in groepen of de community ontwikkeld worden. Het concept van social capital heeft volgens hen de potentie om de relatie tussen gezondheid en de omgevingsdeterminanten te onderzoeken. Zij onderzoeken binnen communities de volgende elementen: sociale netwerken,

onderlinge steun, toegang tot hulpbronnen, vertrouwen en 'erbij horen'.

Zij merken op hoe verschillend mensen de grenzen van hun community benoemen:

"When considering how people talked of the characteristics of their community we encountered considerable variation between different age and class groups in where they set the boundaries of the community they were talking about and whether they regarded it as geographically or as socially defined."

(Baxter en Poland, 2003; pg.94)

De wijze waarop mensen de grenzen benoemen heeft te maken met hun positie, zoals omschreven in de eerder in de inleiding aangehaalde Bossche conferentie 'Buurten voor gezondheid' in 1992:

"Een buurt, daar woon je, daar leef je, daar maak je gebruik van voorzieningen, voor een enkeling geldt nog maar, dat je er ook werkt. Afhankelijk van je leefsituatie ben je minder of meer aangewezen op je buurt. Als je werkt, mobiel bent en genoeg financiële middelen hebt [...] dan ben je niet zo aangewezen op de buurt waar je woont. Het is anders als je bijvoorbeeld kleine kinderen hebt, oud en wat slechter ter been bent, zorgbehoefstig bent of moet rondkomen van een bijstandsuitkering. Dan heb je de buurt, de voorzieningen die er wel of niet zijn, je burens en anderen in je omgeving meer nodig."

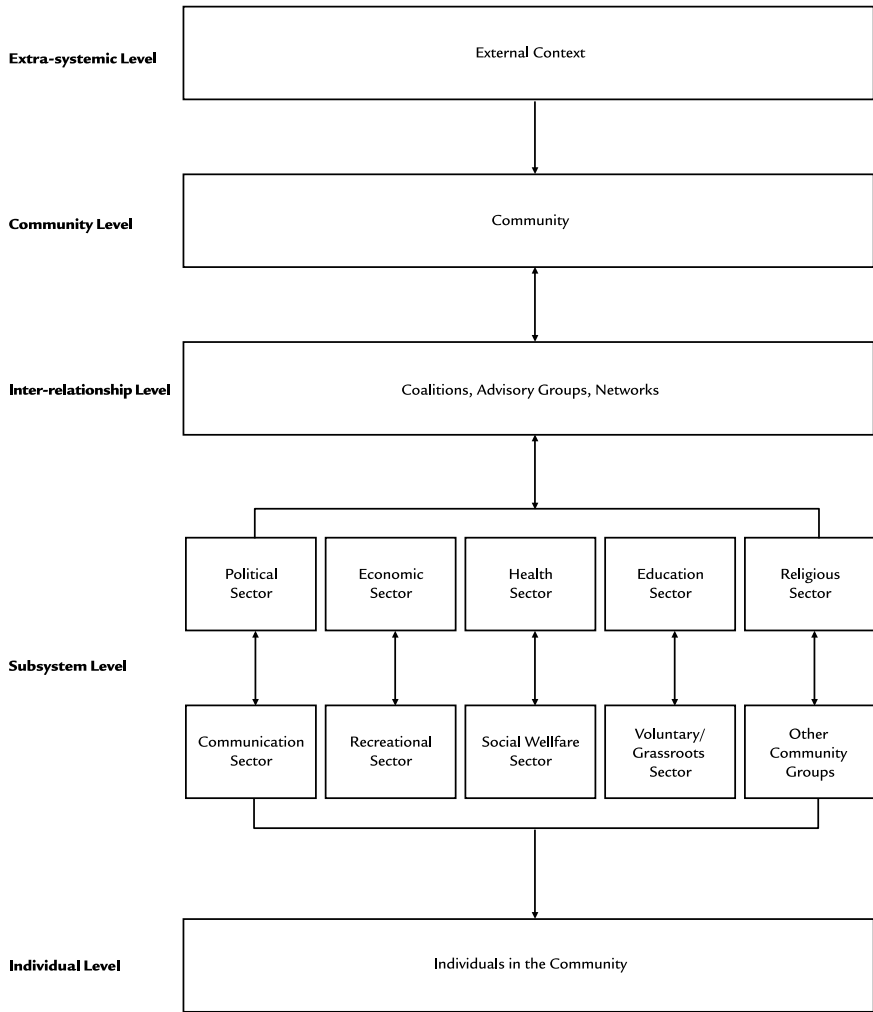
(Paes en Stuurop, 1993; pg.14)

Bracht noemt communities in zijn basisboek over 'Health promotion at the community level': *"A group of people sharing values and institutions; specifically, some social meaning as well as some organizational structure must connect the individuals to the community."* (Bracht, 1999; pg. 31) Hij werkt de community uit als een systeem op 5 niveaus (zie figuur 3.3)

Bracht geeft in dit schema een organisatorische uitwerking, die past in de vorige paragraaf van de organisatorische wijk. In zijn definitie gaat hij er echter van uit dat een sociale betekenis én een organisatiestructuur individuen verbinden aan de community. Dit is een interessante koppeling, die in deel III terug komt in de exploratie van het wijknetwerk Hulpsector Oost. Bracht heeft de aanwezigheid van de bestanddelen 'gedeelde waarden' en 'gemeenschapsgevoel' niet aangegeven. In het operationaliseren van een community-aanpak is echter nodig om te weten of en in welke mate een geografisch afgebakend gebied te beschouwen is als een community met gedeelde waarden en een gemeenschapsgevoel. Dit blijkt uit de ervaring bij een wijkgericht 'communityproject' in Rotterdam opgezet door de GGD Rotterdam en het Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg van de Erasmusuniversiteit. Het tweejarige project werd voortijdig afgebroken, onder andere omdat men voor geografisch afgebakende wijken had gekozen. Het project kwam niet van de grond en men vroeg zich af of er bij de bewoners van een gebied voldoende wijkgevoel is om de community-aanpak te rechtvaardigen. Zij wijzen in dit verband op het onderscheid dat door de Duitse socioloog Tönnies is gemaakt tussen 'Gemeinschaft' (gemeenschap) en 'Gesellschaft' (samenleving). In Rotterdam concluderen de onderzoekers dat er in de wijken hoofdzakelijk nog 'Gesellschaft' is. (Voorham e.a., 2002)

Wat zeggen Nederlandse sociologen over communities of gemeenschappen?

Figuur 3.3 Community als een organisatie (Bracht, 1999)



Sociologische literatuur

Duyvendak wijst op de mythes die bestaan over de wijk en de wijkaanpak. (Duyvendak, 1999) Hij gaat hierbij terug in de tijd en haalt de socioloog van Doorn aan, die in 1955 in de 'Prae-adviezen voor het Congres over Sociale Samenhangen in Nieuwe Stadswijken' een artikel schreef met de titel 'Wijk en Stad: reïntegratiekaders?' Van Doorn beantwoordde de vraag overwegend negatief en wees op de sociale heterogeniteit van de nieuwe wijken, die een totale organisatie van het wijkleven illusoir maakte. Duyvendak neemt dit advies ter harte en werkt in een zevental mythes -'de' wijkaanpak, de maakbare wijk, de gedifferen-

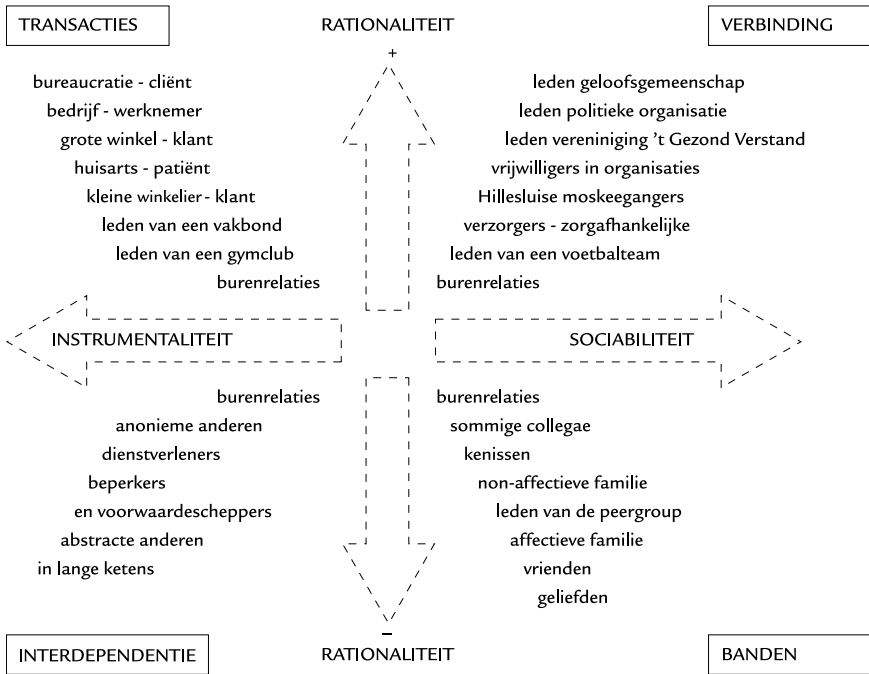
tieerde wijk, de gevaarlijke groep, de authentieke wijkbewoner, de betweterige politicus, de allesbepalende afstand- zijn kritiek uit op beleidsmakers en politici die de wijk vanuit een bepaalde ideologie te monogeen benaderen. In de historische reconstructie in deel II wordt hierop teruggekomen. Duyvendak waarschuwt voor het romantiseren van de wijk en wijst op de verschillen tussen individuen en tussen groepen in een wijk. Solidariteit is niet vanzelfsprekend bij iedereen aanwezig. Er zijn meestal tegelijkertijd conflicterende en verbindende factoren in een wijk. Wijken hebben een bepaalde reputatie; die kan verschillen voor groepen in en buiten de wijk. Wijken zijn beladen met een collectief gevormde betekenis, die in de tijd wordt overgedragen en niet zomaar ingewisseld kan worden voor een nieuwe werkelijkheid. Hortulanus omschrijft hoe bewoners van grote steden zich een beeld vormen van de fysieke omgeving. Belangrijk daarbij is de sociale en culturele betekenis van de gebouwde omgeving en hoe deze verbonden is met een sociaal leefklimaat, waarmee de bewoner zich wenst te verbinden. (Duyvendak en Hortulanus, 1999) In een verhaal van een vrijwilliger in deel III is de omschrijving van Hortulanus haarfijn terug te zien. Ik zal op die plek nader op dit fenomeen ingaan.

Een andere Nederlandse socioloog, Blokland, heeft een studie gemaakt naar de relatie tussen 'buurt' en 'gemeenschap'. (Blokland, 1999) Zij komt tot de conclusie dat de buurt vele betekenissen heeft voor uiteenlopende gemeenschappen in een buurt en daarom kan een buurt niet aan één gemeenschap gelijk gesteld worden. Ook geeft zij aan dat mensen beschikken over meerdere rolrepertoires en vanuit die verschillende rollen op meerdere manieren gebruik maken van de wijk. De definitie die zij hanteert voor een wijk is een geografisch afgebakende ruimte die mensen in praktische en symbolische zin gebruiken. De wijk wordt niet alleen gebruikt voor het lokale handelen, maar tevens wenden wijkbewoners de wijk aan "*in hun sociale plaatsbepalingen in de door henzelf gegeven specifieke betekenis.*" De specifieke betekenis is sterk verbonden aan de historie en imago van een wijk én aan de gemeenschappen die deel uit maken van die wijk. Blokland heeft in een schema de rationaliteit van handelingsoriëntaties versus de sociabiliteit van relaties in een wijk uitgewerkt. (Zie figuur 3.4)

In dit schema heeft de huisarts-patiënt relatie een instrumentele betekenis. Ik zal dit schema benutten om in deel III de handelingsoriëntaties én de sociabiliteit van de relaties van de beroepskrachten en vrijwilligers in Den Bosch-Oost te onderzoeken.

Blokland werkt het begrip publieke familiariteit uit; dit is er in een buurt als mensen elkaar toevallig ontmoeten bij het gebruik van voorzieningen. Wijkbewoners zijn hierdoor bekend met elkaar; niet in de zin van affectieve relaties, maar zij kunnen elkaar identificeren als wijkbewoner. Toevallige ontmoetingen in wijkvoorzieningen dragen bij aan het sociale weefsel van een wijk. Volgens Blokland staat het stedelijk sociaal weefsel onder druk door segregatie van economische en sociale netwerken. Segregatie van arm en rijk in ruimtelijke en sociale zin en segregatie van sociale netwerken die zich over grote afstanden uitstrekken. (Blokland, 2006) Zij pleit voor vanzelfsprekende ontmoetingsruimten in wijken. (Blokland, 2005) In deel III wordt de functie van de wachtkamer van gezondheidscentrum Samen Beter vanuit dit perspectief onderzocht.

Figuur 3.4 Rationaliteit versus sociabiliteit (Blokland, 1999)



Ethische literatuur

Baart gebruikt in de presentietheorie veelvuldig de woorden achterstandswijken, buurtbewoners en gemeenschap. Het werk van de pastores, dat als basis diende voor de presentietheorie, speelt zich af op straten, op stoepen en in speeltuinen van deze wijken. Baart hanteert een zelfde soort schema als Blokland, waarin hij sociale relaties onderscheidt naar hoog en laag relationeel en instrumenteel en gratuite. (Baart, 2001; pg. 639) Ook hij spreekt van verbindingen en banden; de transacties noemt hij ruilrelaties en de interdependentie ketens. Hij plaatst evenals Blokland de relatie huisarts-patiënt in de ruilrelatie (ofwel transactie). De buurtpastores delen in belangrijke mate het alledaagse leven met de buurtbewoners en gaan hiervan deel uit maken. Zij leren het leven van de mensen in hun buurt van binnenuit kennen. Baart typeert de buurtpastores in zijn analyse als de betrokken helper (ruilrelatie); de solidaire geestverwant (verbinding); de trouwe vriend (band); er is geen type pastor die past in de ketens. (Baart, 2001; pg. 648)

In de presentietheorie staan geen definiëringen van een buurt of wijk. Wel wordt uiteengezet hoe de pastores met botsende werelden te maken krijgen: de wereld van de gevestigde macht van experts, die van de leefwereld van de bewoners en die van biografie van de pastor. De pastor heeft in zijn dagelijkse praktijk te maken met deze werelden. De botsing wordt op gang

gebracht door de intense interacties met en affecties voor de buurtbewoners. In hoofdstuk 12 wordt hierop teruggekomen.

Van Heijst onderzoekt vanuit een ethische benadering de zorgrelatie tussen twee individuen. Zij betreft niet rechtstreeks de omgeving hierbij, maar werkt een geografie van verantwoordelijkheid uit. Zij zegt:

“Als verantwoordelijkheid niet algemeen en abstract is, maar gesitueerd binnen wat concreet bestaat, dan zijn de mensen die feitelijk verbonden zijn met iemand die zorg behoeft (als het om bekenden gaat) of mensen die simpelweg het dichtst in de buurt zijn (als het om vreemden gaat die op straat in nood geraken) de eerst aangewezenen om die persoon te beschermen. Het verbonden zijn en het-in-de-buurt zijn, brengt die verantwoordelijkheid (daar en voor die mensen) dus met zich mee”. (Van Heijst, 2005; pg. 303)

Van Heijst biedt hiermee een omschrijving om verantwoordelijkheidsgevoelens tussen wijkbewoners en tussen professionele hulpverleners en hun patiënten te onderzoeken.

3.2.4. Samenvatting

Voor het wijkgericht gezondheidswerk speelt de discussie over de wijk en de wijkaanpak. Wat is een wijk, wat is een buurt, wat is een community?

De medische en traditionele leefstijlbenadering baseren zich op de gegevens van geografische indelingen. De sociale omgevingsbenadering en -de laatste jaren meer en meer- de vernieuwde leefstijlbenadering gaan uit van de sociologische benadering van een wijk of buurt als community. In de gezondheidsliteratuur bestaat een behoorlijke mate van eensgezindheid over de definiëring van het begrip community. De definities laten open of het gaat om een geografisch gebied of om een groep mensen die niet gebonden is aan een bepaald gebied (etnische groepen, religieuze groepen, homoseksuele groepen). Beide benaderingen passen in de definities.

De organisatorische wijk is het domein van de zorginstellingen en hoe zij hun zorg afstemmen op elkaar. Hier zit een economische benadering aan vast: hoe is de meest effectieve match tussen vraag en aanbod te maken. De sociaal-ethische benadering benadert de wijk als gemeenschap en zet uiteen hoe de pastores deel gaan uitmaken van die gemeenschap en hoe gemeenschapsgevoelens via zorgrelaties kunnen ontstaan.

In de sociologische en ethische literatuur wordt vooral ingegaan op wat er tussen mensen gebeurt en hoe gemeenschapszin kan groeien. Het is niet alleen vaststellen of er wel of niet bindingen en relaties zijn, maar wat die betekenen en hoe ze zich ontwikkelen. In de praktijk is het van belang bewust te zijn van de vele manieren waarop beroepskrachten en beleidsmakers de wijk onuitgesproken definiëren en als basis voor het handelen en beleid gebruiken. Hierop ga ik nader in bij de wijkaanpak in paragraaf 3.4.

De wijkbenaderingen worden als volgt samengevat voor het theoretische kader:

Tabel 3.2 *Theoretisch kader, deel b*

Wijkbenadering	Geografisch en organisatorisch	Geografisch en sociologisch	Sociologisch
----------------	--------------------------------	-----------------------------	--------------

3.3. Gezondheidsverschillen en achterstandswijken

In de loop van de 19e eeuw en tot aan de jaren dertig van de vorige eeuw werden de verschillen in gezondheid tussen mensen in Nederland (en West-Europa) zowel relatief als absoluut kleiner. Sinds de jaren dertig tot aan de jaren vijftig zijn de absolute sociaal-economische gezondheidsverschillen ongeveer gelijk gebleven en zijn de relatieve verschillen door verdere toename van levensverwachting iets afgenomen. (Mackenbach en van der Maas, 1987) In Engeland en Wales verschijnt in 1980 het 'Black Report', waarin geconcludeerd wordt dat er een toename van gezondheidsverschillen is na de Tweede Wereldoorlog. De onderzoekers zijn hierover verbaasd; de oorzaken van infectieziekten -gerelateerd aan armoede en gebrek- zijn immers aangepakt en succesvolle behandelingen worden toegepast. De huidige sterftcijfers worden beïnvloed door aan welvaart gerelateerde ziekten en leefgedrag. (Thompson en Davidson, 1982) In het 'Vergelijkend Buurtonderzoek naar gezondheid in Amsterdam' worden eveneens in 1980 grote verschillen in sterfte tussen buurten geconstateerd ten nadele van wijken met een lagere sociaal-economische status.

Mede onder invloed van het programma van de WHO (World Health Organization) in 1985 'Health for All in the Year 2000' om wereldwijd de gezondheidsverschillen terug te dringen, wil de Nederlandse regering weten hoe de situatie in Nederland is. Eind 1987 stelt de toenmalige staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur een 'Programmacommissie Sociaal-economische Gezondheidsverschillen' (SEGV) in. Deze commissie heeft vijf jaar lang systematisch onderzoek gedaan naar de relatie tussen sociaal-economische verschillen en gezondheid. Bij het aantreden van de commissie staat wel vast dat er sociaal-economisch gerelateerde verschillen in gezondheid bestaan. De commissie zegt in haar eindrapport in 1994, dat het haar heeft verbaasd hoe weinig kennis hierover in Nederland aanwezig is. (Ministerie van WVC, 1994) Uit het werk van de commissie komt naar voren dat vrijwel alle belangrijke gezondheidsproblemen vaker voorkomen bij mensen met een lage opleiding, beroepsstatus en inkomenspositie. Dat geldt voor de objectief gemeten klachten, aandoeningen en beperkingen, maar ook voor het oordeel over de eigen gezondheid. Vooral het opleidingsniveau bepaalt in hoge mate de gezondheidsverschillen. Het percentage overledenen tussen de 18 en 50 jaar is bij laag opgeleiden 5% en bij hoog opgeleiden 3,4%. Het aantal jaren gezonde levensverwachting is voor mensen met een lage opleiding 51,6 jaar en voor mensen met een hoge opleiding 64,2 jaren. (Ministerie van WVC, 1994)

De commissie heeft op basis van registraties van de sociaal-economische achtergronden en sterftecijfers belangrijke aanwijzingen gevonden dat de sociaal-economische sterfteverschillen in Nederland sinds de Tweede Wereldoorlog zijn toegenomen. Deze toename is eveneens in andere landen van Europa en de Verenigde Staten aangetroffen. Dit wijst erop dat het toenemen van de welvaart en de opbouw van de verzorgingsstaat geen garantie vormen voor het vanzelf verdwijnen van sociaal-economische gezondheidsverschillen.

Bovendien dient hierbij aangetekend te worden dat zowel de Programmacommissie als ook andere onderzoekers (Ten Dam, 1997 en Engbersen, 1990) er op wijzen dat de uitkomsten mogelijk geflatteerd zijn, omdat de mensen met een lage SES (sociaal-economische situatie) niet of nauwelijks bij onderzoeken (surveys) bereikt worden. Zonder gericht en tijdsintensief onderzoek is de gezondheid van deze groepen mensen niet in kaart te brengen.

3.3.1. Oorzaken van gezondheidsverschillen

Het bestaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen vaststellen is één, zoeken naar het ontstaan ervan is moeilijker. Het feit dat mensen die veel ziek zijn minder kans hebben om op de maatschappelijke ladder omhoog te klimmen is slechts in beperkte mate de verklaring van de verschillen. De commissie heeft getracht om de relatie tussen gezondheid en de sociaal-economische situatie beter te verklaren door de intermediaire factoren die daarbij een rol spelen in kaart te brengen. Het gaat hierbij om factoren die op een ingewikkelde wijze met elkaar samenhangen. Welke factoren van het grootste belang zijn of in welke mate ze elkaar beïnvloeden is tot nu toe nog niet eenduidig te verklaren.

Tabel 3.3 Intermediaire factoren voor sociaal-economische gezondheidsverschillen
(Ministerie van WVC, 1994)

Gedragsfactoren	Ongezonder gedrag komt in het algemeen meer voor onder mensen met een lagere opleiding en een lager beroepsniveau en/of inkomen. Dit geldt zeer duidelijk voor het roken van sigaretten en een aantal eetgewoonten, alsmede voor een aantal aspecten van gebitsverzorging en ongevalpreventie.
Werkomstandigheden	Arbeidsomstandigheden in als 'lager' aangemerkte beroepen zijn vaak onaantrekkelijker en ongezonder dan in 'hogere' beroepen. Dit geldt voor ploegendienst, lawaai op het werk, vuil werk, stank op het werk, gevaarlijk werk, lichamelijk zwaar werk en eentonig werk.
Woonomstandigheden	Er bestaat nog steeds een verband tussen de kwaliteit van de woning en de woonomgeving met de gezondheidstoestand. Een betere woning en woonomgeving gaan gepaard met minder gezondheidsproblemen.
Psychosociale factoren	Het staat vast dat psychosociale stress meer voorkomt in de lagere sociaal-economische groepen en dat daar minder compensatiemogelijkheden zijn.
Levensomstandigheden in de jeugd	De belangrijkste empirische informatie over de bijdrage van de omstandigheden waarin iemand is opgegroeid aan de gezondheid op latere leeftijd, komt uit een Brits onderzoek, waarin pasgeborenen gedurende 23 jaar werden gevolgd. Het bleek dat in deze groep de omstandigheden in hun jeugd een belangrijk deel van de gezondheidsverschillen op 23-jarige leeftijd konden verklaren. Nederland kent dergelijk onderzoek niet.
Gezondheidszorg	In Nederland is toegang tot de gezondheidszorg voor vrijwel iedereen gegarandeerd. Hoewel lagere sociaal-economische groepen meer gebruik maken van de curatieve gezondheidszorg, blijkt, dat na correctie voor verschillen in gezondheidstoestand, hoger opgeleiden van een aantal voorzieningen (zoals specialist en fysiotherapeut) juist iets meer gebruik maken. Verder blijkt dat een zelfde aantal contacten met een arts voor hogere sociaal-economische groepen een hoger 'gezondheidsrendement' opleveren. Lagere sociaal-economische groepen maken minder gebruik van preventieve gezondheidszorg voorzieningen. De gezondheidszorg levert op een aantal punten een bijdrage aan het ontstaan dan wel in stand houden van sociaal-economische gezondheidsverschillen.
Selectie	Of het bereiken van een bepaalde sociaal-economische positie mede afhankelijk is van de gezondheidstoestand, is in Nederland niet onderzocht. In buitenslands onderzoek is vastgesteld, dat directe selectie, waarbij de sociale mobiliteit rechtstreeks wordt bepaald door de gezondheidstoestand, vrijwel zeker een ondergeschikte rol speelt.

Bij gezondheidsachterstand grijpen lichamelijke, psychische en sociale factoren op elkaar in. De Programmacommissie SEGV heeft in een deelstudie verklaringsmodellen ontwikkeld voor een aantal op elkaar ingrijpende factoren. (Ministerie van WVC, 1993) Een van de voorbeelden die men uitgewerkt heeft, is werkloosheid. Werkloosheid blijkt negatieve effecten op de gezondheid te hebben. De belastende aspecten van de leefsituatie van werklozen zijn financiële onzekerheid, sociale stigmatisering, spanningen en problemen in het gezin, en, niet in de laatste plaats, het gemis van de structurerende functie van arbeid. Langdurige werkloosheid is gekenmerkt door weinig autonomie, de betrokkene kan zijn situatie nauwelijks veranderen. Werklozen met een laag opleidingsniveau missen bovendien vaak kennis en vaardigheden om met deze belastende factoren om te gaan. Onder andere door een inkrimping van de sociale netwerken is de ervaren steun veelal gering. Reacties op de werkloosheid variëren van verlies van zelfvertrouwen en minderwaardigheidsgevoelens, tot fatalisme en gevoelens van eenzaamheid.

Naast de aantoonbare gezondheidsverschillen wijst Ten Dam (Ten Dam, 1997) op het bestaan van verschillen in het omgaan met ziekte en gezondheid en verschillen in het gebruik van voorzieningen. Deze verschillen zijn terug te voeren op culturele verschillen en/of op het ontbreken van de vaardigheden om op de juiste manier de weg te vinden in het voorzieningencircuit. Hulpverleners kunnen in individuele contacten rekening houden met cultuurkenmerken van hun patiënt en in hun begeleiding en behandeling daarop inspelen. In sommige familienetwerken spelen familieleden bijvoorbeeld een rol in de bevordering van therapietrouw. (Paes, 1999)

3.3.2. Gezondheid en achterstandswijken

Gezondheidsverschillen komen geconcentreerd voor in bepaalde bevolkingsgroepen zoals mensen zonder betaald werk, allochtonen, dak- en thuislozen, asielzoekers en drugsgebruikers. Daarnaast heeft men concentraties van gezondheidsachterstand vastgesteld in bepaalde wijken, de zogenaamde achterstandswijken. Sociaal-economisch zwakke wijken hebben bijvoorbeeld een 46% hoger sterftecijfer dan gemiddeld bij de bewoners onder de 65 jaar. Het sterftecijfer wordt waarschijnlijk niet veroorzaakt door de kenmerken van de wijk. Maar het feit dat mensen met een hogere sterftekans bij elkaar wonen in sommige wijken, heeft waarschijnlijk wel te maken met de wijk. In deze wijken komen veel van de in de vorige paragraaf genoemde intermediaire factoren bij elkaar. In onderzoeken naar gezondheidsverschillen en gezondheidsachterstand worden wijken ingedeeld op basis van administratief of geografisch afgebakende delen van een stad: postcodegebieden en wijkindelingen volgens het Centrale Bureau voor Statistiek. Achterstandswijken worden in een RIVM-rapport in 2001 gedefinieerd als wijken, waarvan de bewoners gemiddeld een lage sociaal-economische status hebben. Dit zijn wijken waar relatief veel mensen wonen met een laag inkomen, een

laag opleidingsniveau en/of zonder werk. Men merkt op dat de aangetroffen gezondheidsverschillen overigens niet helemaal verklaarbaar zijn uit individuele sociaaldemografische kenmerken. Het lijkt er op, dat het wonen in een achterstandswijk van een grote stad nog een extra gezondheidsrisico met zich meebrengt. De oorzaken daarvan moeten worden gezocht in de fysieke en sociale omgeving van de wijk. (Van der Lucht en Verkleij, 2001) In navolging van MacIntyre en Ellaway maken zij het onderscheid tussen het compositie- en contextueel effect. Vanuit het compositie-effect bezien is de wijk vooral de vindplaats van gezondheidsachterstanden: door de samenstelling van een wijk blijft de gemiddelde gezondheid van de inwoners achter bij andere wijken. Het contextuele effect wijst erop dat het wonen in een bepaalde wijk ook de oorzaak is van gezondheidsachterstand. Hiervoor onderscheiden zij vijf mogelijke typen oorzaken:

- Fysieke aspecten zoals geluidshinder of luchtverontreiniging;
- Slechte woningkwaliteit of slechte woonomgevingkwaliteit;
- Aanwezigheid en/of kwaliteit van publieke en private voorzieningen;
- Sociaal-culturele aspecten van een buurt; de mate van sociale integratie, criminaliteit, veiligheid en sociale netwerken;
- De reputatie van een buurt: de perceptie van een buurt door de bewoners zelf en buitenstaanders kan een belangrijke invloed hebben op een buurt en het zelfbeeld van bewoners. (Van der Lucht en Verkleij, 2001)

Van der Lucht en Verkleij komen in hun rapport tot de conclusie dat er gezonde achterstandswijken blijken te bestaan. In hun analyses komt naar voren dat er wijken zijn met een sociaal-economische achterstand waarvan de bevolking gemiddeld een goede gezondheids-toestand heeft. Zij relativeren deze bevinding door te wijzen op de verschillende indicatoren die gebruikt worden en het fenomeen van de verschillende perspectieven waarmee naar een wijk gekeken wordt. Op landelijk niveau kunnen wijken tot achterstandswijken gerekend worden, terwijl ze er in een gemeentelijke vergelijking beter uitkomen.

3.3.3. Samenvatting

In de voorgaande paragrafen is uiteengezet, dat in Nederland de laatste jaren veel gegevens beschikbaar zijn gekomen over gezondheidsverschillen. Onderzoeken opgezet vanuit de medische benadering van gezondheid hebben veel inzicht geboden in het vóórkomen van gezondheidsverschillen en hoe deze gerelateerd zijn aan sociaal-economische omstandigheden. Deze gegevens worden op individueel niveau verzameld en naast de cijfers over ziekten en sterfte wordt ook de door mensen zelf ervaren gezondheid hierin meegenomen. De optelsom van alle individuele gegevens zegt iets over de gezondheid van bepaalde groepen of van een land (de volksgezondheid). Gezondheid op wijkniveau vaststellen blijkt lastiger te zijn. Het gaat er om op basis van welke variabelen men tot classificaties van een wijk komt. Aan die classificatie wordt een gezondheidsniveau toegekend. Voor Den Bosch-Oost geldt dat de

wijk door het gebruik van verschillende variabelen de ene keer wel en de andere keer niet als een achterstandswijk wordt geclassificeerd. En dat vanuit steekproeven op basis van een wijk geen statistisch significante uitkomsten te geven zijn zoals beschreven in hoofdstuk 1.

Mensen in achterstandsituaties zijn slecht bereikbaar voor onderzoek. Ten Dam en Engbersen wijzen nadrukkelijk op het probleem, dat mensen met een laag opleidingsniveau en bijvoorbeeld dak- en thuislozen moeilijk bereikbaar zijn voor het invullen van vragenlijsten. (Ten Dam, 1997; Engbersen, 1990) Kikbusch refereert er eveneens aan als ze in het kader van 'health literacy' wijst op de verschillen die tussen mensen bestaan in het omgaan met schriftelijk materiaal. (Kikbusch, 2001) Toch zijn onderzoeken over de gezondheidssituatie en de ervaren gezondheid gebaseerd op schriftelijke vragenlijsten. Voorham beschrijft hoe zij dak- en thuislozen voor haar onderzoek bereikt heeft. De respondenten zijn benaderd via de afdelingen van het Leger des Heils, waarmee zij contact hebben. Zij werden uitgenodigd in groepsverband en kregen via een presentatie met pictogrammen uitleg over de vragen. Het vragenformulier werd ter plekke ingevuld zonedig met ondersteuning van hulpverleners. (Voorham, 2006)

Sociaal-economische gegevens bieden bovendien een beperkt beeld betreffende achterstand. Hortulanus wijst erop dat verschillen in sociaal-economische positie slechts een zeer globaal beeld van achterstand bieden. Hij vindt het belangrijker om te weten of mensen maatschappelijk en in de privé-sfeer perspectief zien in hun leven en over een niet al te beperkt rolrepertoire beschikken. Met andere woorden of ze nog iets te kiezen hebben in hun leven. (Duyvendak en Hortulanus, 1999) In een studie op basis van 3000 interviews naar sociaal isolement in Nederland concludeert Hortulanus:

“Het percentage geïsoleerden dat de gezondheid als onvoldoende beschouwd is viermaal zo groot als bij de sociaal weerbaren. Een slechtere gezondheidsevaluatie gaat substantieel gepaard met sterkere gevoelens van eenzaamheid. Dit geldt ook voor de netwerkomvang, zij het in geringere mate: mensen met kleinere netwerken voelen zich eerder ongezond. Dit heeft vooral te maken met een gering potentieel aan gezelschapssteun van deze kleine netwerken.” (Hortulanus e.a., 2003; pg.309-310)

Het verklaren van gezondheidsverschillen in relatie tot omgevingsfactoren blijkt een complexe materie te zijn. Over fysieke oorzaken in de omgeving, zoals geluidshinder, luchtverontreiniging, huisvesting, arbeid, verkeersdrukke, zijn verbanden aangetoond voor het meer vóórkomen van bepaalde kankers, infectieziekten en verkeersongevallen. (Stronks en Hulshof, 2001) In de 'social capital' en gezondheidsstudies in Engeland komen noties naar voren van relaties tussen sociaal-culturele kenmerken van een buurt en de gezondheid van de bewoners, die er wonen. (Swann en Morgan, 2003) Dit is echter een nog haast onontgonnen terrein. Het onderzoek naar het bestaan van 'social capital' op wijkniveau is complex en bovendien is de relatie gezondheid en 'social capital' complex.

Aan de toegankelijkheid en beschikbaarheid van gezondheidsvoorzieningen in achterstandswijken is aandacht besteed via extra middelen voor huisartsen in deze gebieden. Mackenbach merkt hierover het volgende op:

“Hoewel deze tegemoetkomingen bedoeld zijn om enige compensatie te bieden voor de extra werkbelasting van huisartsen die veel patiënten hebben die in een achterstandssituatie verkeren, staat het totaal beschikbare bedrag niet in verhouding tot deze extra werkbelasting, en is ook de verdeelsleutel niet ontwikkeld op grond van parameters die rechtstreeks aan deze extra werkbelasting zijn ontleend.” (Mackenbach, 2001; pg. 119)

Te concluderen is dat in Nederland de afgelopen decennia veel kennis is ontwikkeld over het vóórkomen en ontstaan van gezondheidsverschillen. Hoe de diverse intermediaire factoren op wijkniveau gezondheid beïnvloeden blijft grotendeels onduidelijk. In een recent Europees onderzoek concludeert Mackenbach onder andere het volgende:

“The persistence of large health inequalities in all countries with available data, including countries with long-standing social, health care and other policies aimed at creating more equality in welfare, underscores the fact that these inequalities must be deeply rooted in the social stratification systems of modern societies. It warns against unrealistic expectations of a substantial reduction in health inequalities within a short period of time.” (Mackenbach, 2005; pg. 39)

Zijn waarschuwing dat sociaal-economische gezondheidsverschillen diep in de samenleving geworteld zijn, maakt de oproep om te werken aan het terugdringen ervan op wijkniveau des te dringender. Hoewel de wijkenmerken de slechtere gezondheid niet altijd veroorzaken, wonen mensen met een slechtere gezondheid bij elkaar in sommige wijken. Dat heeft wel te maken met die wijken, want in deze wijken komen veel van de intermediaire factoren die een slechtere gezondheid met zich mee brengen bij elkaar. Hoe de gezondheidsachterstand op wijkniveau aan te pakken komt in de volgende paragraaf aan de orde.

De benaderingen van gezondheidsachterstand zijn samengevat voor het theoretische kader:

Tabel 3.4 Theoretisch kader, deel c

Gezondheidsverschillen	Individuele gezondheids-achterstand	Gezondheidsachterstand van groepen en wijken	Gezondheidsachterstand op wijkniveau.
------------------------	-------------------------------------	--	---------------------------------------

3.4. De wijkaanpak

In deze paragraaf komt de wijkaanpak aan bod zoals die gestalte krijgt in de eerstelijnszorg en specifiek in gezondheidscentra, vervolgens in de wijkgerichte projecten van de gezondheidsbevordering en ten slotte de wijkaanpak in het sociaal werk. De eerder beschreven gezondheidsbenaderingen en wijkopvattingen worden gerelateerd aan de wijkaanpak in deze drie sectoren.

3.4.1 De wijkaanpak in de eerstelijnszorg

De professionals in de eerstelijnszorg zijn -zoals eerder aangegeven- vooral op de individuele patiënt gericht. In een artikel van het tijdschrift ‘Huisarts en Wetenschap’ vraagt De Bakker

zich af hoe ‘community based’ de huisarts werkt. In een cijfermatige berekening toont hij aan dat mensen voor het merendeel dicht bij hun huisartsenpraktijk wonen (gemiddeld 2,7 kilometer) met voor de hand liggende verschillen tussen stad en platteland en een kortere afstand als het gaat om gezondheidscentra (2,1 kilometer). De verklaring die hij voor het laatste geeft is de centrale ligging van gezondheidscentra en een beleid dat gericht is op werken voor de wijk. Naar aanleiding van deze cijfers trekt hij de volgende conclusie:

“Deze cijfers bevestigen het beeld van een kleinschalige, op korte afstand bereikbare huisartsenpraktijk. Maar is dat hetzelfde als buurtgericht werken? Je zou kunnen zeggen dat er sprake is van buurtgericht werken als een huisartsenpraktijk zich in grote mate richt op de inwoners van een bepaalde buurt en ook de inwoners van een bepaalde buurt zich in belangrijke mate richten op één aanspreekbare huisartsenvoorziening in de praktijk.” (De Bakker, 2006; pg. 293)

Dit laatste aspect blijkt wel zo op het platteland te zijn, maar minder in de stad. De cijfers wijzen uit dat in sterk verstedelijkte gebieden een huisarts 31% van zijn patiënten binnen het postcodegebied van het praktijkadres heeft en dat gemiddeld 11% van de inwoners van dat postcodegebied bij de praktijk is ingeschreven.⁹ Hij legt cijfermatig onderbouwd een vinger op een knelpunt voor wijkgericht werken in de eerstelijnszorg, te weten de spreiding van patiënten over een groter gebied. Hiermee wordt aan een belangrijke conditie voor wijkgericht werken niet voldaan. Zijn conclusie om buurtgericht werken alleen gelijk te stellen aan een afstandsmaat en alleen uitgaand van de huisartsen deel ik echter niet. Er is inhoudelijk meer te zeggen over wijkgericht werken in de eerstelijnszorg; hierop wordt in deel II en III teruggekomen.

Het NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) voert in 1996 een onderzoek uit naar de ‘kwaliteitskenmerken en de productiecijfers’ van huisartsen. In het onderzoeksverslag wordt geconcludeerd dat gezondheidscentra een meerwaarde hebben ten opzichte van de mono-disciplinaire samenwerking tussen huisartsen. Gezondheidscentra voldoen in hoge mate aan kwaliteitskenmerken van systematische samenwerking, goede service en organisatie. (Ross e.a., 1998) Ook blijkt uit vergelijkende cijfers dat huisartsen in gezondheidscentra minder verwijzen dan huisartsen buiten deze centra. Hierdoor worden besparingen in de kosten van de gezondheidszorg gerealiseerd. (Ziekenfondsraad, 1997) In een volgend onderzoek van het NIVEL naar 127 duurzame regionale samenwerkingsverbanden in de zorg (huisartsen, gezondheidscentra, GGZ, Thuiszorg) komt naar voren dat de schaalgrootte voor de samenwerking varieert van wijkniveau tot het niveau van een regio met 300.000 inwoners. Men stelt dat de ideale schaalgrootte voor samenwerking vanuit organisatorisch en financieel gezichtspunt een gebied is waarin groepen huisartsen c.q. gezondheidscentra afspraken maken met een thuiszorginstelling, een GGZ-instelling en een ziekenhuis.

⁹ Bij de huisartsen van gezondheidscentrum Samen Beter zijn deze percentages (afgerond) respectievelijk 50% en 30%.

Over het wijkniveau wordt opgemerkt dat samenwerking op deze schaal nuttig is om de uitvoerende zorg af te stemmen op de specifieke behoefte van de wijkpopulatie. (Hackenitz e.a., 1999). Een smalle invulling voor wijkgericht werken, maar wel te beschouwen als een van de kenmerken voor wijkgericht gezondheidswerk.

In de afronding van het landelijke Diaboloproject in 2005, waarin gedurende een aantal jaren gewerkt is aan samenhangende GGZ-programma's verscheen een samenwerkings- en kwaliteitsmodel voor multidisciplinaire samenwerking. Boer werkt in zijn model de samenwerkingsindicatoren 'vorm, proces en inhoud' uit afgezet op kwaliteitsindicatoren op facilitair, communicatief, prestatie en innovatie niveau. Over terugval in de samenwerking zegt hij:

"Samenwerkingsverbanden ontstaan vaak op informele basis, doordat hulpverleners elkaar kennen. Men start het proces zonder een duidelijke doelstelling. De inhoud vormt veelal het aangrijpingspunt. Op zich is dat geen probleem, ware het niet dat bijvoorbeeld de praktijk van gezondheidscentra in de afgelopen decennia bewezen heeft dat bij onvoldoende aandacht voor de vorm en het proces na verloop van tijd deze goedwillende samenwerking inzakt." (Boer, 2005; pg. 20)

Hij waarschuwt voor de devaluatie van de samenwerking tot een verzamelgebouw van hulpverleners. Hij schetst eveneens het scenario wanneer vanuit de vorm gestart wordt op basis van financiële prikkels van zorgverzekeraars met een mooi gebouw alleen om elkaar te ontmoeten tijdens de koffiepauze. Een ander scenario is een goed lopend samenwerkingsverband, waar het nieuwe vanaf gaat en de beroepskrachten zich laten leiden door de waan van de dag en de vanzelfsprekende samenwerkingsroutines kwijt raken. Hij pleit ervoor om blijvend aandacht te hebben voor het proces van samenwerking. Ook dit is een aandachtspunt voor het wijkgezondheidswerk.

Plochg neemt eveneens de geïntegreerde zorg als onderwerp van zijn studie, maar maakt hierbij een koppeling naar gemeenschapsgerichte zorg. Hij definieert in zijn studie 'community based' als volgt:

"Community based care features a health system, which is based upon and driven by community health needs. Moreover, it is tailored to the health beliefs, preferences and societal values of that community and assures a certain level of 'community participation.'" (Plochg, 2006; pg. 34)

Hij komt tot de conclusie dat 'community based integrated care' een strategie is voor een gezamenlijke doeloriëntatie van de verschillende actoren in de gezondheidszorg, die kan leiden tot een kwalitatieve verbetering van de zorg. Hij komt tevens tot de conclusie dat een op de vragen van de bevolking gericht samenhangend zorgaanbod niet gerealiseerd kan worden door een zelfregulerend netwerk van concurrerende zorgaanbieders. Hij pleit voor een continue dialoog tussen de partijen om elkaars drijfveren en (on)mogelijkheden te leren kennen. Hij werkt de continue dialoog uit naar de zorgaanbieders, beleidsmakers en financiers en niet naar de inwoners van de 'community.' De continue dialoog tussen de zorgaanbieders, beleidsmakers en financiers zoals Plochg bepleit is een voorwaarde voor geïntegreerde zorg; zonder een continue dialoog met de inwoners is er echter geen 'community based care' naar

mijn mening. Een volgend kenmerk voor het wijkgericht werken is de continue dialoog tussen alle partijen inclusief de bewoners.

De wijkaanpak en het leren kennen van een wijk is een punt van aandacht in het gezondheidscentrum Botermarkt te Gent en bij gezondheidscentrum Venserpolder te Amsterdam. Het gezondheidscentrum in een achterstandswijk te Gent heeft methodes ontwikkeld hoe een wijk te leren kennen en hoe de dialoog met bewoners gestructureerd vorm te geven. Zij gebruiken het COPC-model (Community Oriented Primary Care model) dat ontwikkeld is in de Verenigde Staten en gebruikt kan worden voor een systematische interventie in een wijk. Om succesvolle interventies te kunnen ontwikkelen is het nodig om de populatie goed te kennen. Zij refereren hierbij aan Weingarten, die de volgende indeling maakt:

- Epidemiological Community: gezondheidskenmerken;
 - Anthropological Community: kenmerken en opvattingen van de verschillende groepen;
 - Support Community: ondersteunende netwerken van professionele en informele zorg.
- (Wijkgezondheidscentrum Botermarkt, 1998)

De eerstelijns gezondheidswerkers sporen de gegevens op via signalen uit de praktijk, maken secundaire analyses van bestaande gegevensbestanden van gemeenten en GGD en eigen kwalitatieve en kwantitatieve gegevensverzameling via interviews, enquêtes en registraties. Bij de ontwikkeling van interventieprogramma's op basis van deze gegevens is het bereiken en betrekken van de doelgroep een belangrijk element. In de uitvoering passen zij de 'geïntegreerde basisschakel' methodiek toe zoals ontwikkeld in de armoedebestrijding. (Hellinckx e.a., 1991 en 1992) Met deze instrumenten werkt het gezondheidscentrum aan een geïntegreerde aanpak op wijkniveau, aan verbetering van toegankelijkheid van de zorg en aan een emanciperende zorg die aansluit bij waarden, normen, mogelijkheden en beperkingen van de doelgroep.

Gezondheidscentrum Venserpolder is een gezondheidscentrum in een achterstandswijk van Amsterdam Zuidoost. In 2003 is men van start gegaan met een nieuw concept binnen het gezondheidscentrum voor patiënten die kampen met overgewicht, diabetes, hart- en vaatziekten, spanningen en moeheid. Het programma dat ontwikkeld is heet 'Big!Move' en probeert mensen in een groep aan het bewegen te krijgen op een manier, waar ze plezier in hebben. Ten grondslag aan het project ligt de opvatting dat de huisarts en andere hulpverleners te vaak uitgaan van ziekte en risicofactoren in plaats van de gezondheid en groei van de deelnemers. Pijlers zijn plezier, groei in autonomie, interactie en continuïteit. Gezondheidscentrum Venserpolder ontwikkelt zich hiermee tot een GG/ZZ centrum (gezond gedrag/ziekte en zorg). De GG-kant van de organisatie gaat uit van de gezondheidstoestand van de mens. De ZZ-kant van de organisatie biedt de ziekenzorg zoals bekend in de eerste lijn. Voor de GG-kant werkt men samen met andere instellingen en organisaties in de wijk. (Overgoor, 2003; De Feijter, 2005) Zij pleiten voor een lokaal communicatiesysteem dat intensieve communicatie over en weer tussen alle hulpverleners inclusief de deelnemers mogelijk maakt. (Duiveman, 2006)

In een eerder onderzoek gedaan naar de positie en rol van gezondheidscentra in achterstandswijken kwam een hier nog niet genoemd criterium aan bod te weten de herkenbaarheid van de voorziening:

“Kenmerkend voor de gezondheidscentra in achterstandswijken is de nabijheid, de zichtbare aanwezigheid van een ruimtelijk oriëntatiepunt voor de patiënten en wijkbewoners. [...] De fysieke aanwezigheid en herkenbaarheid van een wijkgebouw bewerkstelligt toegankelijkheid van de zorg in een achterstandswijk.” (Paes, 1999; pg.84)

In de eerstelijnszorg bestaat weinig theorievorming over wijkgericht werken. Uit de voorgaande bij elkaar gesprokkelde voorbeelden zijn de volgende kenmerken gedestilleerd:

- het kennen van de wijk en de populatie door meerdere manieren van gegevensverzameling;
- een geïntegreerde aanpak op wijkniveau, verbetering van toegankelijkheid van de zorg en een emanciperende zorg die aansluit bij waarden, normen, mogelijkheden en beperkingen van de doelgroep;
- het afstemmen van de uitvoerende zorg op de specifieke behoeften van de wijkpopulatie;
- de continue dialoog tussen alle partijen inclusief de bewoners;
- het betrekken van de bevolking via geïntegreerde, bij de doelgroep aansluitende en emanciperende activiteiten, waar ze plezier aan beleven;
- aandacht voor het proces van samenwerking, niet alleen voor de vorm en de inhoud;
- duurzame zorg en aandacht voor de zieke kant van patiënten én ondersteuning en versterking van de gezonde kant via gezondheidsbevordering;
- een fysieke, goed herkenbare en gemakkelijk toegankelijke plek in de wijk.

3.4.2. De wijkaanpak in de gezondheidsbevordering

Gezondheidsbevordering is het terrein van de GGDen die een traditie hebben om te werken met planmatig opgezette kortdurende projecten, met statistische gegevens als basis en meetbare beoogde effecten. In het wijkgericht werken aan het terugdringen van gezondheidsverschillen blijkt dit lastig te zijn. Men is nog op zoek naar een onderzoeksmethode die de kloof overbruggt tussen ‘community based interventions’ en ‘epidemiological standards of evaluation research’. (GGD Rotterdam, 1997) In een publicatie van het Netwerk Gezonde Steden over wijkgericht werken aan de vermindering van gezondheidsverschillen, stellen Goumans en Koornstra dat bestaande onderzoeks- en evaluatietechnieken onvoldoende tegemoet komen aan de complexiteit van wijkgericht werken. De directe gezondheidseffecten zijn niet meetbaar althans niet op korte termijn. Zij achten de volgende evaluatiedoelen wel haalbaar:

- Input evaluatie
 - Wat hebben we gedaan en wat wilden we bereiken?
 - Wat hebben we er in gestopt (tijd, mankracht, middelen)?

- Throughput evaluatie
 - Wat is er gebeurd?
 - Wie deed mee en waarom?
- Output evaluatie
 - Wat zijn de directe (korte termijn) producten?
 - Hoe worden proces en producten gewaardeerd door betrokkenen?
- Outcome evaluatie
 - Hoe relateert de output aan vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen?
 - Welk effect is te verwachten en welk effect is beoogd? (Goumans en Koornstra, 1998)

De GGDen vinden het van belang dat in de wijkgerichte aanpak zowel bewoners, professionals als wetenschappers een rol kunnen spelen in het evaluatieproces. Een belangrijk resultaat van wijkgericht werken, vinden zij, is dat al doende een gedeelde basis voor samenwerking tussen wijkbewoners, gemeente en organisaties wordt gecreëerd met duurzame resultaten. Toch blijft het moeilijk om dit in de praktijk te brengen. Dit standpunt is helder verwoord in een tweetal artikelen naar aanleiding van een eerder genoemd project in Rotterdam. De auteurs komen tot de conclusie dat wijkgericht werken betekent:

“Werken aan en met complexe processen die een eigen dynamiek en tempo hebben. Het is een conglomeraat van interventies zoals netwerkontwikkeling, educatieve activiteiten, lokale publiciteit, discussiegroepen, trainingen en scholingen. Het startmoment is enigszins arbitrair omdat er nooit een duidelijk nulmoment is. Wijkgericht werken aan gezondheidsbevordering als vertaling van community interventions moet niet naar de letter van de methode worden opgevat. Binnen de deelgemeenten moet worden gezocht naar die verbanden waarin de meeste sociale relaties vorm krijgen.” (Voorham e.a., 2002; pg.435)

Hiermee geven zij aan dat naast de statistische gegevens meer informatie nodig is over de wijze waarop bewoners hun wijklevens organiseren, met wie zij in verbinding staan. De auteurs stellen:

“In de meeste gevallen zal dat niet de wijk zijn, maar alle andere vormen van zelforganisatie op etnische of religieuze basis die veelal wijkoverstijgend zijn. Als strategie zou het getypeerd kunnen worden als een doelgroepspecifieke, deelgemeentelijke benadering.” (Voorham e.a., 2002; pg.435)

Het is de vraag of deze strategie niet opnieuw op grenzen stuit indien men vasthoudt aan dezelfde opzet van een planmatig ingezette verandering. Deze aanpak zal evenmin passen bij de complexe processen in een community gebaseerd op etnische of religieuze benadering. De Haes en Vaandrager concluderen dat projecten vooral kans van slagen hebben indien ze in een brede context worden ingebed, niet te beperkt gericht op gezond gedrag zijn, maar ook op veranderingen in de woon- en leefomgeving. Tevens zijn kleinschalige en nabije werkvormen nodig om invulling te geven aan empowerment alsook samenwerking met intermediaire personen om bepaalde groepen in de wijken te bereiken. Bij alle elementen geven ze aan dat het lange termijn inzet vraagt. (De Haes en Vaandrager, 2001)

De Goeij en Van Kasteren gaan nog een stap verder. Zij zeggen dat het vaste werkmodel van planning in een groot aantal situaties losgelaten moet worden en dat er meer ruimte en tijd genomen moet worden om aan te sluiten bij wat mensen ervaren en beleven. Durven om samen met groepen bewoners een proces aan te gaan van collectief leren, niet werken vanachter de teken- of studeertafel. (De Goeij en Van Kasteren, 2001) Zij refereren bij deze aanpak aan de chaostheorie, die aansluit bij hedendaagse theorieën over het boeken van resultaten in complexe omgevingen. Relaties in een complex systeem zijn flexibel en niet hiërarchisch. De interacties zijn noch simpel, noch voorspelbaar. Chaos is een manier om het gedrag van systemen te beschrijven die schijnbaar willekeurig zijn, maar feitelijk consistent als je er op de juiste manier naar kijkt. Belangrijk in deze aanpak is het starten van een proces en het vinden van de juiste verleidingen. (Burton, 2002)

Niet alleen in Nederland zoekt de gezondheidsbevordering naar een betere invulling van de wijkgerichte aanpak. In internationale literatuur over 'social capital and health' en 'health promotion at the community level' wordt eveneens de nadruk gelegd op de duurzaamheid bij de wijkaanpak en de samenwerking met de gezondheidszorg en het sociaal werk. (Saan en De Haes, 2005)

Hoe denkt het sociaal werk over 'community development practise', over het kennen van een wijk en de mogelijkheden en grenzen van de wijkaanpak? Hierover gaat de volgende paragraaf.

3.4.3. De wijkaanpak in het sociaal werk

De huidige aandacht voor de wijkaanpak wordt door het sociaal werk en vooral het opbouwwerk met enige reserve begroet. Het vaktijdschrift MO-Samenlevingsopbouw waarschuwt voor de al te enthousiaste bestuurders, die denken blijvende oplossingen te kunnen vinden voor de hardnekkige sociale problemen door een invasie van tal van voorzieningen en professionals in de wijken te organiseren. (LCO, 1997) Duyvendak plaats in zijn bijdrage aan de discussie over het wijkgerichte werken enkele kanttekeningen. Hij pleit er voor om steeds goed te kijken naar de verhouding tussen plek en probleem. Waarom cumuleren problemen in bepaalde wijken? Waarom wonen mensen met veel problemen in een paar wijken bij elkaar? Is de wijk de oorzaak van de problemen? Hij vraagt zich af of de huidige keuze voor de wijkaanpak niet te maken heeft met de onkunde om te gaan met de grote verschillen tussen groepen in de samenleving. (Duyvendak, 1993) Oplossingen liggen niet alleen in de wijk. Een wijkaanpak mag niet ten koste gaan van aandacht voor de verschillen binnen de wijk. Werken aan een verbetering van problemen in een wijk, werken aan versterking van onderlinge contacten om schakels naar de samenleving te herstellen zijn slechts onderdeel van de aanpak van achterstandsproblematiek. Duyvendak schetst de contouren van een gedifferentieerde aanpak. Wijkgericht werken om mensen te bereiken en contacten te herstellen. De wijk is een instrument om een basis te leggen voor de opbouw van een bestaan voor gemarginaliseer-

den. Naar zijn mening zijn wijkoverstijgende strategieën nodig voor de aanpak van armoede, werkloosheid, belangenbehartiging en verbetering van volkshuisvesting. Duyvendak wijst op de talloze overleggen op wijkniveau, waarbij de inzet van de deelnemers nogal eens uiteen loopt. De een wil meer klantvriendelijkheid, de ander hamert op democratisering, de derde op probleempreventie en de vierde op nieuwe bondgenoten in de gezamenlijke aanpak van problemen. Men dient zich volgens hem de vraag te stellen wat men eigenlijk bedoelt met wijkgericht werken. (Duyvendak en Veldboer, 2001, pg. 16)

Lange tijd was gezondheid niet in beeld bij het sociaal werk; welzijnswerk, gezondheidsbevordering en gezondheidszorg waren gescheiden beleidsterreinen met gescheiden geldstromen. Eind jaren negentig start het 'Heel de buurt'-project, waarin gezondheid wel nadrukkelijk wordt opgenomen. Het is een door het ministerie van VWS landelijk gefinancierd project, dat in wijken van 8 steden wordt uitgevoerd. Centraal in dit project staat hoe bewoners een plek te geven in en voor de buurt. In het project wordt gesteld dat relaties tussen actoren zich kunnen ontwikkelen tot vermogen, tot 'kapitaal' als de formele en informele infrastructuur bij elkaar betrokken raken. Het gaat hierbij om de interacties tussen bewoners, tussen bewoners en lokale instituties evenals om de netwerken tussen buurtkaders en externe actoren en instituties. Enerzijds gaat het om 'bonding' (binden), anderzijds om 'bridging' (verbinden), begrippen die voortkomen uit de 'social capital' theorieën. Sterke banden in groepen en tussen groepsleden (bijvoorbeeld jongerengroepen of etnische groepen) bieden vertrouwen en vertrouwdheid: het kennen van de codes, het hebben van een zekere gedeelde geschiedenis. Deze banden bestaan ook in een buurt. Buurtbewoners weten wat ze van en in hun buurt kunnen verwachten; er is een bepaalde voorspelbaarheid van gedrag. Op basis van deze banden kunnen mensen en buurten stappen zetten naar nieuwe verbindingen. Verbindingen tussen verschillende groepen, tussen bewoners van verschillende buurten, tussen verschillende sociale klassen, tussen bewoners en instituties. Verbindingen zijn minder sterk dan banden, maar bieden de mogelijkheid tot het aangaan van nieuwe contacten en het versterken en verbeteren van posities. Essentieel is om naast de institutionele infrastructuur de processen in buurten en wijk te kennen: processen, waarin nieuwe netwerken, nieuwe probleemdefinities en nieuwe oplossingsrichtingen ontstaan en weer verdwijnen: een organische sociale infrastructuur. (Raspe en Foolen, 2003) Het is echter de vraag of de hier voorgestane verbindingen via instituties verlopen of via de mensen werkzaam in die instituties. Daar wordt weinig aandacht aan besteed.

De kennis vanuit het sociaal werk over wijkgericht werken is als volgt samen te vatten:

- *Geografische grenzen*

Voor het werken aan bepaalde problemen bieden de grenzen van een wijk een kader voor de inzet van middelen ter realisering van een complex doel. De wijk is het beginpunt van waaruit men kan samenwerken in grotere verbanden. In een wijk zijn meerdere buurten.

- *Functies*

In een wijk vinden activiteiten plaats: wijkbewoners en niet-wijkbewoners zijn betrokken bij

het leveren en gebruiken van diensten, producten en voorzieningen voor het leven van alle dag (winkels, scholen, zorginstellingen, buurthuizen, bedrijven). Bij het gebruik maken van deze voorzieningen zijn er toevallige ontmoetingen tussen wijkbewoners, die een bepaalde mate van vertrouwdheid met zich meebrengen. Door deze activiteiten ontstaat sociaal weefsel in de wijk.

- *Informele netwerken en verbanden*

Kerngezinnen, uitgebreide familieverbanden (traditionele en nieuwe 'samengestelde' gezinnen en families), vrienden, burens en informele zelfhulpnetwerken vormen belangrijke peilers in het leven van alledag van een wijk (bonding). Zij zijn een bron voor het organisch ontstaan van nieuwe netwerken en activiteiten.

- *Instellingen en organisaties*

De wijk biedt toegang tot instellingen en organisaties, die wat betreft onderwijs, werk, recreatie, zorg en dienstverlening op verschillende schaalgroottes opereren. Deze organisatiestructuren voorzien in verbindingen tussen wijken en de bredere samenleving. In hoeverre deze instellingen en organisaties toegankelijk zijn voor alle bewoners en specifiek voor bewoners met een slechte gezondheid behoeft speciaal aandacht. Bewoners gaan geen verbinding aan met een institutie, maar met de personen die werkzaam zijn binnen de instituties. Deze verbinding is voor kwetsbare mensen een opstap om in verbinding (bridging) te treden met instituties, organisaties en de brede samenleving. Voor wijkgericht werken van instellingen en organisaties is van belang dat zij kiezen voor een bepaald gebied.

- *Identificatie met de wijk*

Inwoners kunnen zich identificeren met een wijk. Belangrijke gegevens hierbij zijn: de historie van een wijk, herkenbaarheid en aanwezigheid van formele en informele netwerken. Er zijn tegelijkertijd conflicterende en verbindende factoren in een wijk. Wijken hebben een bepaalde reputatie. Ze zijn beladen met een collectief gevormde betekenis, die in de tijd wordt overgedragen en niet zomaar ingewisseld kan worden voor een nieuwe werkelijkheid. Deze wijkprocessen zijn niet van buitenaf op te leggen.

Bovenstaande kenmerken hebben betekenis op twee niveaus: het structureel organisatorische en het relationele niveau. Op het ene niveau is de wijk te beschouwen als een plek waar organisaties, instellingen en voorzieningen opereren. Op het andere niveau zijn er in de wijk gemeenschappen van individuen en groepen, die relaties hebben met elkaar. Een wijkgerichte werkwijze grijpt in op beide niveaus.

In de wijkaanpak van het welzijns- en opbouwwerk is de gerichtheid op gezondheid onderdeel van de 'bredere context van de sociale omgeving'. De sociale omgevingsbenadering van gezondheid is het uitgangspunt en de wijk wordt benaderd als een community. Er is weinig traditie in onderzoek dat effecten meet. In een review van wijkprojecten uitgevoerd door het Verwey-Jonker Instituut in 2003 blijken er vooral beschrijvende onderzoeken van wijkprojecten te zijn en geen onderzoeken, die de effecten over enkele jaren bekijken. De schrijvers waarschuwen ervoor dat indien de effecten niet aangetoond gaan worden, de wijkaanpak geen lang leven be-

schoren zal zijn in *'de huidige afrekencultuur'*. Zij pleiten voor goed onderbouwde onderzoeken die veranderingen op wijkniveau in de loop van de tijd aantonen of onderzoeken die vergelijkingen tussen wijken bevatten. Zij geven hiervan voorbeelden zoals onderzoek naar versterking van sociale relaties en cohesie op basis van cohesie/participatieladders, relatieonderzoeken en onderzoek naar vergroting van zelfwerkzaamheid door het meten van de mate van participatie en trendmatig onderzoek. Zij merken hierbij het volgende op:

“Aan betere onderzoeken heb je echter niet zoveel als de ontwikkelde kennis niet gaat functioneren in de praktijk. Dit vergt om te beginnen een dialoog tussen praktijkmensen en onderzoekers.” (De Boer en Peltenburg, 2003)

Hoewel er een verschil in traditie wat betreft onderzoek bestaat, komen het sociaal werk en de gezondheidsbevordering tot dezelfde conclusie. Saan en De Haes houden in hun boek *'Gezond effect bevorderen'* een pleidooi voor participatief onderzoek:

“Omdat de directe betrokkenheid van alle actoren bij gezondheid uitgangspunt is, ligt het voor de hand om extra veel aandacht te besteden aan participatieonderzoek, vooral waar het gaat om community-projecten [...] Participatief onderzoek is belangrijk, omdat het de mensen helpt: het is een vorm van empowerment, omdat het betrokkenen helpt te leren door en van het onderzoeken. De kwaliteit van het onderzoek neemt toe omdat de vraagstelling dicht bij de behoeften ligt, het gebruik maakt van een breed scala van bronnen, en het de relevantie en het gebruik van de onderzoeksresultaten vergroot.” (Saan en De Haes, 2005; pg. 195-196)

Ook zij pleiten voor een dialoog tussen onderzoekers en praktijkmensen.

De specifieke vormgeving van de wijkaanpak in de verschillende sectoren wordt aan het theoretische kader toegevoegd:

Tabel 3.5 Theoretisch kader, deel d

Wijkaanpak	Toegankelijke basisvoorziening	Planmatige projectaanpak	Organisch groeimodel
------------	--------------------------------	--------------------------	----------------------

3.4.4. De wijkaanpak en empowerment

In de eerder aangehaalde reviews over gezondheidsbevordering en wijkaanpak is herhaaldelijk empowerment genoemd. Omdat het concept empowerment in Den Bosch-Oost via Steenbrink al in 1992 zijn intrede deed en in de kennisontwikkeling in de wijk een rol is gaan spelen, wordt hier apart aandacht aan besteed. (Steenbrink, 1992) Steenbrink ziet empowerment als een leerproces, een vormingsproces van mensen dat tot doel heeft de zelfsturende vermogens van het subject (de mens) te versterken en te vergroten. Om de zelfbeschikking over de alledaagse bestaansvoorwaarden (opnieuw) tot stand te brengen. In een proces op lange termijn wordt afscheid genomen van de machteloosheid en vindt een heroriëntatie plaats van het eigen zelfbeeld in relatie tot macht. Steenbrink volgt Kieffer en onderscheidt vier fasen: 'era of entry': de start van het proces wordt door een persoonlijke en pijnlijke ervaring in gang gezet; 'era of advancement': vooruitgang door herkenning en steun van lotgenoten om nieuwe inzichten en vaardigheden op te doen; 'era of incorporation': rijping van het nieuwe zelfbeeld, integratie van de nieuwe inzichten en vaardigheden; 'era of commitment': maatschappelijke inzet van de nieuwe kwaliteiten. (Kieffer, 1984) In deel III wordt in een casus deze aanpak toegepast.

Empowerment is een begrip dat in de gezondheidsbevordering en in de vrouwenhulpverlening opgepakt wordt. In een studie naar feministische hulpverlening en humanistisch raadswerk onderzoekt Jacobs empowerment vanuit de centrale waarden van drie stromingen in de feministische hulpverlening: autonomie in de politieke stroming (het gelijkheidsfeminisme), connectie of relatie in de cultuurkritische stroming (het verschilfeminisme) en diversiteit in de postmoderne stroming (het differentiefeminisme). De laatste stroming kenmerkt zich door de paradox dat taal en lichaam aangrijpingspunten van onderdrukking zijn én van kracht en verzet. Empowerment is volgens Jacobs een geschikt denk- en handelingskader in de hulpverlening aan uiteenlopende groepen vrouwen en mannen. (Jacobs, 2001) Saan en De Haes werken empowerment in de drie dimensies persoonlijk, interpersoonlijk/collectief en maatschappelijk/politiek uit in een schema. (zie tabel 3.6)

De uitleg van Steenbrink is op het individu gericht maar geeft in de vier onderscheiden fasen een plek aan de maatschappelijke omgeving. Jacobs kiest een route die vooral leidt tot een proces dat zich afspeelt in de hulpverleningsrelatie. Duyvendak wijst op een ander aspect van empowerment en legt daarmee de relatie naar sociale cohesie. Hij vindt empowerment interessant omdat het een ruimer begrip is dan de Nederlandse termen zelfbeschikking of zelfredzaamheid. Empowerment geeft aan de ene kant aan dat je macht bij mensen zelf legt, maar tegelijkertijd dat mensen daarbij geholpen moeten worden. Volgens Duyvendak overheerste jarenlang in het beleid een radicaal liberale opvatting over autonomie: dat je zo los mogelijk moet staan van sociale verbanden. Hij benadrukt dat je juist dankzij sociale verbanden sterk kan worden. (Duyvendak, 1997)

Tabel 3.6 Niveaus van empowerment (Saan en De Haes, 2005)

Dimensies Kernbegrippen	Persoonlijk	Interpersoonlijk/collectief	Maatschappelijk/politiek
Kennis/inzicht	Zelfinzicht, zelfkennis Inclusief bewustzijn van verinnerlijkte maatschappelijke beelden en opvattingen	Collectieve kennis en inzicht Delen van verhalen; 'eigen stem' ontwikkelen als groep	Politiek inzicht Inzicht in maatschappelijke besluitvormingsprocessen; inzicht in de werking van culturele beelden, waarden en normen
Zeggenschap/autonomie	Persoonlijk effectief handelen (Gevoel van) controle en zeggenschap over eigen leven	Collectief en responsief handelen Verantwoordelijk en betrokken handelen samen met anderen	Politiek handelen Participatie in maatschappelijke besluitvormingsprocessen; invloed op culturele beelden, waarden en normen
Erkenning	Zelferkenning Gevoel van eigenwaarde, zelfvertrouwen en zelfrespect	Erkenning door anderen Zich gezien weten	Maatschappelijke erkenning Wetgeving die sociale uitsluiting en discriminatie tegengaat; volwaardig burgerschap en recht op verschil

Aan het theoretisch kader worden deze dimensies van empowerment toegevoegd:

Empowerment	Zelfinzicht, persoonlijk effectief handelen en zelferkenning	Collectieve kennis, collectief responsief handelen en erkenning door anderen	Politiek inzicht en handelen en maatschappelijke erkenning
-------------	--	--	--

3.5. Samenvatting

Iedere benadering van het begrip gezondheid werpt een licht op bepaalde aspecten en laat andere onderbelicht. Het begrip 'gezondheid' gaat in de maatschappelijk dominante medische benadering om het individu en staat voornamelijk in relatie tot pathologie; tot gebrek, tot beschadiging, tot overbelasting. De focus ligt op de behandelbaarheid door professionals. Refererend aan de definitie van de WHO blijft 'social well-being' onderbelicht en beschouwt men gezondheid vooral als het ontbreken van ziekten en gebreken. De leefstijlbenadering legt de focus op wat mensen zelf kunnen doen en leren om gezond te blijven. Hoewel er in de loop der jaren meer aandacht komt voor verschillen tussen mensen en voor de beïnvloeding van de omgeving van de persoon blijft het ijkpunt op welke manier mensen zelf vorm geven aan hun gezondheid. De sociale omgevingsbenadering legt de focus op het totale systeem waarin een mens zich beweegt en beschouwt gezondheid als positieve kracht in het in beweging houden van het systeem. Gezondheid is een relatief begrip in relatie tot andere krachten en krijgt vorm in de relaties tussen mensen en hun omgeving. In deze benadering komt de klassieke WHO-definitie het meest tot zijn recht. De ethische benadering van gezondheid is in alle drie de benaderingswijzen terug te zien, maar legt verschillende accenten. Sommige ethici benadrukken de rechten en autonomie van het individu en verzetten zich tegen alle vormen van moraliserende inperking van de individuele vrijheid en persoonlijke ontplooiing. Anderen exploreren rechtvaardigheid, solidariteit, gelijkwaardigheid en de betekenis van de zorgrelaties voor de samenleving.

In sociaal-economisch zwakke wijken wonen mensen met een slechtere gezondheid dan gemiddeld. Dit is door onderzoek aangetoond. De gezondheid op wijkniveau vast stellen blijkt lastiger te zijn. Het gaat er om op basis van welke variabelen men tot classificaties van een wijk komt. Aan deze classificatie wordt een gezondheidsniveau toegekend. Het verklaren van gezondheidsverschillen in relatie tot omgevingsfactoren blijkt een complexe materie te zijn. Over fysieke oorzaken in de omgeving, zoals geluidshinder, luchtverontreiniging, huisvesting, arbeid, verkeersdrukte, zijn verbanden aangetoond voor het meer vóórkomen van bepaalde kankers, infectieziekten en verkeersongevallen. (Stronks en Hulshof, 2001) In de 'social capital en gezondheid' studies in Engeland komen noties naar voren van relaties tussen sociaal-culturele kenmerken van een buurt en de gezondheid van de bewoners, die er wonen. (Swann en Morgan, 2003) Dit is echter een nog haast onontgonnen terrein.

Vanuit verschillende sectoren wordt gewerkt aan het terugdringen van gezondheidsverschillen. In sociaal-economisch zwakke wijken zijn mensen vaak georiënteerd op hun wijk. Noodgedwongen of vanuit het feit dat ze zich er thuis voelen. De wijk kan voorzien in een bepaalde mate van identificatie voor inwoners en als werkterrein voor instellingen en voorzieningen fungeren. In de wijkaanpak vanuit de eerstelijns gezondheidszorg staat de medische benadering voorop; ook de economische en ethische kijk is terug te vinden. Kiezen voor de wijkaanpak heeft voornamelijk te maken met de noodzaak om een antwoord te hebben op de com-

plexe problemen die zich aandienen in de praktijken van de hulpverleners. Men hoeft niet naar deze problemen op zoek te gaan; die komen in de spreekkamers van de hulpverleners naar voren in de contacten met patiënten. In de uitvoering van de wijkaanpak bij de eerstelijnszorg ligt de nadruk op de 'organisatorische wijk'; men is vooral bezig met het inrichten van structuren; hierbij kiest men vanuit een economisch perspectief voor grote gebieden: grote wijken, stadsdelen of regio's. De laatste jaren baseert men zich vanuit een economische oriëntatie meer en meer op gegevens die men heeft vanuit de eigen praktijkvoeringen of vanuit de op geografische gronden beschikbare data. De zorg wordt vraaggericht georganiseerd met oog voor de rechten en autonomie van de individuele patiënt zoals vastgelegd in de wetgeving. Samenwerkingsverbanden en gezondheidscentra in achterstandswijken zijn in hun aanpak gericht op de kleinere schaal van de wijk en verbinden de 'organisatorische wijk' met de 'wijk als community'. Zij zoeken aansluiting bij de gezondheidsbevordering en het sociaal werk.

In de wijkaanpak vanuit gezondheidsbevordering staat de leefstijlbenadering centraal. Sinds de aandacht verschoven is naar het terugdringen van gezondheidsverschillen gebruikt men meer de wijkaanpak. Opvallend is de aandacht voor de planmatige opzet van projecten, de gerichtheid op het aantonen van effecten en de vele aandacht voor onderzoeksmethoden. Dit is een benadering die past bij de geografische wijk (gebaseerd op de beschikbare gegevens), maar met de intenties die passen bij een organisatorische wijk (intersectorale samenwerking) en de wijk als community (participatie en empowerment). De teleurstellingen over de uitkomst van de inzet zijn groot in deze sector. Recentelijk is een verschuiving van deze planmatige opzet voor kortdurende, beperkte en meetbare projecten te zien naar langer durende programma's en oriënteert men zich op de chaostheorie. Met de stap naar de chaostheorie maakt men zich los van de gestructureerde planmatige aanpak in de gezondheidsbevordering.

Het sociaal werk heeft veel ervaring met wijkgericht werken, maar kiest slechts sporadisch gezondheid als thema. In de wijkaanpak van het welzijns- en opbouwwerk is de gerichtheid op gezondheid onderdeel van de 'bredere context van de sociale omgeving'. Men werkt op basis van een 'organische' ontwikkeling van netwerken, samenwerking en organisatie in wijken. Hier is bij uitstek de sociale omgevingsbenadering van gezondheid het uitgangspunt en de wijk als community. Er is binnen het sociaal werk weinig traditie in onderzoek dat effecten meet.

Met het theoretische kader waarin alle voorgaande elementen zijn opgenomen, eindigt dit hoofdstuk

Tabel 3.7 Theoretisch kader totaal

	Medisch	Leefstijl	Sociale omgeving
Focus	Individen	Individen en groepen	Wijkbewoners
Mensopvatting	De fysieke mens	De lerende mens	De mens als sociaal wezen
Gezondheidsopvatting	Afwezigheid van (lichamelijke en psychische) ziekte en gebrek	Gezonde leefstijl	Interactie tussen fysiek, psychisch en sociaal welzijn.
Probleemdefinitie	Ziekten/problemen	Risicofactoren/verslavingen	Armoede, eenzaamheid, uitsluiting
Domein	Gezondheidszorg en volksgezondheid	Gezondheidsbevordering	Gezondheidsbevordering en sociaal werk
Werkwijze	Genezen en verzorgen	Voorkómen van ziekten en vergroten zelfwerkzaamheid	Bevorderen van participatie en sociale cohesie
Economische invloed	Epidemiologische cijfers en kostenberekening van ziekten	Epidemiologische cijfers en gezondheidswinst	Sociaal-economische gegevens en sociaal kapitaal
Ethische waarden	Zelfbeschikking en recht op goede zorg	Gelijke rechten en autonomie	Gemeenschapszin en wederkerigheid
Wijkbenadering	Geografisch en organisatorisch	Geografisch en sociologisch	Sociologisch
Gezondheidsverschillen	Individuele gezondheidsachterstand	Gezondheidsachterstand van groepen en wijken	Gezondheidsachterstand op wijkniveau.
Wijkaanpak	Toegankelijke basisvoorziening	Planmatige projectaanpak	Organisch groeimodel
Empowerment	Zelfinzicht, persoonlijk effectief handelen en zelferkenning	Collectieve kennis collectief responsief handelen en erkenning door anderen	Politiek inzicht en handelen en maatschappelijke erkenning
Samenvatting	Ziekte en zorg	Gezond gedrag	Sociale steun

4. SCHETS VAN DE BELEIDSOMGEVING VAN WJKGEZONDHEIDSWERK

In dit hoofdstuk is een schets te vinden van relevante ontwikkelingen met betrekking tot wijkgericht werken en (gezondheids)achterstand binnen de beleidsterreinen sociaal beleid, volksgezondheidsbeleid en beleid met betrekking tot de eerstelijnszorg (gezondheidscentra). Het is een korte schets. Er zijn diverse publicaties die hieraan uitgebreid aandacht besteden (Garretsen, 1994; Schrijvers, 2002; De Haan en Duyvendak, 2002; Mackenbach en Van der Maas, 2004), waarvan gebruik is gemaakt. De beschrijving is toegespitst op enkele voor Den Bosch-Oost belangrijke perioden:

- de periode rond 1980 (start van welzijnsproject Oost en gezondheidscentrum Samen Beter),
- de periode rond 1990 (sociale vernieuwing en 'gezonde stad project'),
- de periode 2003 (samenhangende zorg en tijdstip van de dataverzameling).

Dit hoofdstuk dient als basis voor de historische reconstructie in het volgende deel en vormt het laatste hoofdstuk van de achtergrondinformatie voor het onderzoek. In deel II is te lezen op welke wijze het beleid de ontwikkeling van het wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost heeft beïnvloed.

4. 1. Periode rond 1980

De explosieve toename van het volume van het zorgstelsel die onder een tamelijk liberaal klimaat in de jaren zestig mogelijk was, leidt in de jaren zeventig van de vorige eeuw tot problemen. De grote groei vindt plaats in de curatieve sector, voornamelijk de ziekenhuizen. (In 1970 zijn er voor het eerst meer specialisten dan huisartsen). Er komen vele nieuwe medisch-technische voorzieningen. Tussen 1960 en 1970 groeien de kosten van de gezondheidszorg van 5% naar 9% van het Bruto Nationaal Product. (Schrijvers, 2002) Hierdoor gealarmeerd komt de overheid met maatregelen; enerzijds bezuinigingsmaatregelen en anderzijds reguleringsvoorstellen.

4.1.1. Gezondheidszorg en gezondheidscentra

In 1974 verschijnt de Structuurnota Gezondheidszorg van de toenmalige staatssecretaris Hendriks, waarmee via decentralisatie, regionalisatie en echelonnering van voorzieningen een overzichtelijke organisatie van de gezondheidszorg moet gaan plaats vinden. Een van de voorstellen behelst eerstelijns hulpverleners samen te brengen in gezondheidscentra. (Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1974) Het is overigens nooit gelukt deze

wettelijke regeling uit te voeren.

De eerste gezondheidscentra zijn begin jaren zeventig opgezet door hulpverleners, vaak huisartsen, vanuit zorginhoudelijke idealen zoals multidisciplinaire benadering om beter tegemoet te komen aan psychosociale problemen, chronische ziekten en terminale zorg; een integrale gezondheidszorg voor het hele gezin; korte overleglijnen tussen de disciplines. De samenwerking spitst zich toe op huisartsen, wijkverpleging en maatschappelijk werk. In 1974 komt er een 'voorlopige subsidieregeling voor gezondheidscentra' op initiatief van de eerder genoemde staatssecretaris. In 1975 zijn er 30 gezondheidscentra die gebruik maken van de subsidieregeling van het ministerie. (ITObA, 1976) Hierna neemt het aantal gezondheidscentra een vlucht tot ongeveer 150 verspreid over het hele land met concentraties in de stedelijke gebieden. In 1980 wordt de Landelijke Vereniging Gezondheidscentra (LVG) opgericht als landelijke koepel.¹⁰

4.1.2. Volksgezondheid en gezondheidsbevordering

De overheid koerst eveneens af op meer aandacht voor preventie en gezondheidsbevordering. Wereldwijd komt in deze jaren een stroom van beleid voor zorgvernieuwing op gang met onder andere het eerder genoemde Lalonderapport. Met de strategie 'Health for All by the Year 2000' (WHO, 1977) wil men bereiken, dat tegen het einde van de eeuw alle volkeren in de wereld een zodanig gezondheidsniveau hebben, dat zij een sociaal en economisch productief leven kunnen leiden. Gezondheid is een sociale, economische en politieke kwestie en bovenal een fundamenteel recht van de mens. In de uitwerkingen van dit beleid wordt veel aandacht besteed aan gezondheidsvoorlichting en -opvoeding gericht op personen met een verhoogd gezondheidsrisico, de zogenaamde 'health risk approach'. In Nederland duurt het tot 1986 voordat dit gebeurt; hiervoor stelt de Tweede Kamer de Nota 2000 vast. (Tweede Kamer, 1986) Deze nota zet diverse beleidsvernieuwingen in gang, die eind jaren tachtig van invloed worden; hierop wordt ingegaan in paragraaf 4.2.

In Nederland speelt eind jaren zeventig nog een ontwikkeling. De oprichting van nieuwe GGDen (Gemeentelijke Gezondheidsdiensten) om tot een sluitend net van basisgezondheidsdiensten te komen komt namelijk rond 1980 op gang op basis van de 'Schets Basisgezondheidsdiensten', die de Tweede Kamer in 1979 presenteert. (Belleman, 1994) De basisgezondheidsdienst, een door de gemeenten in stand te houden organisatie, heeft een flexibel takenpakket en voert een vast en een facultatief deel van de preventieve zorg uit, de zogenaamde collectieve preventie. Deze omschrijving houdt rekening met het gegeven dat taken

¹⁰ Gezondheidscentrum Samen Beter is vanaf 1985 lid van de LVG en maakt vanaf 1987 gebruik van de subsidieregeling voor gezondheidscentra.

op preventief gebied door zorginstellingen zoals de kruisverenigingen worden uitgevoerd en door in diverse steden al eerder opgerichte GGDen. De vorming van de basisgezondheidsdiensten geschiedt door het onder gemeenschappelijke regelingen onderbrengen van schoolartsendiensten, infectieziektebewaking, sociaal-medische advisering en de bedrijfsgezondheidskundige zorg voor het gemeentelijke personeel.

4.1.3. Sociaal beleid

Van begin jaren zeventig tot begin jaren tachtig is er de tweede naoorlogse bloeiperiode van de wijkaanpak. Het centrumlinkse kabinet Den Uyl probeert in de jaren 1973-1977 meer greep op de welzijnsvoorzieningen te krijgen. De bedoeling is dat niet langer de moeilijk controleerbare besturen van levensbeschouwelijke organisaties de voorzieningen plannen, maar de burgers zelf, democratisch, na een gedegen afweging van de welzijnsnoden in de gemeente. De Kaderwet Specifiek Welzijn (die voortijdig sneuvelt) en de daarop vanaf 1976 gebaseerde Rijksbijdrageregelingen bezegelen het einde van het naar levensbeschouwing gedifferentieerde welzijnswerk. Welzijnsvoorzieningen worden -minstens verbaal- een recht van iedere burger. Hiermee is de basis gelegd voor het aanspreken van de burger als lid van een (sub)lokale gemeenschap, niet onderscheiden naar levensbeschouwing. Dit leidt tot een bloeiperiode van de wijkaanpak, die enerzijds samengaat met de herinrichting van buurten en wijken om de woningnood op te lossen en anderzijds met het bestrijden van sociaal-economische ongelijkheid door inkomens-, onderwijs- en huisvestingsbeleid. Het in de praktijk brengen van het motto van het kabinet Den Uyl: 'spreiding van kennis, inkomen en macht'. (De Boer, 2001)

4.2. Periode rond 1990

In de periode tot eind jaren tachtig is de overheid vooral gericht op het beïnvloeden van de structuur van het gezondheidszorgsysteem met behulp van planningswetgeving. Medio jaren tachtig wijzigt de bestuursfilosofie van de overheid en verwacht men veel van de mogelijkheden van marktwerking. De gedachte is dat de doelmatigheid in de gezondheidszorg het beste gerealiseerd kan worden door invoering van een gereguleerde vorm van marktwerking. De commissie Dekker die dit in het advies getiteld 'Bereidheid tot verandering' in 1987 bepleit, wil tevens een basisverzekering invoeren. Inmiddels is bekend dat het bijna 20 jaar geduurd heeft alvorens de basisverzekering daadwerkelijk ingevoerd is. De introductie van de marktwerking gaat tevens gepaard met deregulering en decentralisatie. De marktwerking is vooral van invloed in de gezondheidszorg; de deregulering en decentralisatie heeft een grote impact op het beleid voor de volksgezondheid en sociaal beleid.

4.2.1. Gezondheidszorg en gezondheidscentra

De voorstellen van de commissie Dekker zetten een fusiegolf bij verzekeraars in gang, waarbij voormalige ziekenfondsen en particuliere verzekeraars hun krachten bundelen. (Klazing, 2004) Ook bij de thuiszorg en de gezinsverzorging komt een fusiegolf op gang, zoals bij meerdere instellingen in de gezondheidszorg. Dit heeft gevolgen voor de gezondheidscentra. Begin jaren negentig volgt een lichte daling van het aantal gezondheidscentra. Een daling die samenhangt met de verschuiving naar een meer marktgerichte opzet, waardoor de samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleging en maatschappelijk werk in de gezondheidscentra onder druk komt te staan:

- De wijkverpleegkundigen horend bij kruisorganisaties komen door de reorganisaties en fusies met gezinsverzorging tot thuiszorgorganisaties verder af te staan van de samenwerking in de gezondheidscentra.
- In de huisartsenwereld wordt de organisatie van huisartsen in huisartsgroepen (Hagro's) geïntroduceerd; een consolidatie van waarneemgroepen, die het vehikel worden van de kwaliteitsverbetering. Huisartsen van gezondheidscentra maken deel uit van een huisartsgroep, waarin ook solisten of maatschappen deelnemen. De inhoudelijke samenwerking van de huisartsen binnen Hagro's, gestimuleerd vanuit de deskundigheidsbevorderende programma's en de afstemming met de apotheken in het FTO (Farmaco Therapie Overleg), richten de aandacht van de huisartsen op het medische vakgebied.
- Maatschappelijk werkers in gezondheidscentra worden door een directere aansturing van gemeenten meer en meer ingezet voor de maatschappelijke problematiek van de onderkant van de samenleving. Samenwerking met het welzijnswerk, met woningbouwstichtingen, maatschappelijke opvang en sociale dienst krijgt hierdoor meer de nadruk. De hiermee gepaard gaande extra instroom van cliënten leidt in de meeste gemeenten niet tot uitbreiding van formatie voor maatschappelijk werk. Hierdoor komen de verwijzingen van patiënten met psychosomatische klachten naar maatschappelijk werk onder druk te staan. In sommige gezondheidscentra zoekt men voor dit knelpunt een oplossing in de samenwerking met eerstelijns psychologen.

4.2.2. Volksgezondheid en gezondheidsbevordering

Sinds de invoering van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid in 1989 zijn de middelen voor collectieve preventie (onder andere epidemiologie, beleidsadvisering, jeugdgezondheidszorg, infectieziektebestrijding, gezondheidsbevordering, bevordering hygiëne en psychohygiëne) overgedragen aan de gemeenten. De gemeenten besteden deze taken uit aan de GGDen, die daarnaast ook andere inkomstenbronnen hebben vanuit bijvoorbeeld het ambulancevervoer.

Een belangrijk concept dat in de jaren negentig binnen het lokale gezondheidsbeleid in vele gemeenten gehanteerd wordt, is de 'gezonde stad'. (Cosijn, 1992) De 'Gezonde Stad' is de Nederlandse uitwerking van het 'Healthy Cities-project' zoals beschreven in het vorige hoofdstuk. In de visie van de WHO gaat het in het gezondheidsbeleid om het vormgeven aan de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor gezondheid voor allen. Alle verantwoordelijken: overheid, professionals en burgers dienen actief betrokken te zijn bij het ontwikkelen en uitvoeren van beleid om de volksgezondheid te verbeteren. Hiervoor is een nieuwe werkwijze nodig die uitgaat van gegevens als basis voor beleid, intersectorale samenwerking, politieke betrokkenheid en participatie van de bevolking. (Gooskens e.a., 1997)

Vele Nederlandse gemeenten, voornamelijk de grotere, sluiten zich aan bij het 'Netwerk gezonde steden', dat ondergebracht is bij de VNG (Vereniging Nederlandse Gemeenten). De GGDen hebben een centrale rol in de activiteiten van de 'Gezonde Stad'. In deze activiteiten is expliciet aandacht voor gezondheidsachterstand en de sociaal-economische gezondheidsverschillen te vinden. In diverse steden is de GGD wijkgericht gaan werken om deze activiteiten dichter bij de praktijk te kunnen uitvoeren.

4.2.3. Sociaal beleid

De Welzijnswet die in 1987 van kracht wordt, is een ordeningswet met een sterk procedureel karakter, die de gemeenten en provincies een veel grotere beleidsruimte geeft op sociaal gebied. (De Boer en Duyvendak, 2004) In 1989 is in Rotterdam 'sociale vernieuwing' het antwoord op het voortbestaan van hardnekkige sociale achterstand in de steden. De commissie Idenburg komt met aanbevelingen om op lokaal niveau sociale problematiek aan te pakken. Vanaf 1990 neemt de centrale overheid dat gedachtengoed over en neemt het sociale vernieuwingsbeleid een hoge vlucht. De meeste gemeenten gaan aan de slag, ontwikkelen een sociaal vernieuwingsbeleid en geven ook in bestuurlijk opzicht vorm aan die vernieuwing. Het derde kabinet Lubbers (zonder de VVD) kiest eind 1989 'sociale vernieuwing' als motto. Het is een reactie op de technocratie en bureaucratie in het dagelijkse beheer in buurten en op de gespannen verhouding tussen grootstedelijke ambities en problemen in buurten. De gemeenten leren om problemen samen met bewoners en organisaties aan te pakken. Deze keuze voor de wijkaanpak zet door. Het hierop volgend beleid van 'Stedelijke vernieuwing' en grootstedenbeleid zet de trend van decentralisatie en deregulering voort. Men hoopt door een versterking van de sociale infrastructuur een antwoord te vinden op sociale, economische en fysieke problemen in wijken. Sociale vernieuwing brengt een participatiecultuur: buurtbewoners gaan de agenda mee bepalen. De dramatische uitslag van de gemeenteraadsverkiezingen in 1990 met een zeer lage opkomst en grote winst voor extreem rechts versterkt in gemeenten de zoektocht naar legitimatie van hun beleid. Allerlei vormen van interactief beleid worden op poten gezet.

4.3. Periode rond 2003

In 2000 laat de landelijke overheid feitelijk het budgettaire karakter los en verschuift de sturingsfilosofie gaandeweg van een sturing op de processen naar een sturing op uitkomsten. De in de jaren negentig op gang gekomen ideeën over transmuralisering en vermaatschappelijking van de zorg krijgen eind jaren negentig echt gestalte. Binnen het sociaal beleid is het een en al sociale cohesie, dat te beluisteren valt.

4.3.1. Gezondheidszorg, gezondheidscentra en gezondheidsachterstand

In het Jaaroverzicht Zorg 1998 wordt gesteld dat naast de samenwerking tussen huisarts en specialist ook de samenwerking met de thuiszorg, paramedici en apotheek gestimuleerd zal worden. Transmuraal denken dient in plaats te komen van domeindenken en het denken in zorgketens in plaats van in zorghokjes. Deze grotere samenhang moet zorg op maat voor patiënten bieden. In het Jaaroverzicht Zorg wordt geen expliciete aandacht besteed aan gezondheidsachterstand. (Ministerie van VWS, 1998) Aandacht hiervoor is wel in een ander beleidsdocument te vinden: 'De Staat van de Gezondheidszorg'. Dit is het eerste rapport waarin de Inspectie voor de Gezondheidszorg op verzoek van de minister de gezondheidszorg integraal doorlicht. In zijn algemeenheid concludeert de inspectie dat de gezondheidszorg in Nederland elke internationale toets kan doorstaan, zowel ten aanzien van de toegankelijkheid, de kwaliteit van de geleverde zorg als waar het gaat om kostenbeheersing. (Inspectie voor de gezondheidszorg, 1997) Een groot probleem van de gezondheidszorg is volgens de inspectie wel, dat de patiënt die vanwege complexe problematiek op meerdere sectoren van de zorg een beroep moet doen, snel vast loopt. Een ander groot probleem is dat de gezondheidszorg bepaalde bevolkingsgroepen nauwelijks bereikt: zwervers, ex-psihiatrische patiënten, illegalen en sommige groepen allochtonen. En ook mensen met lage inkomens dreigen tussen de wal en het schip te komen. De toegankelijkheid van zorg voor deze groepen schiet tekort.

In het advies 'Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief' van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) wordt gepleit voor de ontwikkeling van wijkzorgnetwerken om een integrale en continue zorgverlening te bewerkstelligen. De Raad ziet kansen voor de uitwerking van een betere samenwerking binnen de eerste en tweede lijn en tussen de eerste en tweede lijn op de schaal van een wijk. Een geografische eenheid van 30.000 tot 40.000 inwoners wordt geschikt geacht om de zorg rond een patiënt op 'menselijke maat' kleinschalig uit te voeren. Uit het oogpunt van doelmatigheid acht de Raad het noodzakelijk de zorg grootschalig te organiseren, waarbij de in het kader van de regiovisies onderscheiden (sub)regio's een goede basis vormen. Het domein van het advies omvat de raakvlakken tussen huisartsenzorg, paramedische zorg, farmaceutische zorg, medisch-specialistische zorg en

verpleging in ziekenhuizen, poliklinieken en in de thuissituatie, thuiszorg, verpleeghuiszorg, revalidatiezorg en algemeen maatschappelijke zorg. De Raad verwijst in haar advies naar het wijkgerichte werken om te werken aan vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen door afstemming tussen de curatieve en de openbare gezondheidszorg. (RVZ, 1998)

Na het verschijnen van het RVZ-rapport 'Herinrichting van de zorg' en van de VWS-nota 'Zorg in de buurt' in 2003 wordt breder ingezet op samenwerking en communicatie in de eerstelijnszorg om de huidige problemen het hoofd te bieden en zorg in de buurt te waarborgen. Eind 2003 verschijnt de VWS-notitie 'Toekomstbestendige eerstelijnszorg' met een verdergaande introductie van 'gereguleerde marktwerking' om hiermee beter aan te sluiten op de zorgvraag en door een doelmatigere organisatie het aanbod te verbeteren. (Ministerie van VWS, 2003) Beroeps- en koepelorganisaties verenigen zich in 2004 in LOVE (Landelijke Overleg Versterking Eerstelijnszorg). Samen met de zorgverzekeraars, de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie en de minister van VWS spreken zij de intentie uit om de eerstelijnsgezondheidszorg te versterken en het toekomstperspectief nader vorm te geven. In deze notities is te lezen dat de inrichting van de eerstelijnszorg anders moet. Steeds vaker wijst men hierbij in de richting van gezondheidscentra. Daar heeft men de kennis en de ervaring met een anders georganiseerde eerstelijnszorg. Tevens wordt erbij gezegd dat het hierbij niet om de huidige vorm van het gezondheidscentrum gaat, maar om de samenwerkings- en organisatieprincipes. Er worden voorbereidingen getroffen om de 'tijdelijke' subsidieregeling voor de gezondheidscentra op te heffen en onder te brengen in een algemene regeling te financieren door zorgverzekeraars.¹¹

4.3.2. Volksgezondheid en gezondheidsbevordering

In het Jaaroverzicht Zorg 1998 wordt onder de noemer 'doelgroepengerichte preventie' opgemerkt dat er extra op gelet moet worden, dat preventieve zorg inderdaad de mensen bereikt met een zeer laag opleidingsniveau, een zeer laag inkomen of uit sommige moeilijk bereikbare bevolkingsgroepen van allochtone afkomst. In het Jaaroverzicht Zorg wordt gerefereerd aan het advies van de commissie 'Versterking Collectieve Preventie', die in november 1996 hun rapport 'Gemeentelijk gezondheidsbeleid: Beter op zijn plaats' uit brachten. In dit rapport wordt bepleit dat gemeenten meer aandacht moeten besteden aan het formuleren en vast stellen van een gemeentelijk gezondheidsbeleid. Nadrukkelijk wordt gewezen op de samenwerkingsrelaties die gemeente en GGD dienen aan te gaan met andere zorgactoren. De gemeentelijke overheid moet niet wars zijn van aanspraken op een bepaalde rol in de

11 Dit voornemen zal na een overgangsregeling zijn beslag krijgen in 2008.

gezondheidszorg. Dat neemt niet weg dat het merendeel van de werkzaamheden in de cure en de care, en ook delen van de preventie, verricht wordt door particuliere instellingen. Zonder deze organisaties is er geen gezondheidszorg en ook geen openbare gezondheidszorg. Gemeente en GGD zullen alleen al daarom blijvend moeten investeren in goede en systematische vormen van samenwerking. (Ministerie van VWS, 1996) In het verlengde van het werk van deze commissie heeft de minister het Platform Openbare Gezondheidszorg (OGZ) ingesteld, dat zich buigt over aanbevelingen voor de aansluiting tussen cure, care en preventie. Ook wordt de Wijziging van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid in 2002 vastgesteld, waarin de gemeentelijke overheden verplicht worden om elke vier jaar een beleid voor de volksgezondheid te ontwikkelen. OGZ wordt een belangrijk agendapunt van het ministerie van VWS in deze jaren. In 2003 verschijnt de nota 'Langer gezond leven'. De belangrijkste boodschap uit de kabinetsnota is, dat ongezondheid de samenleving veel geld kost. Alleen een gerichte aanpak van de belangrijkste 'ziekmakers' kan deze ontwikkeling keren. Dat lukt alleen als iedereen meedoet: de burger zelf, maar ook de rijksoverheid, gemeenten, zorgverzekeraars, bedrijfsleven, maatschappelijke organisaties en onderzoeksinstituten.

4.3.3. Sociaal beleid

In de welzijnsnota 1995-1998 'Naar eigen vermogen' van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is een samenleving waarin redzame burgers zich verantwoordelijk tonen, waarin we de band met elkaar onderhouden, de weerbaren met de kwetsbaren het uitgangspunt. Een samenleving met het cement van de sociale samenhang, met aandacht voor saamhorigheid, verantwoordelijkheid en solidariteit. Sociale samenhang is van levensbelang voor een evenwichtige maatschappelijke ontwikkeling en een basisvoorwaarde voor een gezond economisch klimaat. (Ministerie van VWS, 1994) In het Beleidskader Lokaal Sociaal Beleid van januari 1998 is veel aandacht voor het specifieke doel van lokaal sociaal beleid: de achterstandsbestrijding. Hierin wordt aandacht voor gezondheidsverschillen expliciet benoemd. Om de positie van mensen in achterstandssituaties te verbeteren zijn interventieprogramma's nodig gericht op (re)-integratie, waarbij tegelijkertijd of achtereenvolgend op meerdere terreinen ondersteuning wordt geboden. Samenwerking, ketenbenadering, integraliteit, doelgerichtheid en een outreachend karakter komen hierbij als essentiële begrippen naar voren. (Ministerie van VWS, 1998) Veel 'grote' woorden in dit beleidskader, waarbij in het slotwoord gezegd wordt, dat de minister kiest voor een bottom up proces: het beleidskader zal ingevuld worden in gesprek met de gemeenten.

In enigszins andere bewoordingen spreekt de welzijnsnota 'Werken aan sociale kwaliteit' 1999-2002 hetzelfde uit. Een verder stimuleren van participatie en toegankelijkheid; voorkomen van sociale uitsluiting en ondersteunen van sociale samenhang op wijk- en buurtniveau. Er is speciale aandacht voor 'community care' voor mensen met een handicap, sociale activering voor mensen die langdurig werkloos zijn en zorgbehoefte ouderen. (Ministerie

van VWS, 1999) In 2004 verschijnt de beleidsbrief van het ministerie van VWS over de contouren van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Het kabinet wil ook mensen met beperkingen, stoornissen of ernstige problemen in staat stellen zo volwaardig en zelfstandig mogelijk deel te nemen aan de samenleving. De overheid wil mensen die geen gelijke uitgangspositie hebben naar vermogen ondersteuning bieden. Het maatschappelijke doel van de Wmo is: meedoen. Meedoen van alle burgers aan alle facetten van de samenleving, al of niet geholpen door vrienden, familie of bekenden. En als dat niet kan, is er ondersteuning vanuit de gemeente. Het eindperspectief van de Wmo is een samenhangend lokaal beleid op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning en aanpalende terreinen. Voor mensen die langdurige, zware zorg nodig hebben is en blijft de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) van kracht. De Wmo is een nieuwe wet, waarin een aantal bestaande wetten gebundeld worden: Welzijnswet, Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg), een aantal subsidieregelingen uit de AWBZ (onder andere mantelzorgondersteuning, diensten bij wonen met zorg), de Huishoudelijke Verzorging uit de AWBZ en de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ).¹² De bespreking en het besluit tot invoering neemt een lange periode in beslag. De bedoeling is dat de wet gefaseerd ingevoerd gaat worden vanaf januari 2007.

4.4. Gezondheidszorg, volksgezondheid en sociaal beleid door de jaren heen

In de jaren tachtig start de decentralisatie van welzijn en in de jaren negentig de marktwerking in de gezondheidszorg. Op het terrein van welzijn voltrekt zich vanaf de jaren tachtig een drastische wijziging van de verhoudingen tussen overheden onderling, maar ook tussen de landelijke overheid en het particuliere initiatief. (Haan en Duyvendak, 2002) De landelijke overheid treedt terug en het particuliere initiatief is voortaan afhankelijk van de lokale overheden. Voor de welzijnssector die voornamelijk via subsidies gefinancierd wordt, is dit een grotere verandering dan voor de gezondheidszorg die middels wetgeving premie gefinancierd wordt. Voor de gezondheidszorg geldt dat naarmate de overheid verantwoordelijkheid naar de markt, naar de zorgverzekeraars, verschuift de overheid tegelijkertijd eist, dat die markt zich moet bewijzen. Er blijft een grote overheidsinvloed via eisen met betrekking tot registratie, kwaliteitszorg, efficiency en schaal. Dit leidt tot een grote mate van bureaucratie, waarover Tonkens zegt dat de professional vermalen wordt tussen de eisen van de bureaucratie en die van de markt. (Tonkens, 2003)

Ondanks het feit dat vanaf 1982 welzijn en volksgezondheid onder één ministerie vallen zijn het gezondheidsbeleid en het welzijnsbeleid niet dicht bij elkaar komen te staan. De ver-

12 www.minvws.nl. Geraadpleegd op 28-07-06

schillende geldstromen, de verschillende wetgeving, de verschillende mate van wetenschappelijke onderbouwing, het verschillende aanzien van de sectoren hebben een geïntegreerd beleid in de weg gestaan. In de late jaren zestig en de jaren zeventig staat maatschappijverandering ten behoeve van individuele ontplooiing boven aan de agenda en wordt veel kritiek geleverd op de bestaande organisaties van welzijn en zorg. Opvallend is dat het welzijnswerk op grond van deze kritiek in de jaren tachtig lange tijd wordt gemarginaliseerd, terwijl gezondheidszorg van deze kritiek uiteindelijk weinig last heeft gehad. De nadruk in de jaren tachtig op individuele verantwoordelijkheid staat haaks op het welzijnswerk, dat mensen afhankelijk zou maken. De individuele aanspraken van patiënten op de gezondheidszorg worden ondersteund en de overheid houdt vertrouwen in het positieve effect van de gevestigde gezondheidszorg. (Haan en Duyvendak, 2002)

De LVG en de gezondheidscentra vertoeven vele jaren in de luwte van het gezondheidszorgbeleid. Een beleid dat vorm krijgt vanuit een gerichtheid op de afzonderlijke beroepsbeoefenaren en zorginstellingen werkzaam in de eerstelijnszorg. De multidisciplinaire samenwerking en organisatie in de gezondheidscentra worden onder gebracht in een aparte paragraaf als er al aan gedacht wordt. Vanuit de beleidskeuze om samenhang te bevorderen keert de aandacht sinds eind jaren negentig weer terug bij de multifunctionele gezondheidscentra. In het Jaaroverzicht Zorg 1998 worden de gezondheidscentra expliciet genoemd. (Ministerie van VWS, 1998) Vanaf het najaar 2003, waarin het beleid 'modernisering van de eerstelijnszorg' gepresenteerd is, is dat anders. Het is een en al 'samenhang en organisatie in de eerstelijnszorg', wat centraal staat. Een kritische blik op deze verschuiving in het gezondheidszorgbeleid blijft geboden. De beleidswijziging is gekomen door de toenemende vergrijzing, de toename van chronische aandoeningen, de gevolgen van de extramuralisering, de mondigheid van patiënten en daardoor oplopende kosten van het gezondheidszorgsysteem. Het nieuwe beleid lijkt met toverspreuken als 'organiseren op schaal en uitvoeren op maat', 'slimmer organiseren' en een 'samenhangend en doelmatig zorgaanbod' de toekomst te willen bezweren.

Na sociale vernieuwing in de jaren negentig en het grootstedenbeleid, blijft men zoeken naar de invulling van het sociale. De meeste mensen hebben het goed in Nederland. Dat maakt de positie van degenen die buiten de boot vallen des te schrijnender. Zij krijgen stempels als onbereikbaar, onbemiddelbaar en onbehandelbaar. Om hen in de samenleving te laten delen, zijn grootschalige maatregelen niet toereikend. Zij moeten worden opgezocht om samen met hen een weg uit te stippelen die weer perspectief biedt. In de omslag die de GGDen maken in de gezondheidsbevordering is deze tendens te bespeuren. In het lokale welzijnswerk kiest men voor het versterken van buurten en wijken, waarin fysieke en sociale componenten moeten meespelen. Gemeenten lopen echter tegen versnippering in visies en strategieën aan. Zij zien zich gesteld voor diverse knelpunten. Zoals de wisselende posities die zij innemen tot uitvoerende instellingen van zorg en welzijn. De zeggenschap van de gemeenten is ge-

fragmenteerd; naar zorginstellingen, woningcorporaties en onderwijsinstellingen missen zij bevoegdheden en instrumenten om een regierol te voeren. Gemeenten kunnen slechts integraal sociaal beleid maken door contracten te sluiten met de verschillende actoren die bij (kunnen) dragen aan het bereiken van doelstellingen van het lokale sociale beleid.

De decentralisatie van het welzijnswerk naar lokaal sociaal beleid heeft het kleinschalig in buurten en wijken werken bevorderd. Vanuit het lokaal sociaal beleid is een geïntegreerde aanpak van meerdere sectoren (welzijn, onderwijs, huisvesting) op gang gekomen. De afstand tot de gezondheidszorg is echter groter geworden door de schaalvergroting die daar plaats gevonden heeft onder invloed van de marktwerking. De door het beleid gepresenteerde oplossingsrichtingen zijn hooggespannen en idealistisch. De praktijk blijkt altijd weerbarstiger.

Er is door de jaren heen gescheiden beleid gemaakt voor de sectoren gezondheidszorg, volksgezondheid en sociaal beleid. Wijkgezondheidswerk heeft te maken met deze drie sectoren, die geen geïntegreerd beleid voeren. In het vorige hoofdstuk is beschreven dat een geïntegreerde theoretische onderbouwing voor het wijkgezondheidswerk eveneens ontbreekt. In deel II is te lezen op welke wijze het beleid van invloed is geweest op de ontwikkelingen van het wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost.

DEEL II

HISTORISCHE RECONSTRUCTIE

Het wijkgericht gezondheidswerk in Den Bosch-Oost heeft een geschiedenis van ruim 25 jaren. In dit deel een reconstructie van deze geschiedenis die laat zien hoe en onder welke condities het wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost zich ontwikkeld heeft.

In hoofdstuk 5, 6 en 7 is deze historische reconstructie langs de volgende lijnen opgebouwd:

- Welke beelden en typeringen werden door de jaren heen door buitenstaanders gebruikt voor de wijk Den Bosch-Oost?
- Hoe is het wijkgezondheidswerk ontstaan en hoe heeft het zich ontwikkeld? Aan bod komen het welzijnswerk, het gezondheidscentrum Samen Beter en het wijknetwerk Hulpsector Oost.
- Welke ontwikkelingen zijn door de jaren heen van belang geweest voor het wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost; hoe is er geleerd van en in de praktijk?

De historische schets heeft 3 ijkpunten. Hiervoor heb ik gekozen vanwege de overzichtelijkheid. De periodes zijn belangrijke momenten voor het wijkgezondheidswerk. In de periode rond 1980 valt de start van het Welzijnsproject Oost en van het wijkgezondheidscentrum. In de periode rond 1990 verdwijnt het welzijnswerk nagenoeg uit de wijk en krijgt het wijknetwerk Hulpsector Oost een impuls door het sociale vernieuwingsbeleid en de 'gezonde wijken benadering'. Tot slot de periode rond 2003, waarin het empirische materiaal voor dit onderzoek verzameld is. Deze zelfde ijkpunten zijn in hoofdstuk 4 gebruikt.

In de historische reconstructie heb ik relaties gelegd naar de theoretische verkenning en de beleidsschets in deel I. Tevens is aangegeven welke onderdelen in het empirische materiaal van deel III aan bod zullen komen.

5. BEELDEN EN TYPERINGEN VAN DE WIJK DEN BOSCH-OOST

“Al die onvervangbare personen verdwijnen, maar de stad zet zijn leven in overdadige rust voort en handhaaft zich, vervult de vacatures en plaatst haar groten op de boekenplanken. Ze past zich aan en laat zich aanpassen, ze vervangt verliezen en is in staat telkens weer op te bloeien.” (György Konrád).

Voor dit hoofdstuk is geput uit publicaties over de wijk en uit landelijke en gemeentelijke nota's die verschenen tussen 1975 en 2005. In deze documenten worden beelden opgeroepen en typering gegeven van de wijk. De typering uit de jaren rond 1980 zijn vooral cultuurhistorisch van aard en gebaseerd op een onderzoek dat Dieleman in 1985 in Den Bosch-Oost uitvoert. (Dieleman, 1986) Hij gebruikt hierbij gemeentelijk archiefmateriaal en voert vele gesprekken met wijkbewoners en welzijnswerkers. In de periode rond 1990 verschijnen diverse landelijke en gemeentelijke nota's met statistische gegevens over achterstand. Eind jaren negentig onderzoekt de journalist en cultuurhistoricus van der Lans opnieuw Den Bosch-Oost. (Van der Lans, 1998) In 2004 introduceert de gemeente 's-Hertogenbosch het wijkgericht werken en zet haar typering op basis van gegevens op de gemeentelijke website.

5.1. De conflicterende volkswijk (rond 1980)

“Wie niets van Den Bosch weet en argeloos bij Bosschenaren informeert naar de buurten rond de Graafseweg en de Aawijk kan tien tegen een een ontwijkend antwoord verwachten. De kennis die ik ernaar vroeg vertelde aarzelend dat het om een arbeiderswijk met veel problemen en vandalisme ging. De bewoners staan erom bekend dat ze voor zichzelf op durven komen en er niet voor terugschrikken om harde akties te voeren als dat nodig is.” (Dieleman, 1986; pg. 349)

Zo begint Dieleman zijn beschrijving van de wijk in een themanummer van het tijdschrift Marge, dat nagenoeg geheel gewijd is aan zijn onderzoek in Den Bosch-Oost. Hij vindt dat de wijk met kleine eengezinswoningen vriendelijk oogt en eerder het beeld van een gezellige volkswijk oproept. Dit beeld wordt voor hem bevestigd als hij tussen de vrouwen uit Oost, die terugkeren van de markt, in de bus zit. Hij spreekt over een 'oergezellig ritje' tussen keuvelende vrouwen. Dieleman heeft zich verdiept in de statistische gegevens en de ontstaansgeschiedenis van de wijk en concludeert:

“Statistisch gezien is Den Bosch-Oost eigenlijk een tamelijk onopvallende, bijna saaie wijk [...] waar gegroepeerd arbeiders, middenstanders en ambtenaren wonen. Maar cijfers vertellen ook maar de halve waarheid. De geschiedenissen van mensen, hun vestiging in de buurt en de daaraan gepaard gaande ingrepen in hun bestaan komen er niet in tot uitdrukking.” (Dieleman, 1986; pg. 349)

Hij diept de geschiedenis op van de wijk, die gebouwd is om het grote woningtekort na de Tweede Wereldoorlog in 's-Hertogenbosch aan te pakken en tegelijkertijd de 'onmaatschappelijkheid' van de gezinnen die onderverdeeld worden in zwaksociaal, asociaal en antisociaal. De gemeente zoekt de oplossing in:

“Verstrooiing en concentratie van deze gezinnen: kleine woonscholen voor de onmaatschappelijken en daar rondom heen gegroepeerd respectabele arbeidersgezinnen en verderop winkeliers, ambtenaren en geschoolde arbeiders”. (Dieleman, 1986; pg. 352)

Aawijk Noord en Aawijk Zuid zijn op deze manier opgezet. Dieleman ziet dat:

“[...] het schema van het kerngezin, de ontzuiling en de wederopbouw het gezicht van Den Bosch-Oost en vele andere wijken bepaalden. Het leek te werken, aan de oppervlakte gezien tenminste, totdat het eind jaren zeventig, begin jaren tachtig op meerdere fronten begon te scheuren. Economische teruggang, crisis, werkloosheid en de vrouwenbeweging tornden danig aan de grondvesten van het buurt- en gezinsleven.” (Dieleman, 1986; pg. 352)

Hij analyseert aan de hand van enkele conflicten, die op dat moment spelen rond buurthuizen en groepen wijkbewoners het karakter van de wijk Den Bosch-Oost en komt tot de conclusie:

“Het hedendaagse buurtleven herinnert steeds minder aan de hechte en homogene cultuur van weleer; de moderne volkswijken bestaan eerder uit desintegrerende en uiteenvallende gemeenschappen, een bonte verzameling van zeer uiteenlopende realiteiten, leefwerelden en belangen die met elkaar botsen.” (Dieleman, 1986; pg. 365)

In het onderzoek besteedt Dieleman nauwelijks aandacht aan het dan al bestaande gezondheidscentrum. Zijn beschrijving past in het denken over het welzijnswerk van de jaren zeventig, waarin gezondheidszorg deel uit maakt van het brede welzijnswerk. Zijn oriëntatie ligt bij het emancipatoire werk van het Welzijnsproject, waarin wijkbewoners 'van onderop' meewerken aan de leefbaarheid van hun buurt. De buurtcentra zijn de brandpunten voor deze ontwikkelingen, waarmee de individuele levensgeschiedenissen van buurtbewoners zich verbinden volgens Dieleman. Hij legt de vinger op de successen, maar vooral op de conflicten die spelen in de wijk en laat zien *“hoe de hedendaagse microkosmos van een buurt explosief én productief kan zijn.”* In zijn verhaal acteren geen mantelzorgers, geen vrijwilligers van de Zonnebloem, geen ouders van gehandicapten, geen mensen met psychische of psychiatrische problemen. Hij beschrijft niet wat zich tussen buurtbewoners op dat vlak afspeelt. Hij schetst vanuit zijn cultuurhistorische visie een beeld van de wijk, waarin vooral de botsingen tussen (groepen) mensen in de wijk centraal staan.

5.2. Achterstandswijk of saamhorige wijk? (1990-1995)

In Nederland raakt de benaming achterstandswijk gangbaar. Vele gemeenten onderzoeken de wijken op een aantal kenmerken en kennen op basis hiervan aan de wijken scores van

achterstand toe. Landelijk, provinciaal en stedelijk worden op basis van dergelijke gegevens sociale atlanten en armoedeatlanten gemaakt. In 1994 verschijnt in 's-Hertogenbosch het rapport 'Buurten vergeleken' en krijgen de verschillende buurten in 's-Hertogenbosch een kleur: donkerrood voor de slechte buurten, roze voor de iets minder slechte, donkergroen voor de goede en lichtgroen voor de iets minder goede wijken. (Gemeente 's-Hertogenbosch, 1994) De gemeente 's-Hertogenbosch gaat uit van de volgende criteria:

- sociale kenmerken: samenstelling huishoudens, adresdichtheid, verhuizingen, vreemdelingen, maatschappelijke betrokkenheid, opleidingsniveau;
- sociaal-economische status van de inwoners: aantal uitkeringsgerechtigden, aantal werklozen, aantal WAO-ers, hoogte van inkomens, opleidingsniveau;
- kwaliteit van woningen en woonomgeving;
- voorzieningenniveau (winkels, openbaar vervoer, scholen);
- openbare orde en veiligheid.

In het rapport wordt opgemerkt dat deze kenmerken gezamenlijk iets zeggen over het wel en wee van de buurten, maar niets over de welzijnsbeleving van de bevolking. Welzijnsbeleving wordt aldus het rapport meer bepaald door een goede gezondheid en goede sociale relaties. Naast het onderzoek op basis van bovenstaande gegevens is het oordeel gevraagd van deskundigen. Te weten aan: de leerplichtconsulent, medewerkers van buurtbeheer, milieupolitie, sociale dienst, welzijnswerk Divers en woningcorporaties, aan wijkagenten, bouwinspecteur en wijkteamleiders van het wijkbeheer. De door de deskundigen aangegeven waarderingen zijn de subjectieve maat naast de uit de indicatoren verkregen objectieve maat en die komen "beide goed overeen". Een opvallend punt vindt de gemeente dat de deskundigen subbuurten noemen die op alle categorieën slecht scoren, maar op buurtniveau er beter vanaf komen. In de categorisering van de buurten komt deze specifieke informatie echter niet terug. Donkerrode buurten worden in het rapport aangemerkt als aanpakbuurten, de roze als attentiebuurten, de lichtgroene als preventiebuurten en de donkergroene als routinebuurten. De Bartjes kleurt donkerrood en is samen met Eikendonk de wijk die in 's-Hertogenbosch het slechtste scoort in sociaal en sociaal-economisch opzicht. Aawijk Noord en Graafsewijk Zuid zijn lichtroze; buurten met een slechte score op sociale en sociaal-economische kenmerken, maar met een redelijke score als het gaat over de woningvoorraad. De Graafsewijk Noord en Aawijk Zuid kleuren lichtgroen. In latere instantie komt de gemeente tot een verfijning van deze classificering en worden de buurten Graafsewijk Zuid, Aawijk Noord en Graafsewijk Noord op een aantal onderdelen, zoals veiligheid, als een aandachtsgebied aangemerkt. Het welzijnswerk -in Den Bosch-Oost op dat tijdstip onderdeel van een stedelijke instelling- zet medewerkers in de aanpakbuurten in. Hierdoor loopt het aantal uren welzijnswerk dat voor Den Bosch-Oost beschikbaar is zeer sterk terug. De conflicterende volksbuurt die Dieleman beschreef is in de statistische gegevens en indelingen verdwenen.

Een saamhorige wijk

In het kader van het Gezonde Wijkenproject van het NIZW (Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn) is in 1992 onderzoek gedaan naar de ervaringen met wijkgericht gezondheidswerk van beroepskrachten en vrijwilligers in Den Bosch-Oost. Een onderzoek naar de kenmerken van de werkwijze in Den Bosch-Oost vanuit het concept empowerment. In hoofdstuk 6 wordt hier nader op ingegaan. Steenbrink, de onderzoeker, concludeert dat een homogene en stabiele wijkbevolking, saamhorigheid en betrokkenheid bij de wijk en de kleinschalige planologische opzet van de bebouwing hebben bijgedragen aan het succes van het wijkgerichte gezondheidswerk in Den Bosch-Oost.(Steenbrink, 1992)

In dat zelfde jaar voeren de GGD en Het PON (provinciaal onderzoeks- en ontwikkelingsinstituut) een onderzoek uit naar de gezondheidssituatie van de bewoners in Den Bosch-Oost. (Dorrestein en Smets, 1992) In dit onderzoek is een vergelijking gemaakt tussen de gezondheid van de bewoners van het Stadsgewest 's-Hertogenbosch, de wijkbewoners uit Den Bosch-Oost én de actieve deelnemers in het wijknetwerk Hulpsector Oost. Het onderzoek is in opdracht van Hulpsector Oost uitgevoerd met een rechtstreekse subsidie van het ministerie van WVC. Het betreft de wijk Den Bosch-Oost zoals gedefinieerd door Hulpsector Oost en gezondheidscentrum Samen Beter. Het doel van het onderzoek is om een indicatie te krijgen of het hulpverleningsnetwerk bijdraagt aan de gezondheid van de deelnemers. De onderzoekers geven aan dat een 0-meting niet mogelijk is, omdat het hulpverleningsnetwerk op dat moment al meer dan 10 jaar bestaat. De onderzoeksgroep bestaat uit twee categorieën:

- Degenen die deelnemen als vrijwilliger of participant aan langdurige groepen en/of activiteiten van het hulpverleningsnetwerk en die in Den Bosch-Oost wonen. Het overzicht van deze deelnemers is aangeleverd door de medewerkers van Hulpsector Oost en dit zijn 553 personen. Hiervan werken 293 (53%) mee aan het onderzoek.
- Degenen die in Den Bosch-Oost wonen en die niet deelnemen aan de activiteiten van het hulpverleningsnetwerk. De niet-deelnemers zijn geselecteerd uit een aselechte steekproef-trekking uit het bevolkingsregister van de gemeente; dit zijn 700 personen. Hiervan werkten 339 (48%) mee aan het onderzoek.

Het onderzoek heeft een aantal gegevens in kaart gebracht die een beeld geven van relevante aspecten van de gezondheidssituatie van de deelnemers aan Hulpsector Oost. Deze aspecten zijn:

- eigen gezondheidsbeleving
- leefgewoonten
- klachten over eigen gezondheid
- medicijngebruik
- huisartsenbezoek
- specialistencontact
- maatschappelijke participatie

- achtergrondgegevens zoals arbeidspositie, opleiding
- waardering van deelname aan het netwerk

De algemene conclusie van het onderzoek luidt:

“Over het algemeen komen er geen grote verschillen naar voren, zeker niet waar het gaat om vergelijking van de gezondheid van de deelnemers en niet-deelnemers. [...] Er treden wel grote verschillen op tussen deelnemers en niet-deelnemers als het gaat om maatschappelijke participatie. Deelnemers ondernemen meer activiteiten dan niet-deelnemers, zoals het deelnemen aan een club of cursus. Ook als het gaat om het verrichten van werkzaamheden in de sfeer van de informele zorg blijken deelnemers veel actiever te zijn, bijvoorbeeld in het verzorgen van familie of vrienden en het klussen bij anderen” (Dorrestein en Smets, 1992; pg. 42)

Tabel 5.1 De maatschappelijke participatie In Den Bosch-Oost in 1992

	Mannen		Vrouwen	
	deelnemers	niet-deelnemers	deelnemers	niet-deelnemers
Georganiseerd vrijwilligerswerk	68%	12%	52%	10%
Klussen bij een ander	47%	23%	30%	19%
Verzorging van familie, vriend, buur	53%	18%	65%	40%

De onderzoekers merken hierbij op dat uit landelijk onderzoek is gebleken dat het hebben van sociale contacten een positieve invloed heeft op gezondheid. (De Bakker, 1992)

Opvallend is dat van de deelnemers die geselecteerd zijn op deelname aan georganiseerd vrijwilligerswerk in Den Bosch-Oost slechts 68% van de vrouwen en 52% van de mannen georganiseerd vrijwilligerswerk aangeeft in plaats van 100%. Ook opvallend is dat de deelnemers beduidend meer ‘klussen bij een ander’ en ‘mantelzorger zijn’ in vergelijking met de niet-deelnemers. Op deze twee activiteiten waren de deelnemers niet geselecteerd. Toch blijkt de uitkomst van dit onderzoek de bevindingen van het landelijk onderzoek dat het hebben van sociale contacten een positieve invloed heeft op gezondheid, niet te steunen.

Huisartsenzorg en achterstandswijken

In 1996 is voor de huisartsenzorg een systematiek uitgewerkt op basis waarvan achterstandswijken (postcodegebieden) geïdentificeerd worden. Hierbij baseert de Landelijke Huisartsen Vereniging zich op de gegevens van de gemeenten met betrekking tot de classificaties van wijken zoals al beschreven in hoofdstuk 3. De aldus geselecteerde wijken bevinden zich in de grote steden; Arnhem, Deventer, Enschede, Groningen, 's-Hertogenbosch, Leiden, Nijmegen, Schiedam, Tilburg en Zwolle. In 's-Hertogenbosch is dit het postcodegebied 5213, dat de buurten Bartjes, Graafsewijk Noord, Graafsewijk Zuid en Aawijk Noord bestrijkt. De

huisartsen ontvangen voor patiënten uit deze postcodegebieden een hoger tarief en kunnen bovendien projecten indienen, die gericht zijn op vermindering van de werkdruk en vergroting van de toegankelijkheid van de huisartsenzorg.

De toegepaste systematiek van identificering van achterstandsgebieden wordt onderwerp van een onderzoek. Het NIVEL inventariseert de knelpunten in de huidige regeling en komt tot de conclusie dat de bestaande systematiek er redelijk goed in slaagt de achterstandsgebieden te identificeren. Verbeteringen zijn mogelijk met betrekking tot stedelijkheid en het percentage allochtonen. (Verheij e.a., 1998) Hierdoor 'verliest' 's-Hertogenbosch de classificatie in 2000. In 2004 volgt opnieuw een aanpassing van de systematiek. Niet langer postcodegebieden worden als achterstandsgebied geïdentificeerd, maar er is een verfijning tot buurniveau. Met de ingang van deze systematiek worden delen van buurten in 's-Hertogenbosch weer wel als achterstandsgebied aangemerkt. Een groot deel van de huizen in de als achterstandsgebied aangemerkte straten (Bartjes) zijn echter vanwege een herinrichting afgebroken. Veel van de gezinnen uit deze straten zijn verhuisd naar andere delen in Den Bosch-Oost, maar dat is tijdens het onderzoek (nog) niet bekend. De als achterstandsgebied aangemerkte buurt bestaat niet meer; de mensen die er woonden uiteraard wel. In hun gezondheidssituatie is niets gewijzigd.

De conflicterende volksbuurt is verdwenen in deze periode van zakelijkheid. Een onderzoeker die de wijk onderzoekt vanuit het 'gezonde wijken concept' ontdekt dat Den Bosch-Oost een saamhorige wijk is. Uit het onderzoek naar de gezondheidssituatie blijkt dat de participanten van Hulpsector Oost meer diensten voor anderen verrichten dan gemiddeld in de stad. De achterstandswijk voor de huisartsenzorg is er soms wel en soms niet. De manier van meten en onderzoeken bepaalt in deze periode de kenmerken van de wijk. Op basis van deze metingen worden welzijnswerkers ingezet en de hoogte van de huisartsenvergoedingen bepaald.

5.3. De buurt als etalage van verschillen (rond 2003)

Van der Lans, journalist en cultuurfilosoof, doet in 1998 onderzoek in Den Bosch-Oost en kijkt vooral naar de desintegrerende krachten en samenbindende sociale infrastructuur in de wijk. Hij komt tot de conclusie dat er geen 'Groot Verhaal' meer is in Den Bosch-Oost, dat de wijkbewoners samenbindt (Van der Lans, juli 1998). Ik reageerde destijds hierop in mijn artikel 'Het zorgend vermogen van Den Bosch-Oost':

"Maar ik denk dat er vele kleine verhalen zijn, die zich met elkaar verbinden en zo voor een stevige basis in de sociale infrastructuur zorgen. Beleidsmakers, wetenschappers, journalisten en functionarissen-op-afstand pikken die 'kleine verhalen' niet op, toch zijn ze van groot belang voor een wijk.[...] Buurtbewoners benutten hun eigen kwaliteiten om mooie wijkinitiatieven te realiseren. [...] Voor de ondersteuning, begeleiding en stimulering van zelforganisaties en voor de coalitievorming in de wijk blijven het welzijnswerk en het opbouwwerk een onmisbare schakel. Liever niet om brandjes te blus-

sen, liever niet met een Groot Verhaal, maar graag met oog voor de kwaliteiten van de buurt en de bewoners.” (Paes, november 1998; pg. 26-27)

In zijn tweede artikel, als reactie op mijn antwoord dat er vele kleine verhalen in Den Bosch-Oost zijn, zet Van der Lans sterker aan en vindt dat de knop om moet. Hij zegt:

“Weg met alle naïeve gedachten en idyllische dorpse voorstellingen over de buurt, we moeten de realiteit accepteren zoals die is.” (Van der Lans, december 1998; pg. 28)

De realiteit is volgens hem dat de buurt niet langer een tweede huis is voor wijkbewoners, dat hun contacten en hun actieve leven zich op een grotere schaal dan de buurt afspelen. Er zijn geen vrijwilligers meer die hun hele ziel en zaligheid in het buurtwerk leggen. En die vindt hij dan ook niet meer in Den Bosch-Oost. De nieuwe vrijwilligers zijn actief vanuit een eigen belang: omdat hun kinderen in de leeftijd zijn dat er wat moet gebeuren of vanuit een ander belang. Hij concludeert dat er in een buurt niets meer vanzelf gaat en dat we ons tot buurten anders moeten gaan verstaan. Buurten zijn geen problematische domeinen waarin we samenhang en overzichtelijkheid moeten creëren, maar eerder een levende etalage van verschillen, van culturele onderscheidingen. Hij pleit voor een actieve aanwezigheid van professionals in buurten en wijken, voor een permanente interactie tussen het lokaal bestuur en de bewoners, zodat de kleine verhalen een podium krijgen en voor het aanwakkeren van de dialoog om verstopte communicatie tussen buurtbewoners onderling en tussen buurtbewoners en publieke instanties opnieuw op gang te brengen. Zijn tweede artikel heeft een ruimere invalshoek en lijkt niet meer te gaan over Den Bosch-Oost; althans ik herken onze wijk niet meer in zijn antwoord. Het lijkt alsof de kleine verhalen van de mensen die voor elkaar zorgen in een wijk er niet echt toe doen, alsof die geen relatie hebben met de communicatie tussen buurtbewoners onderling. Zijn pleidooi voor een permanente interactie tussen lokaal bestuur en bewoners is terug te zien in het beleid van de gemeente 's-Hertogenbosch ten aanzien van het 'wijkgericht werken' in 2005:

“Conform het Beleidsplan in Hoofdzaken en de Kadernota wordt voorgesteld om per 1 januari 2005 het Wijkgericht Werken (WGW) stadsbreed in te voeren als methode om in interactie met bewoners en maatschappelijke instellingen de leefbaarheid te bevorderen en de verantwoordelijkheid en betrokkenheid van bewoners te versterken.” (Gemeente 's-Hertogenbosch, Raadsvoorstel 040841, 2005)

De gemeente deelt de stad voor het wijkgericht werken in twaalf grote wijken in en komt tot globalere aanduidingen. De buurten krijgen geen speciaal etiket. In het wijkgericht werken is de uitgangshouding van de gemeente naar alle wijken hetzelfde. Op basis van het aantal inwoners kent de gemeente een wijkbudget toe. Wel wordt vanuit het grootstedenbeleid in de oude 'aanpakwijken' nog steeds extra geïnvesteerd buiten het wijkgericht werken om.

De gemeente deelt de wijk Den Bosch-Oost doormidden. Aawijk-Zuid en de Grevelingen horen samen met Zuid bij de wijk Zuidoost. Aawijk Noord, Graafsewijk Zuid, Graafsewijk Noord en Hinthamerpark horen samen met de Bartjes en Hintham bij de wijk Graafsepoort. De scheidingslijn loopt bij de rivier de Aa. Op de website van de gemeente 's-Hertogenbosch staan de volgende omschrijvingen over de twee gebieden waartoe Den Bosch-Oost behoort:

“Zuidoost:

Naoorlogse wijk uit de jaren 50 en 60 met veel (openbaar) groen en water. Delen van de wijk zijn erg in trek bij ouderen, die meer dan een kwart van de bevolking uitmaken. Er zijn de laatste jaren nogal wat dure appartementen gebouwd, zodat ondanks een hoog aandeel huurwoningen de gemiddelde waarde op een redelijk hoog niveau ligt. Het aantal 1- en 2-persoonshuishoudens is ruim vertegenwoordigd met ¾ van het totaal. Het aantal werklozen ligt boven het stedelijke gemiddelde, evenals het aantal uitkeringsgerechtigden (Bijstand en WAO/AAW). Het gemiddelde huishoudinkomen is iets lager dan gemiddeld. Er zijn meer milieuklachten dan gemiddeld en veel arbeidsplaatsen. Er zijn veel auto-inbraken. De maatschappelijke betrokkenheid is iets hoger dan gemiddeld. De sportieve en culturele activiteiten buitenshuis zijn vrij gemiddeld, op het museumbezoek na. Dit is verhoudingsgewijs hoog.

Graafsepoort:

Bestaat uit de Graafsewijk en Hintham, die in elkaar overlopen. Een deel vooroorlogs en inmiddels gerenoveerd; het merendeel is uit de jaren 50 en 60. Veel hoogbouw uit de zestiger jaren. Vrij lage waardering van de eigen woning ondanks redelijk percentage koopwoningen. Relatief veel gezinnen met kinderen. Delen van de Graafsewijk zijn in het recente verleden verpauperd en scoren slecht op sociaal-economisch en veiligheidsgebied. Hier worden de laagste inkomens van de stad aangetroffen. In de wijk is weinig werkgelegenheid te vinden. De werkloosheid ligt boven het stedelijk gemiddelde, evenals het aantal uitkeringsgerechtigden (Bijstand en WAO/AAW). Zowel de leefbaarheid als de veiligheid in de Graafsepoort worden iets lager dan gemiddeld beoordeeld. Het aantal auto-inbraken is hoog, het percentage inwoners dat zich vaak onveilig voelt eveneens. De maatschappelijke betrokkenheid is iets lager dan gemiddeld. Hetzelfde geldt voor de sportieve en culturele activiteiten buitenshuis.”¹³

Op een andere manier dan Van der Lans bedoelde, wordt Den Bosch-Oost een etalage van verschillen. Verschillen van opvattingen tussen het lokaal bestuur en de actieve wijkbewoners. De gemeente kijkt vanuit de cijfers en stelt volgens een administratieve indeling de wijkgrenzen vast. De gemeente knipt de wijk doormidden en de naam van de wijk verdwijnt. De bewoners blijven spreken over de wijk Den Bosch-Oost en accepteren de nieuwe grenzen van de gemeente niet. Over de impact van deze inbreuk op de wijk ga ik in deel III nader in.

13 Website gemeente 's-Hertogenbosch, geraadpleegd op 4 januari 2006

5.4. Samenvatting: Den Bosch-Oost door de jaren heen (1975-2005)

Opvallend is dat in typeringen door buitenstaanders naar voren komt dat de homogene volkswijk niet meer bestaat. De auteurs doen alsof die wel bestaan heeft en nemen de homogene volkswijk als referentiepunt voor de veranderingen in Den Bosch-Oost. Het referentiepunt is een abstractie om de werkelijkheid aan te toetsen. Blijkbaar roept Den Bosch-Oost deze (oude) beelden van homogeniteit op bij externe onderzoekers.

In de jaren zeventig en begin tachtig zijn het cultuursociologische verhalen, die de boven- toon voeren en op basis waarvan ook een gemeente wijken heeft ontworpen. Vanaf 1990 zoekt men zijn heil vooral in cijfers, die een objectieve maat zouden zijn. Uit de verschillende interpretaties van de cijfers blijkt echter dat er meerdere objectieve maten zijn. De ene keer is de wijk een achterstandswijk; bij een andere typering niet. Het meest opvallend is de uitspraak over de gemiddeld lagere maatschappelijke betrokkenheid, die in de gemeentelijke typering op de website staat. Deze conclusie staat lijnrecht tegenover de hoge participatiegraad uit het GGD-onderzoek van 1991.

Vanaf 2000 wordt de toon gezet door het leggen van verantwoordelijkheid bij buurten en wijken zelf en een terugtrekkende overheid. De toon over de wijken blijft neutraal en is gebaseerd op cijfers.

Door de tijd zijn de beelden en typeringen van de wijk aan verandering onderhevig, omdat ideeën en theorieën over de wijk veranderen en deze van invloed zijn op het gevoerde beleid ten aanzien van de wijken. In de eerste periode overheerst het kijken naar de wijk als een gemeenschap, als een community. Vanaf de jaren negentig overheerst het kijken naar de wijk als een geografisch gebied, dat via cijfers te kennen is. Terwijl er vanuit de gezonde wijken benadering oog voor de saamhorigheid in de wijk is. Vanaf 2000 overheerst een mix tussen de beide benaderingen: de sociologische kijkt naar de wijk, die wel of niet in staat is tot veel zelfwerkzaamheid en het nemen van eigen verantwoordelijkheid en dat liefst en zoveel mogelijk onderbouwd met cijfers.

Onmiskenbaar correspondeert bepaald beleid met de wijze waarop buurten en wijken getypeerd worden. Aan dit beleid is voor het welzijnswerk financiering gekoppeld. Ook de huisartsenzorg is voor extra financiering van de patiëntenzorg afhankelijk van het etiket 'achterstandswijk'. Welke invloed deze ontwikkelingen op de wijkvoorzieningen gehad heeft is in het volgende hoofdstuk te lezen. Of en hoe de beelden van buitenaf de bewoners, de vrijwilligers en de beroepskrachten in hun activiteiten beïnvloed hebben, komt in deel III naar voren.

6. HISTORISCHE RECONSTRUCTIE VAN HET WJKGEZONDHEIDSWERK IN DEN BOSCH-OOST

“Het is in de loop der jaren natuurlijk allemaal groter en zakelijker geworden, maar de meeste ideeën van het begin staan nog overeind. De betrokkenheid, de saamhorigheid, het opkomen voor kwetsbare groepen en de gezelligheid vind je nog altijd terug. Daar hebben we in de moeilijke jaren aan het Zuidoosterfront het fundament voor gelegd.” (Annie van Oort in “Nog steeds anders”, 2000)

In de historische reconstructie van het wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost worden achtereenvolgend het welzijnswerk in Den Bosch-Oost, het gezondheidscentrum Samen Beter en het wijknetwerk Hulpsector Oost belicht. In Hulpsector Oost werken het welzijnswerk en het gezondheidscentrum samen; vele instellingen sluiten zich hierbij aan. De reconstructie biedt inzicht in hoe en onder welke condities het wijkgezondheidswerk door de jaren heen gestalte kreeg.

Voor dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van publicaties over Welzijnsproject Oost en gezondheidscentrum Samen Beter. Verder is geput uit materiaal van het archief van Piet Willems, het archief van de wijkkrant Oost en van gezondheidscentrum Samen Beter.

6.1. Het welzijnswerk in Den Bosch-Oost

In de verhalen van de actieve bewoners is de geschiedenis van het Welzijnsproject Oost verbonden met de wijk. Het welzijnsproject Oost komt voort uit een conflict van Piet Willems (opbouwwerker in enkele oude binnenstadwijken) en zijn werkgever. Het nieuwe welzijnsdenken van werken ‘vanuit de basis’, gevoed door het werk van Freire¹⁴, botst met het ‘oude paternalistische welzijnswerk’ in ’s-Hertogenbosch. Actieve buurtbewoners springen in de bres met de actie ‘Wij willen Piet, anders niet’. Willems zoekt contact met enkele verlichte ex-katholieke notabelen in Noord-Brabant die de weg weten in ‘subsidieland’. Zij boren een potje aan van het toenmalige ministerie van CRM (Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk werk) en zo kan het Welzijnsproject Oost eind 1974 van start gaan. Als experiment en als aparte stichting, want van de bestaande Bossche instellingen wil niemand Piet Willems op de loonlijst hebben. Hij mag zijn gang gaan in de Graafsewijken en de Aawijken. Daar ontbreekt het op dat moment geheel aan welzijnsvoorzieningen.

14 Paulo Freire, Braziliaans pedagoog en filosoof, in de jaren 70 bekend in Nederland door zijn ‘pedagogie van de onderdrukten’

6.1.1. De start van Welzijnsproject Oost in 1975

Piet Willems gaat aan de slag in Den Bosch-Oost. Hij legt contacten met wijkbewoners en verzamelt een vaste groep vrijwilligers om zich heen. Overal waar onvrede de kop op steekt en bewoners zelf iets willen ondernemen, probeert hij ter aanmoediging en ondersteuning aanwezig te zijn. In een paar jaar tijd zet Piet Wilems met bewoners een reeks activiteiten op. In het verslag over de eerste 4 jaar welzijnsproject Oost zijn 7 WAO-groepen, 2 buurtcentra, 4 alfabetiseringsgroepen, een tiental vrouwengroepen, jongerengroepen, activiteiten rond zorgbehoefte, een wijkkrant, een twintigtal wijk- en buurtcomités en een basisacademie voor de vrijwilligers beschreven. (WPO, 1979)

Piet heeft internationale contacten met mensen en organisaties die zich eveneens laten inspireren door het werk van Freire en het 'basisdenken'. Op een bijeenkomst in de zomer van 1977 neemt hij deel aan een internationale bijeenkomst van basisinitiatieven in België. Een groep aankomende gezondheidswerkers (vier huisartsen, twee maatschappelijk werkers, een psycholoog, een fysiotherapeut, een orthopedagoog en een wijkverpleegkundige) afkomstig uit Nijmegen en eveneens geïnteresseerd in het 'basisdenken' leren Piet Willems via deze internationale bijeenkomst kennen.

In de jaren tachtig breidt het Welzijnsproject uit. Een team van opbouwwerkers, buurtwerkers, jongerenwerkers, vrouwenwerkers, educatiewerkers bevolken het kantoor en de buurthuizen. Piet Willems coördineert een uitgebreid projectenoverleg. Het team ontwikkelt vele activiteiten consequent samen met groepen wijkbewoners. Niet vanzelf en niet zonder conflicten, zoals de eerder aangehaalde Dieleman beschrijft:

“De spil waaromheen de belevingen van de bewoners draaiden was een wij/zij-gevoel. Die tegenstelling bewerkstelligde een hechte solidariteit tussen de opbouwwerker en de vrijwilligers. De eerste jaren moesten zij zich keer op keer schrap zetten tegen de gemeente en knokken voor iedere nieuwe voorziening. Maar elk succes versterkte hun onderlinge band.” (Dieleman, 1986; pg. 358)

Er zijn spanningen in de wijk tussen de verschillende groepen: vrouwengroepen, die in het buurthuis een eigen plek opeisen; rivaliserende families binnen vrijwilligersgroepen; vrijwilligers die tegenover de steeds groter wordende groep beroepskrachten komen te staan. In de historische schets van de wijk (hoofdstuk 5) is hieraan al aandacht besteed. Het zijn de twee kanten van één wijk met vele actieve bewoners. Deze ervaringen en conflicten vormen het lesmateriaal voor de 'basisacademie' in de wijk. In de basisacademie leren actieve wijkbewoners hoe zij met groepsprocessen en zelforganisatie moeten omgaan. Een op de praktijk gerichte training van vaardigheden, waar zij eveneens kennis en inzichten opdoen. Dieleman merkt op hoe diep deze scholing ingrijpt in het bestaan van de deelnemers die weinig opleiding hebben en niet gewend zijn om in een groep te leren.

Het Welzijnsproject heeft een brede insteek in de wijk. Dit is te zien als een aantal ouders actie voert voor het behoud van een basisschool in de wijk. Zij worden hierin gesteund door het Welzijnsproject. Na een bezetting van de school krijgen de ouders politieke steun en blijft de

school behouden. De school, De Plataan, heeft een herstart in een gebrekkige accommodatie met 12 leerlingen. Een jaar later sluit een andere groep ouders uit de wijk zich aan. Het zijn ouders, die vrijwillig of beroepsmatig verbonden zijn aan het Welzijnsproject Oost en gezondheidscentrum Samen Beter (zie de volgende paragraaf). Deze hoogopgeleide ouders met jonge kinderen kiezen als groep voor deze school en voeren vervolgens actie om er een kleuterafdeling aan toe te voegen. Deze actie heeft een aanzuigende werking op kinderen uit de wijk en de school groeit in acht jaar tijd uit tot de grootste school in de wijk met 160 kinderen. De buurtschool is een mix van kinderen van laag- en hoogopgeleide ouders en vanaf de jaren negentig kinderen van allochtone ouders. De ouders van de verschillende groepen zijn actief betrokken bij de school, zowel bij uitvoerende activiteiten, als in de medezeggenschapsraad.

6.1.2. Een stedelijke welzijnsinstelling in 1990

Het Welzijnsproject Oost gaat in 1989 op in de stedelijke welzijnsinstelling Divers. Piet Willems maakt in 1990 gebruik van een regeling voor vervroegd pensioen. Hij blijft op allerlei manieren vrijwillig actief in stedelijke projecten voor dak- en thuislozen, langdurig werklozen en psychiatrische patiënten. Voor mensen uit het 'souterrain' van de samenleving zoals hij dat noemt. Diverse onderdelen van het Welzijnsproject Oost die in de wijk ontwikkeld zijn zoals het zogenaamde randgroepjongerenwerk en het alfabetiseringswerk zijn al eerder naar stedelijke organisaties overgeheveld. Vanwege het succes van deze activiteiten verbindt de gemeente aan de subsidie de voorwaarde, dat de activiteiten ten behoeve van de hele stad uitgevoerd moeten worden. Andere onderdelen van het Welzijnsproject Oost zoals het vrouwenwerk en de basisacademie zijn weg bezuinigd. Het wijkkantoor verdwijnt en een opbouwwerker en een jongerenwerker van de stedelijke organisatie werken nog slechts enkele uren in de wijk. Den Bosch-Oost is voor het welzijnswerk van Divers géén intensief, maar extensief gebied. Deze kwalificatie gaat gelijk op met de door de gemeente vastgestelde welzijnsindex voor buurten in hun rapport 'Buurten en wijken vergeleken', zoals beschreven in het vorige hoofdstuk. Een manager van Divers hierover:

“We rekenen nu in uren, we bestrijken een veel groter gebied; die kleinschaligheid van vroeger is weg. We moeten nu continu afwegingen maken; als er ergens een uur bij moet, dan moet dat ergens anders af. Het is plussen en minnen. De prioriteit ligt nu bij het pilotproject (in de aanpakbuurten), dat vraagt alle aandacht en dat is ook nodig. Die buurten staan er een stuk slechter voor dan in de rest van Oost, waar al veel voorzieningen en activiteiten vaste voet aan de grond hebben.” (Van der Lans, juli 1998; pg. 39)

De welzijnswerkuren voor Den Bosch-Oost worden ingevuld door werkers die tevens in andere delen van 's-Hertogenbosch werkzaam zijn. Deze welzijnswerkers maken wel deel uit van het wijknetwerk Hulpsector Oost. Richting gemeente wordt meerdere malen vanuit de wijk de onvrede geuit over het geringe aantal uren welzijnswerk. De welzijnswerkers zijn niet zichtbaar aanwezig in de wijk en slechts betrokken bij een beperkt aantal wijkactiviteiten.

6.1.3. Wijkplatform Oost in 2000

In 2000 dreigt de wijkkrant te verdwijnen. De redactie bestaande uit enkele wijkbewoners ziet door de financiële zorgen geen perspectief om voort te bestaan, nadat een bijdrage vanuit het welzijnswerk is gestopt. Naar aanleiding van de noodkreet van de redactie bedenken enkele vrijwilligers samen met Hulpsector Oost een reddingsplan. Een tiental vrijwilligers richten met hulp van Hulpsector Oost in 2000 het Wijkplatform Oost op, waarbij de vele vrijwilligersorganisaties uit de wijk zich aansluiten. Het maandelijks overleg doet denken aan het oude projectenoverleg van Welzijnsproject Oost. Tot de groep vrijwilligers behoren enkele mensen die het oude projectenoverleg en de basisacademie nog kennen. Het Wijkplatform organiseert bijeenkomsten en pakt gezamenlijk ervaren knelpunten in de wijk op. Het Wijkplatform Oost is aanspreekpunt voor de gemeente en ontvangt een subsidie voor de communicatie met de wijk. Hiermee wordt de wijkkrant gesponsord die hiermee door kan gaan. Het Wijkplatform ontvangt als experiment een wijkbudget en kan in korte tijd vele wijkactiviteiten ondersteunen. Tevens is er een wijkambtenaar die als *trait d'union* fungeert in het contact tussen de wijk en de gemeente. Deze periode wordt positief geëvalueerd en de gemeente zegt toe dat deze ervaringen gebruikt zullen worden in het ontwerp van het wijkgericht werken van de gemeente. Hoe dit afliep is in het vorige hoofdstuk beschreven.

In 2003 initieert Wijkplatform Oost een wijkproject 'Van jong tot oud in Oost'. De start ligt bij onrust in de wijk, veroorzaakt door overlast en criminaliteit rond een winkelcentrum door een groep jongeren, voor het merendeel Marokkanen. Het project groeit uit tot een zelfstandige stichting die vanuit een visie op samenlevingsopbouw diverse activiteiten opzet en met hulp van gemeentelijke en provinciale subsidies op projectbasis opbouwwerkers en jongerenwerkers aantrekt. (Wijkplatform Oost, 2004) De werkers van deze stichting nemen deel aan de overleggen van het wijknetwerk Hulpsector Oost. Wijkplatform Oost en de nieuwe stichting pakken de (internationale) uitwisselingscontacten weer op. (VJTO, 2006)

6.1.4. Het welzijnswerk door de jaren heen (1975 – 2005)

In de jaren van 1975 tot eind jaren tachtig is het Welzijnsproject de spil in vele wijkactiviteiten. De centrale rol die het Welzijnsproject in de wijk speelt, wordt in de daarop volgende jaren terug gebracht tot een minimale bijdrage in de ondersteuning van enkele wijkcomités en buurtactiviteiten. Het landelijk bekend geworden alfabetiseringswerk, gebaseerd op de methode van Freire, is onderdeel van een stedelijke organisatie voor basiseducatie, dat eind jaren negentig opnieuw aansluiting zoekt in de wijken voor het organiseren van taallessen voor allochtonen. Het jongerenwerk van weleer, dat contact had met jeugdbendes en met hen aan de slag ging, wordt opgenomen in het stedelijke randgroepjongerenwerk. Het randgroepjongerenwerk wordt onderdeel van de maatschappelijke opvang en drugshulpverlening. De vanzelfsprekende samenwerking met de wijk verdwijnt. De rol die het welzijnswerk

vervult als bruggenbouwer, de functie van 'bridging' tussen groepen wijkbewoners en tussen wijkbewoners en instellingen verdwijnt hiermee grotendeels.

Het in 2000 opgerichte Wijkplatform Oost bundelt de vrijwilligersorganisaties in de wijk; een taak die vroeger door het Welzijnproject werd ingevuld. Ondanks een positieve evaluatie van de gemeente 's-Hertogenbosch over de activiteiten die het Wijkplatform ontplooit, is de teleurstelling groot als de gemeente in het beleid voor wijkgericht werken de wijk Den Bosch-Oost door midden deelt en over twee zogenaamde wijktafels verdeeld. De gemeente baseert zich in dit nieuwe beleid op de wijk als gemeenschap, als community, maar in de uitvoering kiest de gemeente voor een administratieve indeling. Hier botsen twee wijkbenaderingen: de geografische en de sociologische. Deze botsing tussen gemeente en Wijkplatform Oost is in deel III als casus uitgewerkt.

Het zijn de problemen met overlast veroorzakende jongeren die de aanzet zijn tot het oprichten van een nieuwe stichting voor samenlevingsopbouw (Van jong tot oud in Oost) vanuit het Wijkplatform Oost in 2003. Dit gebeurt buiten de reguliere welzijnsorganisatie om. De wethouder met jeugd, onderwijs en wijkgericht werken in zijn portefeuille ondersteunt deze ontwikkeling.

6.2. Wijkgezondheidscentrum Samen Beter

De gezondheidswerkers die Piet Willems in 1977 in België ontmoeten, kennen elkaar vanuit hun studietijd in Nijmegen. Zij zijn betrokken bij politieke discussiegroepen van gezondheidswerkers in Nijmegen, maar willen in de praktijk aan de slag.

“Politiek was voor ons iets anders dan lid zijn van een partij [...] Concrete politiek bedrijven was bouwen en werken aan [...] gezondheidszorg [...] op een manier die qua vorm en inhoud aan moest sluiten bij patiënten in een wijk [...] Het moest een vorm van basiswerk worden, waarin patiëntenparticipatie daadwerkelijk vorm kon krijgen. [...] Zelfbeheer en eigen zeggenschap van de wijkbewoners over de gezondheidszorg, daar ging het ons om. [...] Daarom vonden we het zo belangrijk om de wijk in zoveel mogelijk opzichten te leren kennen. Daar ligt ook de reden [...] om zelf in de wijk te gaan wonen. We wilden het leven in de wijk zoveel mogelijk ervaren als de andere wijkbewoners.” (Samen Beter, 1990)

Een van de huisartsen in deze groep spitst deze visie toe op zijn werk:

“We wilden de strijd aanbinden onder andere tegen verslavende medicijnen zoals tranquillizers. Mensen mochten daaraan niet verslaafd raken of moesten ervan loskomen, vonden wij. Verder wilden we mensen actief maken. Ze moesten niet berusten in hun negatieve situatie thuis of op het werk. Daar moesten ze iets aan doen [...] De sociale factor van ziekte, daar legden we de nadruk op. We wilden patiënten helpen daar iets aan te doen en spoorden hen aan om op te komen voor hun recht in gezin en werk.” (Samen Beter, 1990)

6.2.1. Het initiatief voor een wijkgezondheidscentrum in 1978

Na een eerste gesprek van de groep gezondheidswerkers met Piet Willems verspreiden zij een uitnodiging in de wijk om met wijkbewoners te praten over ideeën en wensen op het gebied van de gezondheidszorg. Na een paar wijkavonden wordt een 'werkgroep gezondheidszorg Den Bosch-Oost' gevormd. De werkgroep die begin 1978 start met de voorbereidingen voor een wijkgezondheidscentrum oriënteert zich op 'Oost'. Deze werkgroep bestaande uit professionals en vrijwilligers organiseert op verzoek van wijkbewoners diverse gezondheidsactiviteiten: een medicijnspreekuur, afslankgroepen, WAO-spreekuur en werkt mee in diverse wijkactiviteiten zoals jongerengroepen, vrouwentherapiegroepen en WAO-groepen. Daarnaast gaat de werkgroep op vele wijkbijeenkomsten met bewoners in discussie over gezondheid en gezondheidsvoorzieningen. Deze gesprekken vormen de basis voor het plan dat de werkgroep uitwerkt; een eigen wijkgezondheidscentrum voor Den Bosch-Oost. De gezondheidsvoorzieningen in de wijk zijn op dat moment minimaal: twee solistische werkende huisartsen, een apotheek, een tandartsenpraktijk, een praktijk voor fysiotherapie en een spreekuur voor maatschappelijk werk. Deze gezondheidszorgwerkers hebben geen contacten met de actieve wijkbewoners. Enkele actieve wijkbewoners zijn wel bij hen als patiënt ingeschreven. Wijkbewoners blijken ingeschreven te zijn bij praktijken verspreid over de hele stad 's-Hertogenbosch.

Geen instelling in 's-Hertogenbosch wil meewerken aan het initiatief van de werkgroep; ook de gemeente niet. De beroepsorganisatie van huisartsen keert zich tegen het initiatief en noemt in een krantenartikel de plannen naïef. (Brabants Dagblad, 1980) De werkgroep, inmiddels een vereniging, krijgt wel een contract en een lening van een ziekenfonds en subsidie van de Provincie Noord Brabant. Het praktijkpand, een klein woonhuis, is gekocht met behulp van een garantstelling van 'vrienden' van Samen Beter en opgeknapt met hulp van wijkbewoners. De groep gezondheidswerkers verhuist naar Den Bosch-Oost. Zij gaan in de wijk wonen om op die manier de wijk in zoveel mogelijk opzichten te leren kennen. Het gezondheidscentrum Samen Beter opent april 1980 de deuren en start met twee huisartsen, een fysiotherapeut, twee maatschappelijk werkers, een wijkverpleegkundige, een psycholoog en een orthopedagoog.

Voor en tijdens de opening van het gezondheidscentrum schrijven ongeveer 200 mensen zich als patiënt in bij de huisartsen. De huisartsen zijn de basis voor de zorg vanuit het gezondheidscentrum. Na een jaar zijn er 700 ingeschreven patiënten en in 1984 stagneert het aantal bij 1100. Dit is veel minder dan verwacht. Ondanks alle contacten met wijkbewoners in de voorbereidingstijd blijven vele wijkbewoners toch bij hun eigen huisarts. De stap naar de fysiotherapeut wordt gemakkelijker gezet en hun werk groeit gestaag. Op maatschappelijk werk wordt eveneens een groot beroep gedaan. De al voor de opening gestarte groepen en gezondheidskursussen gaan door en breiden uit, maar hier staan geen inkomsten tegenover. Alle medewerkers verdienen naar rato van het aantal uren het minimumloon; bijverdiensten vanuit andere banen gaan in de pot van Samen Beter. Het verdienen van het minimumloon

is enerzijds bittere noodzaak; er is niet meer geld beschikbaar. Anderzijds is het een ideologische keuze van de beroepskrachten; zij willen niet meer verdienen dan de gemiddelde wijkbewoner. Ondanks deze constructie is er niet genoeg geld om iedereen te betalen en een paar medewerkers van het eerste uur, die geen gefinancierde activiteiten uitvoeren, vertrekken noodgedwongen. Een huisarts en een fysiotherapeut vertrekken eveneens; teleurgesteld vanwege het in hun ogen niet verwezenlijken van de beginidealen.

In 1985 is het erop of eronder. Er volgt een herbezinning; de werkelijkheid is anders dan de ideologie. De koers wordt gewijzigd. De beroepskrachten kiezen voor een meer op hun vak gerichte aanpak. Niet iedereen hoeft alles te kunnen. De (para)medici stoppen met groeps- en wijkgerichte activiteiten en worden alleen af en toe voor het geven van informatie hierbij betrokken. Maatschappelijk werk zet de groeps- en buurtactiviteiten wel door samen met het Welzijnsproject en enkele vrijwilligers. Het betreft vrouwentherapiegroepen, meidengroepen, slaapcursussen, afslankgroepen, stoppen-met-roken-cursussen en ontspanningscursussen. Samen Beter maakt samenwerkingsafspraken met de gemeente over buurtmaatschappelijk werk en met de instelling voor wijkverpleging en kan op basis daarvan met terugwerkende kracht gebruik maken van een smalle variant van de subsidieregeling voor gezondheidscentra. Een verhuizing naar een groter pand, een voormalige kleuterschool, midden in de wijk is mogelijk met hulp van de gemeente.

6.2.2. Een nieuwe oriëntatie op de wijk in 1990

De periode van 1985 tot 1990 wordt in een verslag 'de overgangperiode naar een realistisch idealisme' genoemd. (Samen Beter, 1990) Vrijwilligers en beroepskrachten betrekken in 1987 na veel zelfwerkzaamheid het nieuwe pand en tot 1990 blijft het minimumloon van kracht. Nieuwe disciplines sluiten aan: logopedie, verloskundigen en wijkverpleegkundigen. Fysiotherapie en maatschappelijk werk breiden uit. De blik is niet meer uitsluitend op het Welzijnsproject en de actieve wijkbewoners gericht. Bewoners uit naburige wijken worden eveneens als patiënt geaccepteerd. In deze periode schrijven veel allochtonen zich in als patiënt. (Samen Beter, 1990) Dit heeft te maken met de komst van allochtone gezinnen naar Den Bosch-Oost (zie hoofdstuk 1). Beroepskrachten sluiten aan bij diverse stedelijke platformen en professionele samenwerkingsverbanden. Gezondheidscentrum Samen Beter wordt in 1985 tevens lid van de Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra (LVG). Het volgende citaat van een huisarts drukt deze omslag uit:

“Nu vind ik Samen Beter een goede vorm van gezondheidszorg, maar niet de enige goede. Ik voel me hier nog steeds even lekker in mijn vel als vroeger, vooral door de samenwerking met fysiotherapie en maatschappelijk werk. Ik voel me in dit opzicht bevoorrecht tegenover een soloarts. Vroeger vond je elkaar op de eerste plaats in de politieke visie, nu is het samen aanbieden van gezondheidszorg. In het begin wilde ik dingen veranderen in de macrosfeer, bijvoorbeeld arbeidsomstandigheden van fabrieksarbeiders, nu wil ik belangen van mensen behartigen in de microsfeer, bijvoorbeeld thuis sterven

mogelijk maken wanneer mensen daar de voorkeur aan geven. [...] Wat ik nog steeds belangrijk vind, is mensen bewustmaken van hun situatie [...] dat mensen leren zelf keuzes te maken, zelfstandig te handelen en dat ze zich geen keuzes laten opdringen van buitenaf.” (Samen Beter, 1990)

Met behulp van de subsidieregeling wordt in 1987 een van de medewerkers vrijgesteld voor coördinerende werkzaamheden. De scheiding van uitvoering en management doet zijn intrede alsook de voorbereiding van een op een zakelijker leest geschoeide organisatie. De beginidealen verdwijnen niet helemaal. Zo wordt er vast gehouden aan de verenigingsvorm, waarvan alle medewerkers en vrijwilligers lid zijn. Bij de totstandkoming van het beleid en de toekomstplannen zijn alle verenigingsleden betrokken. In 1990 staan er bij de huisartsen 2100 patiënten ingeschreven; wat in een gezondheidscentrum gelijk staat aan één huisartsenpraktijk en daarmee niet aan de minimumeis van een volwaardig gezondheidscentrum -minimaal twee huisartsenpraktijken- voldoet.

Tussen 1990 en 1995 vindt vervolgens een echte omslag plaats. Er komen nieuwe voorzieningen bij zoals het consultatiebureau, er komen meer patiënten bij de huisartsen en de organisatie professionaliseert: salarissen volgens CAO, de vereniging wordt een stichting en er wordt een kwaliteitssysteem ingevoerd. (Samen Beter, 1994) Maar wat blijft, zijn twee bestuurszetels voor wijkbewoners/patiënten, een cliëntenraad, een onverminderd aantal vrijwilligers, dat zorgt voor de eerste opvang van bezoekers en voor de beroepskrachten een belangrijke schakel zijn in de contacten naar de wijk. De vrijwilligers zijn actief in gemeenschappelijke commissies met beroepskrachten en voeren gezamenlijke discussies over toekomstplannen. Een vrijwilliger zegt over deze ontwikkeling het volgende:

“Het is in de loop der jaren natuurlijk allemaal groter en zakelijker geworden, maar de meeste ideeën van het begin staan nog overeind. De betrokkenheid, de saamhorigheid, het opkomen voor kwetsbare groepen en de gezelligheid vind je nog altijd terug. Daar hebben we in de moeilijke jaren aan het Zuid-oosterfront het fundament gelegd.” (Samen Beter, 2000)

In het kader van de sociale vernieuwingsprojecten (zie de volgende paragraaf) worden enkele vrijwilligers in de groeps- en buurtactiviteiten voortaan gefinancierd via werkverruimende maatregelen, waardoor intermediaire functies tussen gezondheidscentrum en wijk ontstaan. (Samen Beter, 1994) Een huisarts hierover:

“Ondanks een goed gestructureerde interne samenwerking zijn nog niet alle gezondheidsproblemen goed aan te pakken. Interventies op het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen vragen een community gerichte aanpak en daarmee komen andere samenwerkingspartners in beeld zoals het welzijnswerk, de buurthuizen, het opbouwwerk en de vrijwilligersinitiatieven.” (Samen Beter, 1994)

Na 1995 wordt de ingeslagen koers doorgezet; er is opnieuw uitbreiding van het team van beroepskrachten en het pand. Met behulp van achterstandsgelden voor de huisartsenpraktijk verbetert Samen Beter in deze periode de zorg aan groepen chronisch zieken (diabetespatiënten en astma/COPD-patiënten) en een Marokkaanse voorlichtster-eigen-taal treedt toe tot het team van medewerkers. De telefonische bereikbaarheid is nogal eens onderwerp

van gesprek in de cliëntenraad en gezamenlijk bedenken beroepskrachten, cliëntenraad en vrijwilligers een verbeterplan in een zogenaamde kwaliteitskring. De werkdruk voor de beroepskrachten is en blijft erg hoog. (Samen Beter, 1998)

6.2.3. Een professionele zorgvoorziening voor de wijk in 2000

Eind jaren negentig telt het gezondheidscentrum ruim 5.000 ingeschreven patiënten, het aantal beroepskrachten is gegroeid naar 30; het aantal vrijwilligers is ongeveer 20 gebleven. De beroepskrachten zijn nu in de meerderheid. Samen Beter voldoet aan de ‘ideale’ samenstelling van een gezondheidscentrum wat betreft aantal disciplines, vormgeving van de samenwerking en de inrichting volgens het kwaliteitssysteem. De wijkoriëntatie van Samen Beter en de invulling van wijkgerichte samenwerkingsactiviteiten met meerdere disciplines is herhaaldelijk als voorbeeld gekozen bij presentaties van LVG, zorgverzekeraars en ministerie. Uit bedrijfsmatige overwegingen blijft de basis van 5.000 patiënten klein; als norm geldt 10.000 patiënten. Samen Beter maakt het spanningsveld tussen ‘de kleine schaal’ voor samenwerking en ‘de grote schaal’ voor organisatorische ondersteuning tot doelstelling van een driejarig project ‘Samen Beter als kristallisatiepunt voor samenhangende zorg in een achterstandswijk’, dat in 1999 van start gaat met subsidie van het College van Zorgvoorzieningen (CVZ). Het doel van het project is de samenhang van de zorg verder te verbeteren. In plaats van het woord ketenzorg wordt gekozen voor ‘zorgarrangementen’ in de jeugdzorg, ouderenzorg, zorg voor chronisch zieken, psychosociale zorg en psychiatrische zorg. (Samen Beter, 2005) Over de realisatie van de gestelde doelen zegt het externe onderzoeksbureau:

“In de eerste plaats geldt, dat over de hele linie nieuwe werkafspraken zijn gemaakt, zowel met zorgverleners binnen Samen Beter, als met partijen daarbuiten. Deze nieuwe werkafspraken zijn vastgelegd in zorgarrangementen en protocollen en hebben over de hele linie geleid tot verbeteringen in de bestaande dienstverlening of de introductie van nieuwe vormen van diensten [...] waardoor het zorgaanbod van Samen Beter in de wijk Oost (structureel) is verbeterd. [...] In de tweede plaats kan ook worden geconstateerd, dat de doelstellingen in de richting van de gebruikers veelal (nog) niet zijn gerealiseerd. Hierbij valt bovendien op, dat zorgverleners op de resultaten in deze richting ook veel minder zicht hebben dan op de veranderingen en bereikte resultaten bij het zorgaanbod. Hierbij speelt natuurlijk mee, dat de gebruikers veel minder direct zijn te sturen en te veranderen dan het aanbod.” (EIM/Ipsos Facto, 2002)

Een ander onderdeel van het project is het bevorderen van de participatie van de verschillende doelgroepen in de zorgarrangementen. Deze activiteiten zijn in samenwerking met Hulpsector Oost opgepakt en in de volgende paragraaf beschreven. Dit onderdeel is niet door CVZ gefinancierd maar door het ministerie van VWS!

In 2002 breidt het gezondheidscentrum opnieuw uit: de apotheek sluit aan en de GGZ en verslavingszorg vinden onderdak bij Samen Beter voor gesprekken voor hun doelgroepen in de wijk. Deze samenwerking is een direct resultaat van het eerder genoemde project sa-

menhangende zorg. Het aantal patiënten van de huisartsen is gestegen tot ruim 6.000. Er werken ongeveer 40 beroepskrachten, die een geïntegreerd pakket eerstelijnszorg bieden. Na 2002 loopt het aantal vrijwilligers terug tot rond 10 in 2005. Op dat moment zijn de vrijwilligers van de beginperiode verdwenen: hoge leeftijd, overlijden of zich niet meer voldoende aangetrokken voelen tot de huidige organisatie. Een aantal vrijwilligers verlegt de activiteiten naar het Wijkplatform Oost. Voor de opvangfunctie lukt het om nieuwe vrijwilligers aan te trekken, zodat deze functie gehandhaafd blijft. Deze vrijwilligers hebben niet hetzelfde uitgebreide netwerk in de wijk en zij zijn minder een brug naar wijkactiviteiten dan voorheen. Gezondheidscentrum Samen Beter behoudt via Hulpsector Oost de samenwerking met de wijk, die vanaf 2003 een nieuwe impuls krijgt door de samenwerking met de nieuwe brede basisschool¹⁵ gelegen naast het gezondheidscentrum. Naast de wijkgerichte oriëntatie van Samen Beter is en blijft een opvallend kenmerk, dat het gezondheidscentrum in 's-Hertogenbosch bekend staat om de zorg voor dak- en thuislozen, vluchtelingen en relatief een groot aantal allochtone patiënten heeft. (Samen Beter, 2002)

6.2.4. Gezondheidscentrum Samen Beter door de jaren heen (1978 – 2005)

Een traag groeiende zorgvoorziening in een bestaande wijk met een zeer nauwe band met het welzijnswerk en actieve wijkbewoners transformeert naar een breed opgezette professionele zorginstelling, die probeert de wijkgerichtheid vast te houden. De politieke oriëntatie van de pioniers maakt plaats voor een oriëntatie op de kwaliteit van de zorg voor de individuele wijkbewoners in hun rol als patiënt. De hechte samenwerking met het welzijnswerk verdwijnt in de jaren negentig en daardoor wordt de positie van het gezondheidscentrum als coördinerende spil in de wijkcontacten sterker. Deze rol past niet in de financieringsstructuur van een gezondheidscentrum en wordt onder gebracht in het wijknetwerk Hulpsector Oost.

De samenwerking met actieve wijkbewoners verandert; hun positie in het gezondheidscentrum verandert en raakt geïnstitutionaliseerd: zij hebben een functie in de opvang van de patiënten of zijn lid van de cliëntenraad. De vrijwilligers die het gezondheidscentrum mee opgericht hebben, verdwijnen en de nieuwe vrijwilligers –geringer in aantal- hebben een minder groot netwerk in de wijk. De beroepskrachten zijn vooral gericht op de professionele samenwerking in en buiten het gezondheidscentrum. De brugfunctie die maatschappelijk werk lange tijd vervulde tussen Samen Beter en de wijk verdwijnt door de oriëntatie van de maatschappelijk werkers op de stedelijke maatschappelijke instelling. Samen Beter houdt

15 Een brede basisschool bestaat uit basisonderwijs, kinderopvang, voor- en naschoolse opvang, bibliotheek en diverse wijkactiviteiten.

de wijkgerichtheid en het contact met actieve wijkbewoners enigszins vast via Hulpsector Oost. De oorspronkelijke gerichtheid op de wijk als gemeenschap en community, het als beroepskrachten daar onderdeel van zijn, is er nauwelijks meer. De oriëntatie van Samen Beter schuift in de richting van de 'organisatorische wijk'. Hierop komt het grootste accent te liggen, hoewel de wijk als community zeker niet verdwijnt in het dagelijkse reilen en zeilen van het gezondheidscentrum. De oriëntatie op organisatie en management heeft ervoor gezorgd dat het gezondheidscentrum een levensvatbare wijkvoorziening is geworden en de vakgerichte oriëntatie van de beroepskrachten heeft een kwalitatieve verbetering van de zorg en de beroepsmatige samenwerking gebracht. De samenwerking met vrijwilligers en wijkorganisaties krijgt voornamelijk vorm in een aparte structuur: Hulpsector Oost. Is het Hulpsector Oost gelukt om de inhoud en kwaliteit van deze samenwerking vast te houden en te verbeteren? Hierover meer in de volgende paragraaf.

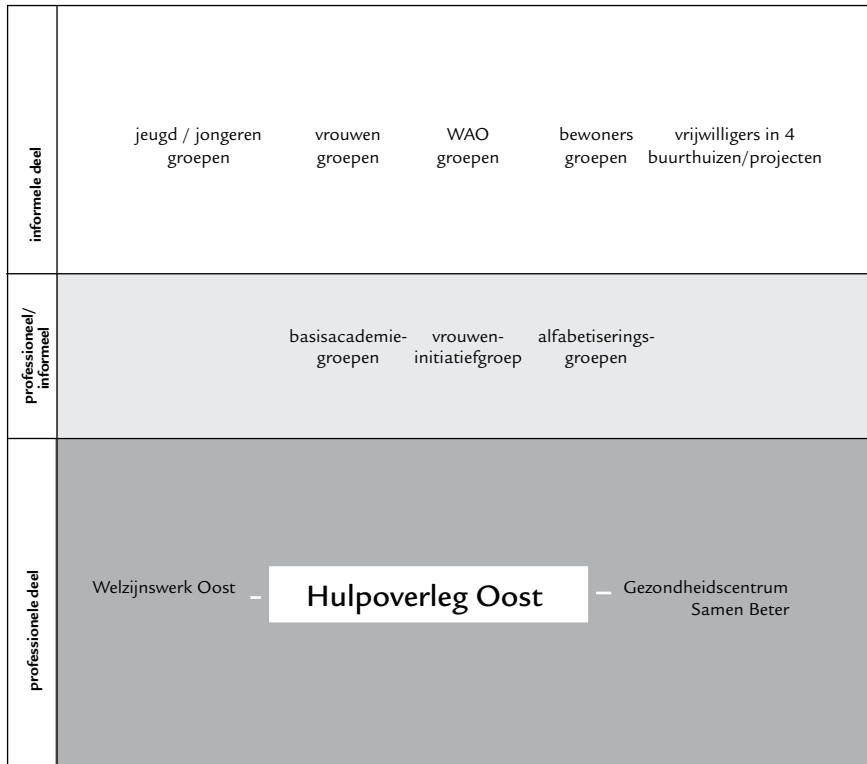
6.3. Wijknetwerk Hulpsector Oost

Welzijnproject Oost en het gezondheidscentrum starten in 1980 met een gezamenlijk overleg: Hulpoverleg Oost. (zie figuur 6.1) In dit overleg bespreken welzijnswerkers en gezondheidswerkers signalen uit de wijk en organiseren zij nieuwe activiteiten samen met wijkbewoners. Deze activiteiten worden aangeduid met wijknetwerk Hulpsector Oost. In deze paragraaf beschrijf ik de ontwikkeling van dit wijknetwerk.

6.3.1. Hulpoverleg Oost in 1980

Vanaf 1980 bestaat een overleg tussen het opbouwwerk van het Welzijnsproject Oost, het maatschappelijk werk van gezondheidscentrum Samen Beter en het alfabetisatie- en educatiewerk van het Welzijnsproject Oost. (zie figuur 6.1) Signalen over problemen in de wijk worden uitgewisseld. Steeds meer wijkactiviteiten sluiten zich aan; zoals het ouderenwerk Oost. Gezamenlijk probeert men zaken aan te pakken. Bijvoorbeeld de jongerenproblematiek rond jeugdbendes; de eenzaamheid onder ouderen, de maatschappelijke positie van WAO-ers, de emancipatoire hulpverlening voor vrouwen.

Figuur 6.1 Hulpsector Oost 1980



- informeel circuit
- organisaties met mix van professioneel en informeel circuit
- professioneel circuit georganiseerd in Hulpoverleg Oost

Het wijknetwerk bestaat uit diverse activiteiten, groepen en groepjes, waarin buurtbewoners in mindere of meerdere mate gesteund door professionals, werken aan een gezonde en leefbare buurt. Hulpsector Oost verbindt de delen van het netwerk en stimuleert wijkbewoners zich actief in te zetten voor de eigen gezondheid en elkaar daarbij te helpen. Op professioneel niveau werken zorg-, welzijns- en onderwijsorganisaties met elkaar samen.

Eind jaren tachtig wordt duidelijk dat het welzijnswerk uit de wijk gaat verdwijnen. Het welzijnsproject ontkomt niet aan de algemene bezuinigingen op het welzijnswerk en voegt zich in de stedelijke ontwikkelingen. Het wegvallen van deze samenwerking is een directe bedreiging voor het voortbestaan van Hulpsector Oost. Om de wijk Samenwerking overeind te houden maken Welzijnsproject Oost en Samen Beter een plan met hulp van provinciale ondersteuningsorganisaties. Met een subsidie van een fonds verschijnt in 1989 de publicatie

'Buurtzorg en professie, een netwerk'. Deze publicatie bevat een pleidooi voor het voortbestaan van Hulpsector Oost:

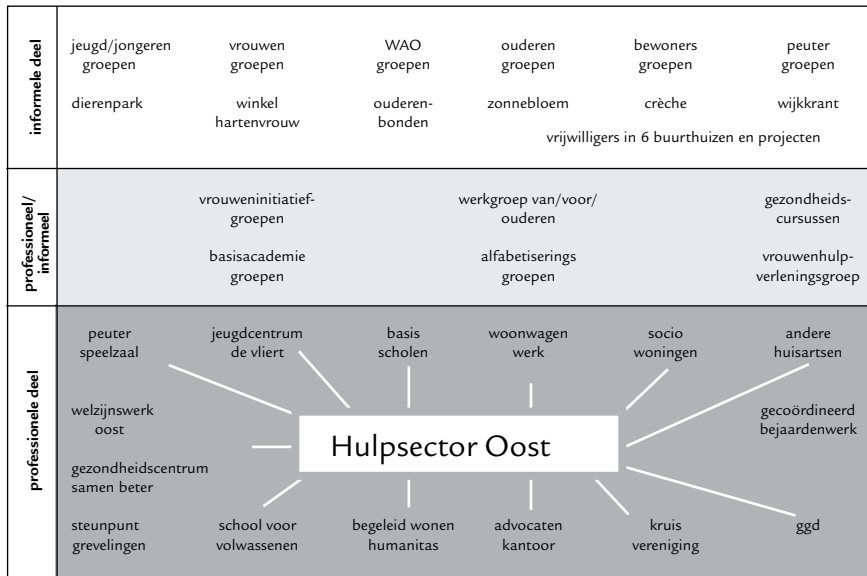
"Het welzijnswerk reikt bewoners instrumenten aan om met eigen initiatieven aan de slag te gaan en zich te ontplooien door zelfwerkzaamheid. De gezondheidszorg biedt de noodzakelijke zorg en ondersteuning en zet samen de weg uit met en voor mensen tot het ontdekken van hun positieve kracht en kwaliteiten en begeleidt hen op deze weg." (Paes, 1989; pg. 188)

6.3.2. Hulpsector Oost breidt uit in 1990

Het pleidooi leidt in 1991 tot de start van het 'Innovatieproject samenwerking professionele en informele zorg in Den Bosch-Oost'. Hulpsector Oost anticipeert met dit project op het sociale vernieuwingsbeleid en met behulp van landelijke instituties en een bezoek van de landelijke commissie Schaeffer wordt de gemeente 's-Hertogenbosch overgehaald om dit innovatieproject te financieren. Directe financiering door het ministerie voor een onderzoek in Den Bosch-Oost naar de gezondheidsbeleving van de wijkbewoners was toen al binnen. Het wachten was op de toekenning van projectgelden door de gemeente; die toekenning laat na het landelijke bezoek niet lang op zich wachten. (Brabants Dagblad, 1991) Hulpsector Oost trekt de aandacht van de GGD op een congres in Maastricht over lokale gezondheidsinitiatieven, dat georganiseerd is voor opbouwwerkers en GGDen. De GGD 's-Hertogenbosch gaat deelnemen aan het wijkoverleg en raakt betrokken bij de uitvoering van het wijkgerichte onderzoek naar de gezondheidssituatie van de bewoners van Den Bosch-Oost.

Hulpsector Oost groeit tijdens het innovatieproject uit tot een groot netwerk van instellingen en activiteiten (zie figuur 6.2). Via het Innovatieproject krijgen diverse wijkactiviteiten een stevige basis. Vooral de activiteiten waarin professionals en vrijwilligers samenwerken breiden uit. Deze activiteiten zijn ondergebracht in het middelste segment. Diverse professionele instellingen sluiten zich aan bij het overleg van Hulpsector Oost; zij zijn opgenomen in het onderste segment. De activiteiten in de wijk die door vrijwilligers zelf uitgevoerd worden, zijn opgenomen in het bovenste segment. Ook hier is een uitbreiding te zien. Enerzijds omdat er diverse nieuwe initiatieven het licht zien; anderzijds omdat al lang bestaande vrijwilligersorganisaties zoals de Zonnebloem Hulpsector-avonden (zie verderop) bijwonen en meer contact krijgen met andere organisaties in de wijk.

Figuur 6.2 Hulpsector Oost 1990



- informeel circuit
- organisaties met mix van professioneel en informeel circuit
- professioneel circuit georganiseerd in Hulpsector Oost

De coördinator van Hulpsector Oost legt contacten met landelijke gezondheidsbewegingen: de gezonde steden beweging van het Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ), het gezonde wijken project van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn en het project community based lokaal gezondheidsbeleid van het Landelijk Centrum Opbouwwerk. Hierop wordt in hoofdstuk 7 nader in gegaan.

Hulpsector Oost wordt onderwerp van onderzoek. (Steenbrink, 1992; Dorrestein en Smets, 1992) Er verschijnen diverse publicaties; er is nationale en internationale belangstelling. Vele groepen bezoeken Samen Beter en zijn vooral geïnteresseerd in de samenwerking tussen wijkbewoners en beroepskrachten in het gezondheidscentrum en in Hulpsector Oost. Voorbeelden van samenwerkingsprojecten van vrijwilligers en beroepskrachten zijn Het Kruieltje (dagopvang voor kinderen), Trefpunt Oost (dagopvang voor psychiatrische patiënten), De Stroom (vrouwenopvang), gezondheids cursussen en -groepen en ondersteuning mantelzorg en vrijwilligerswerk. Deze projecten hebben met elkaar gemeen dat ze ontstaan zijn vanuit signalen en op initiatief van wijkbewoners. In de uitvoering werken vrijwilligers in deze projecten samen met beroepskrachten. De projecten zijn landelijk en gemeentelijk voorbeelden van community based gezondheidswerk. In 1999 ontvangt De Stroom uit handen van de toenmalige VWS-minister Borst de AWARD van de World Health Organization als beste community based project in Nederland. Ondanks de vele aandacht en de mooie prijs

kampen deze projecten voortdurend met problemen voor structurele financiering. Deze samenwerkingsprojecten komen in deel III in de verhalen van wijkbewoners aan bod.

Naast de ontwikkeling van gezamenlijke wijkactiviteiten krijgt de structuur van het wijknetwerk een solide basis. Op beleidsniveau is eenmaal per drie maanden overleg tussen instellingen: Samen Beter, welzijnswerk Divers, Thuiszorg, maatschappelijk werk, GGD, basisonderwijs en het verzorgingshuis. Zij tekenen een samenwerkingsconvenant, waarmee zij zich verbinden aan Hulpsector Oost. Uitvoerende werkers van professionele organisaties en vrijwilligersorganisaties ontmoeten elkaar eenmaal per twee maanden in een gezamenlijk overleg (hulpoverleg Oost). In dit wijkoverleg worden signalen besproken, informatie uitgewisseld en nieuwe activiteiten geïnitieerd. De kerninstellingen financieren gezamenlijk de coördinatie van het wijknetwerk. De coördinatie ligt bij de directeur van gezondheidscentrum Samen Beter. Een aantal keren per jaar organiseert het wijkoverleg themabijeenkomsten voor alle betrokken professionals en vrijwilligers van het wijknetwerk (Hulpsector-avonden). Avonden die dienen voor ontmoetingen, informatie-uitwisseling en vaak de start vormen van een nieuwe wijkactiviteit. (Paes, 1993) Evenals de basisacademie hebben deze Hulpsector-avonden een grote impact op de vrijwilligers, die op deze avonden met beroepskrachten discussiëren over thema's als gezondheidsachterstand, kindermishandeling en incest, verslavingen, seksualiteit en eenzaamheid.

In de jaren negentig wordt enkele jaren geëxperimenteerd om de coördinatie van Hulpsector Oost elders onder te brengen: bij de GGD en bij Divers. Na verloop van tijd blijkt dit geen juiste keuze: de band van de betreffende beroepskrachten met de wijk is te gering, waardoor teveel informatie gemist wordt. Ook past het werk niet goed in het takenpakket van een stedelijk of regionaal georiënteerde instelling. Er komen in die periodes weinig tot geen nieuwe activiteiten van de grond. Hulpsector Oost blijft steken in uitwisseling van informatie in het tweemaandelijks overleg. Eind jaren negentig wordt de coördinatie van Hulpsector Oost weer gekoppeld aan Samen Beter.

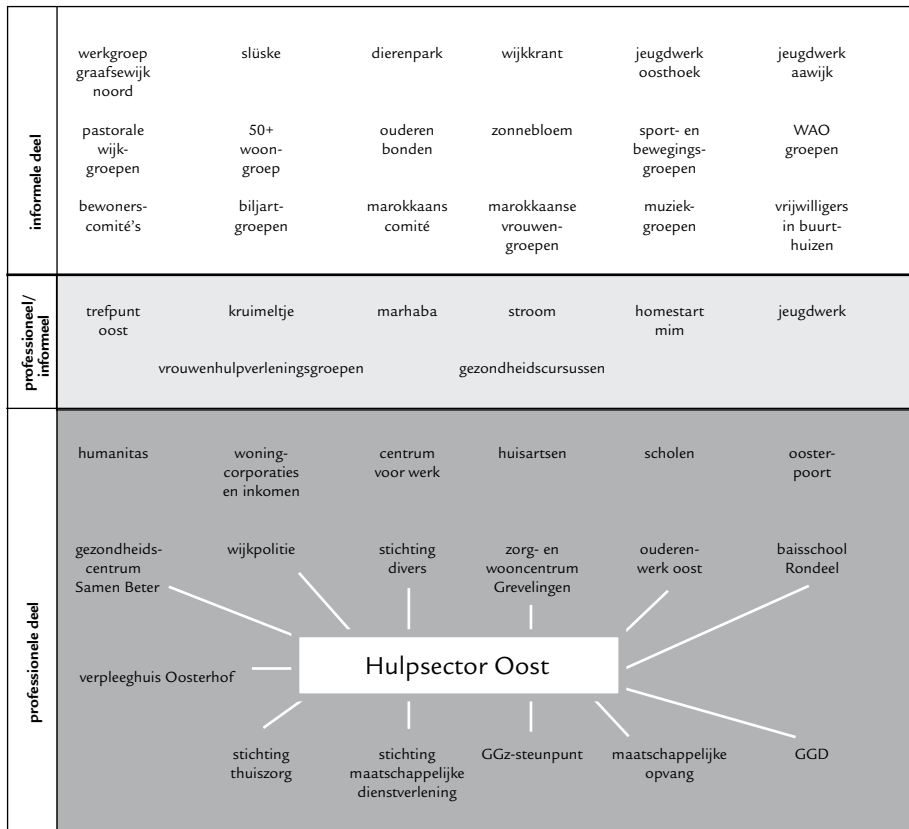
In 1999 gaat als onderdeel van het project 'samenhangende zorg' van Samen Beter een project van start binnen Hulpsector Oost: 'gezondheidsparticipatie voor bijzondere groepen'. Hierdoor krijgt Hulpsector Oost een nieuwe impuls. In het project werken gezondheidscentrum Samen Beter, het Landelijk Centrum Opbouwwerk, het Regionaal Patiënten/Cliënten Platform Noordoost Brabant, Divers en diverse wijkorganisaties samen. Zij betrekken de patiënten en wijkbewoners actief bij de ontwikkeling van de nieuwe zorgarrangementen voor de jeugdzorg, ouderenzorg, chronisch zieken, psychosociale zorg en psychiatrische zorg. Er is gewerkt met huisbezoeken, panels, steungroepen, trainingen en kwaliteitskringen. Ruim 300 wijkbewoners zijn betrokken bij deze activiteiten. Alle onderdelen zijn minutieus beschreven en methodische uitgewerkt:

“Zoals eigen is aan een projectopzet wordt deze geformuleerd met in het achterhoofd ideeën die men verwezenlijken wil. De praktijk is vervolgens altijd weerbarstiger en niet alles wat wordt bedacht lukt.

De zorgvuldige beschrijving van alle activiteiten, het regelmatig bespreken en doordenken van de ervaringen hebben echter veel materiaal opgeleverd over wat er wél gebeurde. [...] De ervaringen met gezondheidsparticipatie voor bijzondere groepen duiden erop dat het gaat om moeizame processen.” (Paes, 2003; pg.55)

Gedurende een aantal jaren is via deze extra projectmiddelen intensief gewerkt aan een methodische verdieping van het wijkgezondheidswerk binnen Hulpsector Oost. Door de gekozen opzet waarin de projectactiviteiten uitgevoerd worden samen met wijkorganisaties zoals Het Kruielmeltje, ouderenwerk, De Stroom, Trefpunt Oost en de gastmensen van Samen Beter komen de resultaten van het project velen in de wijk ten goede. De nieuwe activiteiten worden door deze organisaties voortgezet. Het levert weer een nieuw plaatje voor Hulpsector Oost op (zie figuur 6.3).

Figuur 6.3 Hulpsector Oost 2002



- informeel circuit
- organisaties met mix van professioneel en informeel circuit
- professioneel circuit georganiseerd in Hulpsector Oost

6.3.3. Hulpsector Oost trekt de banden aan met educatie in 2003

In 2002 wordt naast het gezondheidscentrum Samen Beter een brede Bossche school gebouwd. Twee basisscholen vinden hier onderdak alsook diverse wijkactiviteiten. De opzet van de brede school is een ontmoetingspunt voor de wijk te zijn en samenwerking tussen educatie, welzijnswerk en wijkactiviteiten te bevorderen. Het is verplicht voor de brede school om een beraad van beroepskrachten op te zetten. In dit beraad zitten ongeveer dezelfde personen als in het Hulpoeverleg. Er worden pogingen ondernomen om beide overleggen in elkaar te schuiven wat in 2003 zijn beslag krijgt. De naam Hulpoeverleg verandert in werkersoverleg Oost. Het werkersoverleg initieert diverse op kinderen en jongeren gerichte activiteiten zoals 'bewegen voor kinderen', 'gezonde voeding in de wijk' en de 'Hart voor je wijk week', waarin kinderen een week lang stage lopen bij diverse wijkactiviteiten en instellingen. Bij al deze activiteiten zijn vele instellingen en organisaties in de wijk betrokken.

Sinds 2003 zijn er geen Hulpsector-avonden meer. De meeste beroepskrachten in Hulpsector Oost wensen tijdens kantooruren te vergaderen en activiteiten te organiseren. Daar passen de Hulpsector-avonden niet in. Deze taak is min of meer overgenomen door het Wijkplatform Oost. Geprobeerd wordt de relatie tussen Hulpsector Oost en Wijkplatform Oost goed te onderhouden. De wijkavonden van het Wijkplatform worden incidenteel door de welzijnswerkers bezocht; niet door de andere beroepskrachten. De medewerkers van het project 'Van jong tot oud' fungeren als 'trait d'union'.

6.3.4. Hulpsector Oost door de jaren heen 1980 - 2005

Door de jaren heen zijn er vele bewegingen te zien in de samenwerking tussen beroepskrachten en vrijwilligers in de wijk. Hulpsector Oost is hiervoor een belangrijk speelveld. In de beginjaren is het welzijnswerk en de basiseducatie sterk vertegenwoordigd, daarna wordt het gezondheidscentrum de belangrijkste spil. Momenteel is er een sterke impuls vanuit het basisonderwijs. De samenwerking tussen beroepskrachten en vrijwilligers is door de jaren heen een belangrijke peiler van het wijkgerichte gezondheidswerk geweest. Het gaat niet vanzelf; coördinatie, nieuwe impulsen vanuit projecten of nieuwe samenwerkingspartners en vooral aandacht voor 'de kleine verhalen' van de wijkbewoners blijken belangrijk. Voor de beroepskrachten is de wijk meer en meer het werkgebied geworden en minder de gemeenschap, de community waarmee men zich verbindt. De wijk als community is uiteraard niet verdwenen; de diverse beroepskrachten en vrijwilligers gaan er verschillend mee om. Dit alles komt terug in de verhalen in deel III.

6.4. Samenvatting

De opzet van Welzijnsproject Oost past in het landelijke beleid om het welzijnswerk buiten levensbeschouwelijke voorzieningen te plaatsen; het ministerie financiert dit lokale project als een experiment. Den Bosch-Oost heeft op deze manier gebruik kunnen maken van de hernieuwde aandacht voor de wijkaanpak. Het gezondheidscentrum komt van de grond als de aandacht voor de wijkaanpak vanuit het sociaal beleid al naar zijn einde loopt. In die tijd wordt de ontwikkeling van gezondheidscentra gestimuleerd als samenwerkingsconcept tussen huisartsen, wijkverpleging en maatschappelijk werk. Er is geen expliciete aandacht voor de wijkgerichte aanpak in dat beleid. Samen Beter voldoet in de begintijd niet aan de voorwaarden van deze subsidieregeling voor gezondheidscentra. In die periode bestaan in de wijk geen contacten met de GGD. De GGD in 's-Hertogenbosch is opgericht in 1948. Tot die tijd werd de geneeskundige armenzorg geregeld via de godshuizen; een door de gemeente gesteunde organisatie van armenzorg op charitatieve grondslag. (Belleman, 1994) Vanaf de jaren zeventig geldt voor de GGD het nieuw ingestelde beleid voor gemeenten. De GGD is in die tijd niet gericht op wijken en is een door de gemeente aangestuurde organisatie. Het gezondheidscentrum Samen Beter noch het Welzijnsproject Oost worden in die eerste periode gesteund door de gemeente. Eind jaren tachtig wordt het Welzijnsproject Oost opgenomen in het stedelijk welzijnswerk.

De jaren negentig worden in Den Bosch-Oost gekenmerkt door de groei van gezondheidscentrum Samen Beter als een professionele voorziening, waarin de verschillende disciplines zich richten op de kwaliteitsontwikkelingen in hun vakgebied. De samenwerking met de GGD verloopt via Hulpsector Oost. Voor het welzijnswerk geldt dat Den Bosch-Oost niet past in de door de gemeente aangegeven aandachtsgebieden, waardoor het stedelijke welzijnswerk slechts weinig uren beschikbaar stelt voor Den Bosch-Oost.

Het beleid in de periode na 2000 wordt enerzijds gedomineerd door de daadwerkelijke invoering van marktwerking in de gezondheidszorg en anderzijds door de aandacht voor degenen die wat betreft gezondheid achterblijven in de samenleving. Ook wordt de nadruk gelegd op samenhang tussen cure, care en preventie en tussen de eerstelijns voorzieningen en de specialistische voorzieningen. Men ziet meer samenhang als de oplossing voor het grotere beroep dat op de zorg gedaan zal worden onder invloed van de vergrijzing. Samenhang wordt gepropageerd om grotere kosten in de zorg te voorkómen. Fysieke en/of inhoudelijke samenwerkingsverbanden ontstaan echter niet zomaar. De LVG en gezondheidscentra hebben afgelopen decennia ervaren, dat hiervoor begeleiding en middelen nodig zijn. In Den Bosch-Oost is het gezondheidscentrum Samen Beter inmiddels voor vele grote zorginstellingen een interessante samenwerkingspartner om op uitvoeringsniveau nabije wijkgerichte zorg te bieden. Het steeds meer op output geëvalueerd worden en de steeds grotere nadruk op cijfers is merkbaar in de wijk. De vormgeving van het project 'samenhangende zorg' is daar een voorbeeld van. Samen Beter plukt de vruchten van de aandacht voor de wijkaanpak in de gezondheidszorg en volksgezondheid. De grotere aandacht in het welzijnswerk richting

‘community care’ maakt de relatie naar Hulpsector Oost belangrijk. De komst van de Wmo zal deze trend waarschijnlijk versterken. Het is de vraag hoe dit beleid zal uitpakken.

In de jaren 1975 tot eind jaren tachtig is het Welzijnsproject de spil in de vele buurtactiviteiten. De centrale rol die het Welzijnsproject in de wijk speelt, wordt in de daarop volgende jaren terug gebracht tot een minimale bijdrage in de ondersteuning van enkele wijkcomités en buurtactiviteiten. De vanzelfsprekende samenwerking met de wijk verdwijnt. De rol die het welzijnswerk vervult als bruggenbouwer, de functie van ‘bridging’ tussen groepen wijkbewoners en tussen wijkbewoners en instellingen, verdwijnt hiermee grotendeels. Het in 2000 opgerichte Wijkplatform Oost bundelt de vrijwilligersorganisaties in de wijk; een taak die vroeger door het Welzijnproject werd ingevuld. Samen met een nieuwe stichting voor samenlevingsopbouw (Van jong tot oud in Oost) probeert Wijkplatform Oost opnieuw het sociaal weefsel te versterken in de wijk. (Wijkplatform Oost, 2004)

Het gezondheidscentrum lift gedurende de eerste jaren van zijn bestaan mee op de contacten die het welzijnswerk heeft met de wijk. Er ligt een accent op de sociale omgevingsbenadering van gezondheid. Dit accent verschuift naar de medische benadering. De leefstijlbenadering is in de beginjaren een integraal onderdeel van de sociale omgevingsbenadering (groepen en cursussen worden opgezet met wijkbewoners) en later meer en meer van de medische benadering (groepen en cursussen worden opgezet door de beroepskrachten van Samen Beter, GGD en GGZ).

De hechte samenwerking met het welzijnswerk verdwijnt in de jaren negentig en daarvoor in de plaats wordt de positie van het gezondheidscentrum als coördinerende spil in de wijkcontacten sterker. Deze rol past echter niet in de financieringsstructuur van een gezondheidscentrum en wordt onder gebracht in het wijknetwerk Hulpsector Oost. Een aantal beroepskrachten zoals het maatschappelijk werk vervullen lange tijd een brugfunctie tussen het team van Samen Beter en de wijk. De positie van actieve wijkbewoners verandert; hun positie in het gezondheidscentrum verandert en raakt geïnstitutionaliseerd door het groter en professioneler worden van de organisatie.

Ontegengesteld is door de jaren heen de inzet van beroepskrachten vanuit het gezondheidscentrum en de andere zorginstellingen functioneler geworden. Meer gericht op de ‘organisatorische wijk’, meer vanuit de medische en leefstijlbenadering. Onder invloed van de vraag om transparantie en effecten is de aandacht voor de onderbouwing van projecten met gegevens gegroeid. De aandacht voor de kwaliteit van de interventies is groot en er is een jarenlange inzet van alle instellingen om hieraan samen vorm te geven. Men viert de gezamenlijke successen op congressen, bij de uitgave van boeken en in nieuwe ‘zorgarrangementen’. De andere kant van de medaille is eveneens te zien. De contacten met de wijkorganisaties worden moeizamer, de oriëntatie op de sociale omgevingsbenadering dunner. De wijk is meer en meer het werkgebied geworden en minder de gemeenschap waarmee men zich verbindt. De verbinding met de wijk is echter niet verdwenen; de diverse beroepskrachten en vrijwilligers gaan er verschillend mee om. Vanuit de wijk organiseren de bewoners

zich opnieuw; hierin wisselend wel of niet gesteund door het gemeentelijke beleid. Voor de gezondheidsactiviteiten blijft de relatie met Hulpsector Oost belangrijk. In de persoonlijke verhalen en analyses in deel III zijn deze processen preciezer beschreven.

Den Bosch-Oost heeft door de jaren heen steeds van verschillende projectfinancieringen gebruik gemaakt om het wijkgezondheidswerk overeind te houden. De ontwikkeling van het sociaal beleid is de laatste periode steeds meer gaan passen bij de geïntegreerde wijkaanpak die Den Bosch-Oost al vanaf eind jaren zeventig voorstaat. De marktwerking en outputsturing in de gezondheidszorg verhouden zich slecht tot het lange adem werk in een wijk, waar veel mensen wonen die niet mee profiteren van de economische vooruitgang van Nederland.

7. LEREN IN EN VAN DE PRAKTIJK

In dit hoofdstuk komen de inspiratiebronnen aan bod die, achtereenvolgend en naast elkaar, voor het Welzijnsproject Oost, het gezondheidscentrum Samen Beter en Hulpsector Oost belangrijk zijn geweest in de ontwikkeling van het ‘wijkgezondheidswerk’. De beroepskrachten van gezondheidscentrum Samen Beter oriënteren zich voor de ontwikkelingen in hun vakgebieden op de beroepsgebonden theoretische ontwikkelingen. Daar gaat het hier niet over.

In de beginjaren van het Welzijnsproject en gezondheidscentrum Samen Beter zijn Paulo Freire en de beweging van basisinitiatieven en de emanciperende en politiserende hulpverlening de inspiratiebronnen voor de wijkactiviteiten. In de loop der jaren is geput uit meerdere invalshoeken, waarin gezondheid en wijkaanpak onderwerp van (toegepaste) studies zijn. Deze invalshoeken komen hier achtereenvolgend aan bod:

- Werken vanuit de basis en Paulo Freire vanaf 1978
- Emanciperende en politiserende hulpverlening vanaf 1978
- Samenwerking, organisatie en kwaliteit in gezondheidscentra vanaf 1985
- Community based gezondheidswerk, opbouwwerk en gezondheidsbevordering vanaf 1989
- Informele zorg en sociale steun vanaf 1989
- Vermaatschappelijking van de zorg vanaf halverwege jaren negentig
- Transmuralisering en ketenzorg vanaf eind jaren negentig

De verschillende invalshoeken zijn door de jaren heen van invloed geweest. De startdatum is aangegeven; de einddatum niet, omdat elementen van bijvoorbeeld de emanciperende hulpverlening terugkomen in het latere concept empowerment en het werken vanuit de basis is terug te vinden in het community based gezondheidswerk. Anno 2003, ten tijde van het verzamelen van het empirische materiaal, zijn aspecten van al deze bronnen terug te vinden zoals te lezen zal zijn in deel III.

7.1. Werken vanuit de basis

Piet Willems, opbouwwerker in Den Bosch-Oost, laat zich inspireren door Freire. De activiteiten die hij ontwikkelt, hebben met elkaar gemeen dat ze worden opgezet om in de woorden van Willems te blijven: van onderop, niet vóór maar mét mensen en vooral met de kwetsbaren, bewustwording van mensen vanuit actie, leren van en met elkaar en zo problemen zelf oplossen, vertrouwen hebben in de mensen waar je mee werkt en hun vertrouwen verdienen. Piet Willems overlijdt op 74-jarige leeftijd in 2004. In een memoriam zegt Van der Lans, dat Willems als opbouwwerker wilde werken vanuit de basis. Mensen moeten vanuit hun eigen ervaringen tot handelen, tot een zelf ontdekte strategie van ontplooiing komen, dus niet vanuit de programmering van welzijnsinstellingen. Er wordt in de jaren zeventig veel gedis-

cussieerd en geschreven over de beweging vanuit de basis, maar slechts enkelen brengen het ook echt in de praktijk en Willems was een van hen. Volgens Van der Lans spreekt hij de taal van de Bosschenaren en weet wat er in hen omgaat. Van der Lans haalt in zijn memoriam de volgende uitspraak van Willems aan:

“Het element van improviseren, van wisselwerking laten ontstaan, dat wordt uit het werk gesaneerd. Er wordt veel te veel vastgezet, in plannen gegoten, in input en output. Er wordt te veel vanuit de zolder van het stadhuis gestuurd, vanuit een beperkte waarneming en lichtvaardige analyse. Het opbouwwerk zoals wij dat deden, dat was toch vooral ook opgaan in de wijk. Samen dromen, samen doen, dat was ons motto.” (Van de Lans, 2004)

7.1.1. Het basisedenken en Paulo Freire

Het gezondheidscentrum leert de ideeën van Paulo Freire kennen via Piet Willems en via de contacten met Wereldscholen in België. Geen theoretische kennismaking maar veeleer een praktische kennismaking via een aantal ‘leermeesters’.

Paulo Freire (1921 - 1997), een Braziliaanse pedagoog is in Nederland vooral bekend geworden met zijn boek ‘Pedagogie der onderdrukten’. (Freire, 1974) Belangrijke elementen in zijn werk zijn dialoog, bewustmaking, praxis, leren van eigen ervaringen, bevrijding van onderdrukking door actie. Zijn werk is gebaseerd op het werken met analfabeten. Hij introduceert ‘de cultuur van het zwijgen’. In de inleiding op de ‘Pedagogie van de onderdrukten’ staat, dat het niet de apathie van de massa is die tot de macht van de elite voert, maar dat het de macht van de elite is, die de massa apathisch maakt. Alleen een bewustmakingsproces kan de onderdrukten bevrijden van hun fatalistische zwijgen. Volgens Freire versterkt de traditionele opvoeding en onderwijs de gevestigde orde. In plaats van het communiceren met de leerlingen is het de leraar die alles weet en de leerlingen weten niets; de leraar is het subject, terwijl de leerlingen slechts objecten zijn. Paulo Freire gaat op zoek naar een methode die bewustmakend is en komt aldus tot het grondprincipe van zijn pedagogische theorie: opvoeding kan nimmer neutraal zijn. Of ze is een instrument tot bevrijding van de mens, of ze is een instrument tot zijn knechting. Hij voegt eraan toe dat dit niet afhangt van de inhoud van het verstrekte onderwijs, noch van de goede wil van de opvoeder; beslissend hierin is de pedagogische werkwijze. Bewustmaking is het centrale concept van zijn denken en om het bewustmakingsproces op gang te brengen moet er dialoog zijn. De noodzakelijke voorwaarde tot dialoog is het spreken van het ‘eigen woord’ waarmee het individu zijn werkelijkheid tot uiting brengt; het is de enige mogelijkheid om vat te krijgen op deze werkelijkheid en ze te veranderen. Leren is niet het ‘vreten’ van onechte woorden, is niet programmeren; leren is problematiseren door het opwerpen van vragen. De ‘leerstof’ is de levenssituatie van de leerling. Alfabetiseren gaat dus veel verder dan leren lezen en schrijven: het betekent dat men het ‘eigen woord’ ontdekt en daarover gaat reflecteren.

In kritieken op Freire en ook op Willems komt meestal het strikte 'of-of denken' naar voren. Je bent voor de zwakkeren in de samenleving of er tegen. Het is een versimpeling van de vaak complexe verhoudingen in de westerse samenleving. Willems spreekt over 'de zwakkeren in de samenleving' en ook de medewerkers van het gezondheidscentrum hebben in de begintijd een sterke oriëntatie op deze groep. Het beeld in de wijk is echter genuanceerder. Er wonen verschillende groepen mensen, die niet allemaal onder deze noemer te vangen zijn of zichzelf niet tot de 'zwakkeren in de samenleving' rekenen. Vanuit deze 'of-of analyses' in actie komen, spreekt niet iedereen aan; niet in de wijk en niet in het gezondheidscentrum. In Den Bosch-Oost is nog een ander punt van kritiek vaker te horen. De begeesterde leraar kan eveneens in de valkuil treden van de 'autoriteit' en zijn beeld van de werkelijkheid, zijn analyse van onrechtvaardigheden opleggen. In het verslag van 5 jaar welzijnsproject Oost staat de opmerking: "...lijkt het alsof hij de grote baas van Welzijnswerk Oost is." (WPO, 1979) En in een latere publicatie bekritisieren de vrouwenwerkers hem, omdat hij zonder overleg te plegen telkens aan groepen geld toezegt, terwijl het welzijnsproject en het activiteitengeld ook het vrouwenwerk toebehoren. (Willems en Broekman, 2001)

7.1.2. De basisbeweging en wijkgezondheidswerk

Willems en de medewerkers van gezondheidscentrum Samen Beter onderhouden contacten in België met Wereldscholen, een basisbeweging die eind jaren zestig is ontstaan in de Limburgse mijnstreek.

"De basisbewegingen, geïnspireerd door de bevrijdingsbewegingen, de theologie van de bevrijding, de educatieve alternatieven en het zelfbeheer, verzetten zich zowel tegen het autoritair onderdrukkend communisme in het Oosten als tegen het verstikkende kapitalisme in het Westen [...] Deze autonome groepen hadden het in eerste instantie moeilijk om met de overheid samen te werken, vooral omdat ze door de probleemgerichte aanpak de vinger op pijnlijke wonden legden. Door hun actiegerichte optreden voelde de overheid zich als het ware in de hoek gedrongen." (Ulburghs, 2004, pg. 79)

Willems vindt aansluiting bij deze aanpak en de medewerkers van gezondheidscentrum Samen Beter ontmoeten hier gelijke ideeën over de gezondheidszorg vanuit een kritische maatschappelijke analyse, die in de praktijk wordt gebracht. Met een nieuwe pedagogische aanpak proberen Wereldscholen gemarginaliseerde mensen opnieuw weerbaar te maken: mijnwerkers, migranten, werklozen, vrouwen. Met behulp van een probleemgericht leerproces proberen ze de betrokken bevolkingsgroepen ervan bewust te maken dat ze hun problemen zelf moeten aanpakken. Vrij vlug verspreidt deze pluralistische beweging zich over heel Vlaanderen met een internationale vertakking in andere Europese landen en banden met derde wereldlanden. (Ulburghs, 2004) In heel Vlaanderen ontstaan Wereldscholengroepen. Ze zijn niet afhankelijk van subsidie en werken autonoom. De basiswerkers zijn actief bij stakingen van mijnwerkers, in het buurtwerk en huurdersyndicaten. Ze richten buurtate-

liers en buurtgezondheidscentra op en stimuleren de participatie van patiënten van allerlei nationaliteiten.

De buurtgezondheidscentra ontwikkelen zich op een soortgelijke wijze als gezondheidscentrum Samen Beter. Zij hebben ongeveer dezelfde uitgangspunten: via een multidisciplinaire en integrale benadering gezondheidszorg aanbieden met een zo groot mogelijke medewerking en participatie van de buurtbewoners. Door de jaren heen blijven contacten bestaan tussen Samen Beter en deze Vlaamse gezondheidscentra. Er zijn diverse ontmoetingen georganiseerd over en weer, waarbij beroepskrachten en vrijwilligers betrokken zijn. Het engagement, de buurtgerichtheid en het samengaan van gezondheidszorg en welzijnswerk bieden inspiratie en stof voor discussie. Een van de huisartsen, De Maeseneer, beschrijft de aandacht in de medische zorg voor de situatie van kwetsbare groepen en stelt dat het werken met kansarmen om een permanente relativering van onze (meestal middenklasse) normen en waarden vraagt. Een open en niet beschuldigende benadering zal ons vaak doen inzien dat een op het eerste gezicht onlogische beslissing zoals een kind laten opnemen met banale diarree binnen de context van sommige mensen erg begrijpelijk is; namelijk tonen dat men goed voor zijn kind wil zorgen. (De Maeseneer, 1998) De gezondheidscentra in Vlaanderen passen het coördinatiemechanisme van de geïntegreerde basisschakel¹⁶ toe, dat ontwikkeld is in de armoedebestrijding. (De Maeseneer, 1993) In hoofdstuk 3 is hieraan al aandacht besteed. De uitwisseling met de Belgische gezondheidscentra zijn in de beginjaren belangrijk voor gezondheidscentrum Samen Beter vanwege het buurtgerichte werken voor 'kansarmen'. De contacten met deze gezondheidscentra verschillen inhoudelijk met die van Nederlandse gezondheidscentra (zie paragraaf 7.2).

7.1.3. De basisbeweging herleeft in Den Bosch-Oost

Naast de sporadische contacten met de Vlaamse gezondheidscentra worden in 2004 de contacten met vertegenwoordigers van de voormalige Wereldscholen weer aangehaald naar aanleiding van het overlijden van Piet Willems. Een 'gelegenheidscoalitie' van oud-medewerkers van Samen Beter, het Wijkplatform Oost, de Vlaamse Wereldscholen en de kinderen van Piet Willems, organiseert een internationale ontmoeting in Den Bosch-Oost voor de 'oude' en de huidige werkers in wijken, buurten en gezondheidscentra. (Wijkplatform Oost, 2004) Een aantal internationale ontmoetingen volgen. Tijdens een van deze ontmoetingen in Frankrijk presenteert Ulburghs zijn gedachten over het subsidiariteitsbeginsel wat hij onderzocht

16 Geïntegreerde basisschakels zijn initiatieven die via een geïntegreerde agogische aanpak in het bijzonder proberen de meest kansarmen in de samenleving te bereiken en een aansluiting, een schakel met bestaande voorzieningen tot stand brengen. Bij de geïntegreerde basisschakel ligt de nadruk op de schakel die tot stand gebracht moet worden tussen de voorzieningen en de kwetsbare personen.

heeft binnen de katholieke kerk en binnen het Europese parlement. Hij betoogt dat ‘alles wat aan de basis gedaan wordt, het bovenliggende niveau niet moet doen, want anders ontstaat bureaucratie.’ Wat mensen zelf kunnen doen, dat ondersteunen en niet naar een ander niveau tillen. De deelnemers aan deze ontmoeting gebruiken de inbreng van Ulburghs om de eigen praktijken te onderzoeken. Medewerkers van de stichting ‘Van jong tot oud’ zijn hierbij aanwezig. In 2006 nemen zij het stokje over en organiseren een ontmoeting rond het thema “Jongeren, een verschil?”. Zij problematiseren de kloof tussen de ouderen en de jongeren in het wijkgericht werken in het licht van de globalisering. (VJTO, 2006) De basisbeweging van de jaren zeventig blijkt ook jongeren van nu te inspireren.

7.1.4. Samenvatting

De theorie en methode van Freire zijn niet toegespitst op de gezondheidszorg. Medewerkers van het gezondheidscentrum voelen deze beperking. De huisartsen en paramedici kunnen er in de individuele contacten niet mee uit de voeten. Het repertoire van het problematiseren van de situatie en van daaruit werken aan oplossingen past niet naadloos op het professionele handelen bij medische klachten, waarbij de patiënt snel en adequaat handelen verwacht. Radicaal uitgaan van gelijkheid in de relatie leraar en leerling biedt geen oplossing voor de juiste aanwending van de eigen deskundigheid die de professionele werker in de hulpverleningscontacten inbrengt. Wel stimuleert het gedachtengoed van de basisbeweging de medewerkers van Samen Beter tot een methodisch handelen gebaseerd op gelijkwaardigheid in individuele hulpverleningsrelaties. Medewerkers passen de werkwijze van Freire wel toe in de groepen en cursussen voor buurtbewoners met psychosociale problemen en/ of een ongezonde leefstijl. Uitgaan van gezamenlijke ervaringen en bewustmaking past in een aanpak om veranderingen in je leven te brengen. Sommige uitgangspunten van Freire blijven in nieuwe vormen terugkeren zoals in de theorieën over empowerment en participatie. Vanaf 2004 herleven de discussies over de basisbeweging in de wijk vanuit ‘Van jong tot oud in Oost’.

7.2. Emanciperende hulpverlening

Naast de oriëntatie op de basisbeweging zijn een aantal ontwikkelingen rond emanciperende hulpverlening van invloed in de beginperiode; te weten de vrouwenhulpverlening en de politiserende hulpverlening. In deze paragraaf wordt uiteengezet hoe deze inzichten zich door de jaren heen ontwikkelden. Beide hulpverleningsvormen zijn een praktische uitwerking van onderliggende opvattingen over de samenleving en gezondheid, die in de beginperiode naar voorbeeld van de Cubaanse gezondheidszorg geformuleerd werden:

“Immers een goede gezondheidszorg is een recht van alle mensen. [...] De begrippen ziekte en gezondheid zijn geen tegengestelde verschijnselen, maar verschillende graden van aanpassing van het

organisme aan de omgeving waarin hij leeft. De gezondheid is het evenwicht, het resultaat van de interactie tussen het individu en de verschillende eisen door de omgeving aan hem gesteld; een omgeving waarmee hij nauw verbonden is. Wordt dit evenwicht verbroken dan ontstaat ziekte. De gezondheid moet beschouwd worden als een fundamentele factor van de sociale vooruitgang en de economische ontwikkeling.” (Overmars e.a., 1977)

7.2.1. Vrouwenhulpverlening

Vrouwenhulpverlening is ontwikkeld vanuit ‘alternatieve’ en ‘autonome’ projecten, die ontstaan als reactie op het bestaande hulpverleningsaanbod van reguliere hulpverleningsinstellingen. Knelpunten zijn vooral dat de specifieke en veel voorkomende vrouwenproblemen niet of op een onbevredigende manier onderkend en behandeld worden.

“Veel vrouwen verdringen hun gevoelens van onvrede, onvervulde verlangens, verdriet en woede en krijgen in plaats daarvan neerslachtige buien, angsten, depressies, ‘zenuwen’, hoofdpijn en buikpijn.” (Manschot, 1977)

Bovendien besteedt de reguliere hulpverlening weinig tot geen aandacht aan de achterliggende problematiek van vrouwen in samenhang met haar maatschappelijke positie en de heersende opvattingen over vrouwen- en mannenrollen. Er ontstaan zelfhulpgroepen van vrouwen, vrouwengezondheidscentra, en experimentele hulpverleningsprojecten. De vrouwenhulpverlening ontwikkelt nieuwe hulpverleningsmethoden en besteedt aandacht aan de attitude van de hulpverleenster en de organisatievormen waarin de hulpverlening plaatsvindt. (Van den Bogaard en Ruiters, 1984)

Medewerkers in Den Bosch-Oost hebben kritiek op de vrouwenbeweging en daarmee de vrouwenhulpverlening. Het is een beweging van vrouwen uit de midden- en hogere klasse; dit staat in tegenstelling tot het basisdenken. Feministische en emancipatorische bewustwordingsprocessen ontstaan daar waar vrouwen in staat zijn de eigen maatschappelijke positie en problemen te analyseren en te verwoorden. Arbeidersvrouwen hebben een andere maatschappelijke positie. Zij ondervinden naast de onderdrukkende man-vrouw rollen eveneens de onderdrukkingsmechanismen, die gelden voor de arbeidersklasse. (Rubin, 1978) Rond dit thema organiseert Roelofs in Den Bosch-Oost discussiebijeenkomsten met vrijwilligers en beroepskrachten. (Roelofs en Straver, 1986) Vrouwen in een arbeiderswijk staan zowel materieel als immaterieel onder druk, waardoor problemen niet uit kunnen blijven. Zij hebben problemen op diverse levensgebieden, die versterkend op elkaar in te werken. De gerichtheid op de eigen familie, de moederrol, de eigen wijk, de eigen cultuur, de eigen taal biedt vrouwen mogelijkheden tot identificatie, tot steun en tot het verwerven van een positie en aanzien binnen eigen kring. Tegelijkertijd houdt deze gerichtheid op eigen kring soms een inperking in om te werken aan verbeteringen in de individuele leefsituaties. (Chodorow, 1979; Irigaray, 1981, Ouborg, 1982)

Het maatschappelijk werk van gezondheidscentrum Samen Beter zoekt contact met de op-

richters van stichting Balsemien, een landelijk werkend vrouwenhulpverleningsproject, dat gehuisvest is in 's-Hertogenbosch. (Ouborg, 1982) Maatschappelijk werk werkt veel samen met de vrouwenwerkers van Welzijnsproject Oost, die in contact staan met de Bossche vrouwenbeweging 'Brood en Rozen' en de vele vrouwenacties en vrouwengroepen in 's-Hertogenbosch. Vanuit deze samenwerking worden feministische therapieën passend gemaakt voor de vrouwen in Den Bosch-Oost. (Wyckoff, 1979) De uitgangspunten van de vrouwenhulpverlening in Den Bosch-Oost zijn als volgt samengevat:

Tabel 7.1. Uitgangspunten vrouwenhulpverlening in Den Bosch-Oost (Paes, 1992)

- Uitgaan van het zelfbeschikkingsrecht van vrouwen
- De vrouw staat centraal, er wordt uit gegaan van haar probleemomschrijving; de behandelingsmethoden worden aangepast; er wordt eclecticisch gebruik gemaakt van bestaande methodieken
- Problemen worden niet geïndividualiseerd, zowel de persoonlijke (socialisatieproces) als de maatschappelijke component krijgt aandacht
- Lichamelijke, psychische en sociale problemen hangen met elkaar samen en worden integraal benaderd
- Een samengaan van professionele deskundigheid en ervaringsdeskundigheid; beide worden gewaardeerd en zijn van belang in een hulpverleningsproces
- Gelijkwaardigheid tussen mensen komt tot uitdrukking, zowel in de hulpverleningsrelatie als in de organisatievormen, waarbinnen de hulpverlening is gesitueerd; de attitude van de vrouwenhulpverleenster is gebaseerd op een voortdurend zelfonderzoek en herkenningsproces; de eigen waarden, normen en gedrag van de hulpverleenster staan ter discussie in een hulpverleningsrelatie
- Vrouwenhulpverlening moet door een vrouw gebeuren

Maatschappelijk werkers en vrouwenwerkers ontwikkelen in de loop der jaren diverse vormen van vrouwentherapiegroepen, lijfwerkgroepen en moeder cursussen. Toch blijkt dat een bepaalde groep vrouwen niet voldoende geholpen is met de mogelijkheden in de wijk. De ervaringen van wijkbewoonsters met opnames in rusthuizen of psychiatrie blijken in die situaties ook niet altijd de juiste oplossing te zijn. Dit leidt tot een initiatief van een aantal wijkbewoonsters en maatschappelijk werk in 1988. Zij richten de werkgroep 'dagopvang voor vrouwen' op, die aan de basis staat van De Stroom. Hierop ga ik in deel III in.

7.2.2. Politiserende hulpverlening

Een aantal beroepskrachten die betrokken zijn bij de start van het gezondheidscentrum werkten voorheen in JAC's (Jongeren Advies Centrum). JAC's zijn aan het einde van de jaren zestig van de vorige eeuw ontstaan als reactie op de traditionele individuele hulpverlening van maatschappelijk werk, kindbescherming, psychiatrie en artsen. De alternatieve hulp-

verleningsvormen worden gezocht in zaken als verlaging van de drempel (grotere toegankelijkheid), minder doorverwijzing, geen wachttijden, geen etikettering of stigmatisering van afwijkende personen, meer nadruk op zelfhulp en zelfbepaling, deprofessionalisering van de hulpverlening en meer aandacht voor achtergestelde bevolkingsgroepen. Een specifiek aandachtspunt voor de JAC's is de hulp aan weglooptjongeren. Zij zien weglopen als een positieve actie om een knellende situatie te doorbreken.

Omdat individuele hulpverlening geen oplossing biedt voor structurele gebreken van de samenleving, oriënteren de JAC's zich op een combinatie van hulpverlening en sociale actie. Zij onderscheiden hierbij twee modellen: de thematische groepsaanpak én de belangenbehartiging. De thematische groepsaanpak legt de nadruk op bewustwording en de belangenbehartiging op de positieverbetering van de hulpvragers. Zij noemen deze hulpverlening politiserende hulpverlening. De hulpverlening sluit aan bij het ervarings- en bewustzijnsniveau van de hulpvrager en door de hulpverlening ontstaat een groter inzicht in het eigen functioneren tegen de achtergrond van de eigen maatschappelijke situatie. De hulpvrager voelt zich in staat om meer voor zijn of haar rechten en belangen op te komen en zich voor die van anderen in te zetten. (Burki e.a., 1977) Een aantal uitgangspunten van de politiserende hulpverlening zijn terug te vinden in de werkwijze van gezondheidscentrum Samen Beter, hoewel de term politiserende hulpverlening nooit is gebruikt. Aandacht voor toegankelijkheid, minder doorverwijzing, geen wachtlijsten, zelfhulp en zelfbepaling zijn reguliere onderdelen geworden in het werk van Samen Beter.

7.2.3. Emanciperende hulpverlening wordt empowerment

In 1992 rondt het NIZW het project 'Gezonde wijken, samenwerken aan gezondheid' af. (Jonkers e.a., 1992) Een van de eindproducten waarmee zij opgedane ervaringen overdraagbaar maken is de videofilm 'En morgen begin ik ...'. Samen Beter figureert als een van de voorbeelden in deze film. Een ander eindproduct is de publicatie 'Gezondheid in eigen hand', waarin Steenbrink aan de hand van een onderzoek in Den Bosch-Oost de relatie gezondheidsbevordering en empowerment uitwerkt. (zie ook hoofdstuk 3)

De emanciperende hulpverlening blijft vele jaren via groepswerk onderdeel van het maatschappelijk werk. Ook nadat het vrouwenwerk van het Welzijnsproject eind jaren tachtig is afgebouwd. Er verschijnen diverse publicaties over de methoden die in Den Bosch-Oost ontwikkeld zijn en waarvoor landelijk en internationaal belangstelling bestaat. De begrippen empowerment worden uitgewerkt en een eigen aanpak wordt ontwikkeld. Hierop kom ik in hoofdstuk 11 terug. Er is een nadrukkelijke oriëntatie op de positie van arbeidstersvrouwen en de kracht van hun 'klasse'. (Van Vugt en Koster, 1992) Vanuit deze kracht én vanuit hun inzet in wijkactiviteiten werken vrouwen aan hun autonomie. Eind jaren negentig zet het maatschappelijk werk een therapiegroep op specifiek voor allochtone vrouwen.

Na 2002 is een kentering te bespeuren. Onder invloed van financiële eisen is maatschap-

pelijk werk genoodzaakt steeds meer kortdurende hulp aan te bieden en de lang lopende vrouwentherapiegroepen verdwijnen. De preventiewerker van Samen Beter zet de ontspanningsgroepen wel door. De Stroom wordt om te kunnen overleven onder gebracht bij de regionaal werkende maatschappelijke opvang, de buurtoriëntatie verdwijnt en daarmee een noodzakelijk element in de methodiek. De Stroom werk ik als casus uit in deel III.

7.2.4. Samenvatting

Emanciperende hulpverlening paste bij de oorspronkelijke nadruk op het werken aan de verbetering van de maatschappelijke positie van mensen en de sociale omgevingsbenadering. Ook bij de nieuwe invulling van de leefstijlbenadering duikt empowerment op. Emanciperende hulpverlening hoort bij de theorieën uit de jaren zestig en zeventig. De oorspronkelijke ideologische oriëntatie en gerichtheid op maatschappijverandering door middel van hulpverlening verdwijnen. Het begrip empowerment dat Steenbrink introduceert in Den Bosch-Oost is in de daarop volgende jaren veelvuldig gebruikt. In de wijk staat voorop hoe individuele wijkbewoners via een proces van empowerment zelfvertrouwen krijgen en maatschappelijk actief worden in de wijk dankzij de steun die zij bij elkaar en bij de beroepskrachten vinden.

7.3. Gezondheidscentra en geïntegreerde eerstelijnszorg

In de eerste jaren van het gezondheidscentrum Samen Beter staan de twee voorgaand beschreven inspiratiebronnen voorop. Vanwege de financiële problemen waarin het gezondheidscentrum rond 1985 terechtkomt, probeert gezondheidscentrum Samen Beter te voldoen aan de subsidiecriteria voor gezondheidscentra. Dit lukt zoals beschreven in hoofdstuk 5. In deze periode sluit Samen Beter zich aan bij de LVG. Hierdoor wordt kennis over de subsidievoorwaarden, maar ook over interdisciplinaire samenwerking en organisatie binnen gehaald. In deze paragraaf ga ik in op de wijze waarop gezondheidscentrum Samen Beter omgaat met de twee laatstgenoemde aspecten.

7.3.1. Gezondheidscentra en de organisatie van samenwerking

In de aanpassing van de organisatie op het LVG-concept en daarmee op de voorwaarden die de subsidiegever stelt, gaat Samen Beter niet over een nacht ijs. Gedurende een aantal jaren discussiëren beroepskrachten en vrijwilligers gezamenlijk over de benodigde veranderingen. Bij deze discussies doet iedereen van het gezondheidscentrum mee: vrijwilligers, beroepskrachten en bestuur. Ook externe deskundigen spelen op gezette tijden een rol. Zo begeleidt

Elshout, een organisatieadviseur gelieerd aan de LVG diverse bijeenkomsten bij Samen Beter. Hij is in staat om organisatietheorieën te vertalen in voor iedereen begrijpelijke begrippen. Hij baseert zijn inbreng op de theorieën van Lievegoed, Nederlands pedagoog en organisatiedeskundige. Kemps en Stuurup positioneren Samen Beter in het ingewikkelde beleidsveld van het wijkgezondheidswerk en maken daarbij een onderscheid tussen het zorg segment en het maatschappelijk segment. Op basis van deze discussies werkt Samen Beter de organisatieveranderingen uit in beleidsplannen. (Samen Beter, diverse meerjarenbeleidsplannen 1990-2003)

7.3.2. Gezondheidscentra, achterstandswijken en wijkgericht werken

Tot 1996 bestaat binnen de LVG geen expliciete belangstelling voor de gezondheidszorg in achterstandswijken. Sinds 1996, na de komst van achterstandsgelden voor huisartsen (zie hoofdstuk 3) functioneert enige tijd een ‘netwerk van gezondheidscentra in achterstandswijken’ binnen de LVG. Aan dit netwerk nemen 17 gezondheidscentra deel. Het betreft voor het merendeel gezondheidscentra gelegen in de door de Landelijke Huisartsen Vereniging geïdentificeerde achterstandswijken. Het netwerk is een platform voor informatie-uitwisseling en gezamenlijke analyse van de specifieke gezondheidsproblematiek in deze wijken. Discussies en verslagen van dit netwerk zijn gebruikt voor de publicatie ‘Zorg op menselijke maat; over de positie en rol van gezondheidscentra in achterstandswijken’. In de slotbeschouwing staat:

“De aandacht vanuit de gezondheidszorg voor gezondheidsverschillen tussen groepen mensen is nog te uitsluitend gericht op de toegankelijkheid van zorg en op de vermindering van de werkdruk van de hulpverleners. [...] De complexe problemen die zich uiteten als gezondheidsproblemen kunnen niet alleen vanuit de gezondheidszorg opgelost worden. Voor de aanpak van gezondheidsachterstand is nodig om zorg heel dichtbij mensen te organiseren passend bij de gezondheidscultuur van deze mensen. Anderzijds is de problematiek zo veelomvattend dat deze nabije zorg aan moet sluiten op specialistische zorg en op een bredere integrale aanpak van de gezondheidsachterstand. Verbetering van onderwijs(kansen), werkbegeleidingstrajecten, verbetering van de materiële positie zullen op een grotere schaal dan de wijk aangepakt dienen te worden.” (Paes, 1999; pg. 83)

Het zijn de gezondheidscentra in achterstandswijken die de wijkgerichtheid naar voren blijven brengen. De LVG omschrijft wijkgerichtheid voornamelijk als begrensd gebied, waarbinnen op een overzichtelijke manier samen te werken valt en het mogelijk is om gegevens over de populatie te verkrijgen. In de algemene LVG-brochure staat te lezen:

“Gezondheidscentra bieden zorg aan de bewoners in de directe omgeving. Het centrum is betrokken bij de wijk, weet van de sterke kanten, maar ook van de maatschappelijke vraagstukken die er spelen. Gezondheidscentra maken daarom veelal deel uit van een wijkzorgnetwerk. Met name in achterstandswijken zijn samenwerking en afstemming noodzakelijk om de veelzijdige problematiek het hoofd te bieden.” (LVG, 2002)

Bij een aantal gezondheidscentra in achterstandswijken in Den Haag¹⁷, Rotterdam (Voorham, 2003) en Amsterdam (Plochg, 2006) ontstaan samenwerkingsverbanden met GGDen, GGZ, gemeenten en het welzijnswerk. Zij ontwikkelen activiteiten en methodieken vooral gericht op allochtone groepen. Via het in het vorige hoofdstuk beschreven project ‘Samenhangende zorg’ dat Samen Beter tussen 1999 en 2002 uitvoert, wordt het wijkgericht werken in een regionale samenhang gepositioneerd. Het project initieert een nieuwe ontwikkeling binnen de eerstelijnszorg om te gaan werken met samenhangende (regionale) zorgprogramma’s gekoppeld aan wijkactiviteiten.

7.3.3. Samenvatting

Gezondheidscentrum Samen Beter heeft om te overleven contact gezocht met de LVG zoals beschreven in hoofdstuk 5. Binnen de LVG vraagt Samen Beter aandacht voor de wijkgerichtheid en voor gezondheidsverschillen. In de loop der jaren blijkt het gezondheidscentrum een inspiratiebron te zijn voor andere gezondheidscentra en visa versa. Dit leidt tot verzoeken voor bijdragen aan congressen, onderzoeken en publicaties. Samen Beter dient als voorbeeld in de discussie van de Tweede Kamercommissie over het gezondheidsbeleid in 2003. Deze aandacht werkt stimulerend voor de werkers en vrijwilligers van Samen Beter. Ondanks het feit dat Samen Beter niet voldoet aan de ideale maat van een gezondheidscentrum (10.000 patiënten), blijkt de inhoudelijke ontwikkeling bij Samen Beter voldoende sterk om als voorbeeld te dienen.

De consequenties van de invloed van het organisatorische en economische denken staan in een gespannen relatie tot de andere oriëntaties. Het groter worden van het gezondheidscentrum en de veranderingen, zoals in hoofdstuk 6 beschreven, laten de identiteit en de aard van de werkzaamheden van het gezondheidscentrum als wijkvoorziening niet onberoerd.

7.4. Community based gezondheidswerk, opbouwwerk en gezondheidsbevordering

De eerste internationale conferentie over gezondheidsbevordering wordt in 1986 in Ottawa gehouden. Hier wordt gezondheidsbevordering ofwel ‘health promotion’ als nieuw begrip gelanceerd. Een Copernicaanse wending voor het preventiewerk, dat tegen zijn grenzen aanloopt vanuit de negatieve gezondheidsbenadering: het voorkómen van ziekten. De definitie van gezondheidsbevordering zoals in het Ottawa Handvest geformuleerd, luidt:

17 www.stiom.nl; geraadpleegd 15-10-2006

“Het proces waarbij individuen, groepen of gemeenschappen in staat worden gesteld om meer greep te krijgen op de determinanten van gezondheid, en zo hun gezondheid te verbeteren.” (Cosijn, 1992; pg. 22-23)

Dit gedachtengoed is al besproken in hoofdstuk 3. De Nederlandse overheid neemt het nieuwe denken op in haar volksgezondheidsbeleid en een stroom van activiteiten komt op gang in Nederland. (Ministerie van VWS, 1989) Zoals het ‘Gezonde Steden Netwerk’, waarin vooral Eindhoven en Rotterdam actief zijn; het ‘Gezonde Wijken project’ van de NIZW; het project ‘community based lokaal gezondheidsbeleid’ van het opbouwwerk (LCO). In deze paragraaf ga ik in op de consequenties van deze ontwikkeling voor Den Bosch-Oost.

7.4.1. Nationale contacten

In Den Bosch-Oost ontstaat een jarenlang intensief contact met al deze bewegingen; de meest hechte relatie is er met het project ‘community based lokaal gezondheidsbeleid’ van het LCO. In 1990 organiseren Samen Beter en het LCO samen een studiedag in de wijk: ‘Komen er gezonde wijken?’ In de afronding van de studiedag zegt Stuurop:

“Waarom leiden er zoveel wegen naar Den Bosch-Oost? Waarom zoveel belangstelling, ook van buiten Bossche muren voor het Hulpnetwerk Oost? Wordt de waarde er van nu pas ontdekt? Ik ben bang van wel. In Den Bosch-Oost zijn de hoofdkenmerken van het nieuwe gezondheidsbeleid te vinden: integrale aanpak, samenwerking eerste en tweede lijn in de gezondheidszorg, samenwerking tussen gezondheidszorg en welzijnswerk, geen formele inspraak maar samenspraak tussen professionals en buurtbewoners. Gezamenlijke ontwikkeling van concrete gezondheidsbevorderende projecten.” (Stuurop, 1990; pg. 56)

Het is vreemd dat een werkwijze die op dat moment al ongeveer 15 jaar bestaat als zo vernieuwend wordt omarmd. Wat schiet Den Bosch-Oost op met deze aandacht? De contacten brengen kennis en informatie naar Samen Beter, naar Hulpsector Oost. Het geeft verdieping aan de werkwijzen die in de praktijk ontwikkeld zijn. Het brengt ook extra geld binnen door de subsidies die vanuit deze contacten aangeboord worden. Via de conferenties en publicaties in de daarop volgende 15 jaar worden steeds opnieuw de werkzaamheden, de ontwikkelingen, de inzichten verwoord en overgedragen. Bij optredens op grote conferenties zijn beroepskrachten en wijkbewoners betrokken. Zij vertellen hun verhaal in hun eigen woorden en maken daarmee vaak indruk.

7.4.2. Gezondheidsopbouwwerk

Het opbouwwerk heeft een lange traditie in het aanpakken van problemen in achterstandswijken. Thema’s als woningsanering, sociale veiligheid, buurtbeheer, leefbaarheid en werkloosheid waren en zijn daarbij aan de orde. Centraal in het wijkgericht werken staat het oplossen van problemen met inzet van betrokkenen in de lokale samenleving. Gezondheid

is geen centraal thema in het opbouwwerk. Dat is het ook niet in sociale vernieuwing. In 1985 start vanuit het Werkcentrum Opbouwwerk Zuidoost Nederland¹⁸ een project waarin aandacht wordt besteed aan de ondersteuning van zelfhulpgroepen rond gezondheidsvraagstukken. Stuurrop stelt dat in een nieuwe volksgezondheid een opbouwaanpak effectief kan worden ingezet bij opzet en begeleiding van zelfhulpsteunpunten. (Stuurrop, 1985) Stuurrop is een van de initiatiefnemers van het eerste gezamenlijke congres 'Lokale gezondheidsinitiatieven' van GGDen en opbouwwerk in 1990 in Maastricht. Op dit congres betoogt Stuurrop dat de hoofdtaak van het opbouwwerk het bestrijden van marginalisering, het bevorderen van maatschappelijke participatie en emancipatie van bevolkingsgroepen is, via het ondersteunen van zelforganisatie en zelfwerkzaamheid en het beïnvloeden en organiseren van maatschappelijke voorzieningen en structuren. (LCO, 1996) Stuurrop nodigt gezondheidscentrum Samen Beter uit om op hetzelfde congres Hulpsector Oost te presenteren. Deze gebeurtenis heeft nogal impact voor Den Bosch-Oost: hier worden contacten gelegd die onder andere leiden tot de ontwikkeling van Trefpunt Oost, een door wijkbewoners opgezette dagopvang voor psychiatrische patiënten, tot de opzet van de werkgroep migranten en gezondheid en het uitwerken en doordenken van het functioneren van netwerken op wijkniveau. Het LCO legt op het congres de basis voor het Netwerk Opbouwwerk en Gezondheid, dat vanaf 1991 tot 2003 functioneert; er is een nieuwsbrief en er zijn regelmatig studiedagen. Thema's van de studiedagen zijn: migranten en gezondheid, wijkaanpak en psychiatrie, wijkaanpak en kwetsbare groepen, ondersteuning mantelzorg, opbouwwerk en ondersteuning patiëntenbelangenorganisaties. Naast de LCO-medewerkers zijn er enkele dragende krachten in het uitvoerende opbouwwerk verspreid over Nederland in hun dagelijkse praktijk bezig met het thema gezondheid. Met deze opbouwwerkers onderhoudt Hulpsector Oost contacten. Zij hebben voor het community based gezondheidswerk vanuit verschillende invalshoeken baanbrekend werk verricht:

- Rokers in Rotterdam, die in zijn contacten met migranten veel gezondheidsproblematiek tegenkomt en via empowerment en netwerkontwikkeling op individueel en wijkniveau werkt aan veranderingsprocessen. (Rokers, 1990; Sweep en Rokers, 1991) De ervaringen in dit project zijn gebruikt bij de opzet van migranten-voorlichters-eigen-taal¹⁹ door de GGDen in grote steden.
- Van Lelyveld staat in 1991 aan de wieg van het project IEP (Integratie (Ex-) Psychiatrische cliënten) in vier wijken in Amsterdam. Zij wil samen met de cliënten werken aan hun zichtbaarheid, aan hun plek in de samenleving. Het is later Kal die dit werk theoretisch onderbouwt en het de naam 'Kwartiermaken' geeft: ruimte maken voor de vreemde ander. (Kal, 2001)

18 Het Werkcentrum Opbouwwerk Zuid-Oost Nederland is opgegaan in het Landelijk Centrum Opbouwwerk (LCO). Het LCO is per 2007 opgegaan in MOVISIE.

19 www.nigz.nl dossier Allochtonen - Voorlichting in Eigen Taal en Cultuur (Vetc) Geraadpleegd op 20-07-06.

- Ondersteuning van zelforganisaties vanuit emancipatoir oogpunt is de drijfveer van Meier bij de opzet van steunpunten voor mantelzorgers. Volgens haar horen deze steunpunten niet onder gebracht te worden bij zorginstellingen. Emancipatiebewegingen gedijen niet in afhankelijkheid; zelfbeschikking en zelfwerkzaamheid zijn absolute voorwaarden voor de verbetering van de positie van mantelzorgers, die zij thuisverzorgers noemt. (LCO, 1996) De landelijke ondersteuning van deze steunpunten (LOT) vindt bij aanvang tijdelijk onderdak bij het LCO. Het LOT (nu Mezzo) groeit uit tot een grote steunorganisatie, die een belangrijke plek verwerft in het spectrum van de zorg.²⁰
- Loos uit Eindhoven ondersteunt startende patiënten/cliëntenraden (RPCPen) en benadrukt hierbij het continu betrekken en informeren van de achterban en het zelfstandig functioneren van de groep. Hij vindt dat de opbouwmethodiek hierbij een goede bijdrage kan leveren.

De bijdrage vanuit Den Bosch-Oost in het Netwerk Opbouwwerk en Gezondheid ligt vooral op het vlak van de verbinding van verschillende netwerken in de wijk; de verbinding tussen de eerstelijnszorg en het wijkwerk, het organiseren van de dialoog daartussen én op de betekenis van de informele zorg en sociale steun in een wijk, waarover meer in paragraaf 7.5.

7.4.3. Opbouwwerk en gezondheidsachterstand

Het community based lokaal gezondheidsbeleid heeft vanaf het begin specifiek aandacht besteed aan gezondheidsachterstand. De oriëntatie van het opbouwwerk op kwetsbare groepen in de samenleving en de ervaring met het werken in achterstandswijken brengt dit als vanzelf met zich mee.

Bijzonder in deze is dat het LCO al in 1993 aandacht vraagt voor de positie van de huisarts in achterstandswijken en hiervoor studiebijeenkomsten organiseert. Diverse activiteiten leiden in 1995 tot een groot landelijk congres, dat het LCO samen met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en de LVG organiseert: 'Buurtgericht werken aan gezondheidsachterstand'. Op het congres verzorgen het Ministerie van VWS, verzekeraars, GGDen, het Nederlands Huisartsengenootschap en gezondheidscentrum Samen Beter inleidingen. Roscam Abbing, de dagvoorzitter, vat de dag als volgt op een persoonlijke manier samen:

“Zowel bij de huisartsen, als bij buurtwerkers, als bij diegene die de regie moet voeren is een stukje realiteitszin toegenomen. Uiteindelijk moet dat de kansen alleen maar vergroten, hoezeer dat dan misschien ook leidt tot wat ik net zei, eenvoudige en simpele zaken en niet zo hoogdravend. Alles bij elkaar, denk ik dat er nog best hoop is voor het doorzetten van dit soort projecten en dat we iets kunnen bijdragen, ook al is het misschien een beperkte bijdrage in een groot probleem.” (LCO/LVG/VNG,1995; pg. 50)

20 www.demantelzorger.nl Geraadpleegd op 20-07-06

De ontwikkeling in de jaren erna is inderdaad hoopvol. Het zijn vooral de GGDen en gemeenten, die het thema oppakken en vele lokale initiatieven om gezondheidsachterstand terug te dringen zien het licht. Daarover meer in de volgende subparagraaf. Het netwerk Opbouwwerk en Gezondheid en het project 'community based lokaal gezondheidsbeleid' ronden hun activiteiten af. De kennis en methoden van het opbouwwerk zijn doorgedrongen in de vele gezondheidsprojecten die het licht zien hoewel het opbouwwerk daarin meestal geen centrale rol meer speelt.

7.4.4. Opbouwwerk, wijkaanpak en gezondheid.

Die centrale rol van het opbouwwerk is terug in het 'Heel de buurt' project van eind jaren negentig. In 1996 vraagt de directie sociaal beleid van het ministerie van VWS om een Nederlandse variant uit te werken van het Amerikaanse concept 'Caring communities'. Drie landelijke organisaties op het gebied van sociaal beleid, het Landelijk Centrum Opbouwwerk (LCO), FORUM, het instituut voor Multiculturele Ontwikkeling en het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) zetten in opdracht van het ministerie een vierjarig, groot-schalig project op; 'Heel de buurt'. De doelstelling is het bijdragen aan de ontwikkeling van een sociale infrastructuur op buurt- of wijkniveau, die de participatie van burgers bevordert, de sociale cohesie versterkt, bijdraagt aan de bestrijding van individuele en collectieve achterstanden en is afgestemd op de fysieke en economische infrastructuur. Aan deze doelstelling wordt gewerkt vanuit de leefbare buurt, de lerende buurt, de gezonde buurt en de werkende buurt. (Sprinkhuizen e.a., 1998) Hieraan is in hoofdstuk 3 al aandacht besteed.

De opzet van een landelijk expertteam met tien uitvoeringslocaties blijkt een spannende onderneming te zijn en in het eindverslag komt men tot de conclusie, dat het succes van 'Heel de buurt' groter is naarmate de lokale partners eigenzinniger zijn in het bepalen van de lokale doelstellingen. Integraal werken met bewoners, zo blijkt steeds weer, is gedoemd te mislukken tenzij je in staat bent lokale prioriteiten scherp te formuleren en weet aan te sluiten bij het sociaal bindweefsel (informele sociale infrastructuur) dat in alle wijken bestaat in de vorm van allerlei informele netwerken en culturele gewoonten. (De Boer e.a., 2003) Er zitten voor Den Bosch-Oost enkele nieuwe aanknopingspunten in het 'Heel de buurt' project:

- Schep 'topvoorzieningen' in de wijk voor ontmoetingen en ontplooiing met uitstraling. (Broekman e.a., 2003)
- Geen gebruikelijke participatieladder, maar een onderscheid in verticale integratie, horizontale integratie en horizontale bewonersparticipatie. Verticale integratie is het betrekken van bewoners in overlegstructuren rond nieuw beleid; horizontale integratie is het begeleiden en activeren van bewoners om draagvlak te creëren. Horizontale bewonersparticipatie wordt gevormd door de bewonersverbanden, dichtbij huis, rond concrete knelpunten en behoeften in de leefomgeving.

- De wijkaanpak is meer dan een handige combinatie van territoriale eenheid en interventie; het is wijkbewoners aanspreken op een collectieve identiteit, op territoriaal beleefde gemeenschappelijkheid. (Duyvendak, 2003)

7.4.5. Gezondheidsbevordering en wijkaanpak

De wijkaanpak komt eind jaren tachtig bij de GGDen in beeld met de introductie van het nieuwe volksgezondheidsbeleid: gezondheidsbevordering of 'health promotion'. De eerste experimenten met een wijk- of buurtgerichte aanpak van preventieve gezondheidsvraagstukken zijn in de grote steden: Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht en Eindhoven. De aanpak omvat het opstellen van een gezondheidsprofiel van een stadsdeel, het creëren van een netwerk van sleutelfiguren, het uitvoeren van een gezondheidsenquête onder de bevolking, het initiëren en evalueren van projecten die een bepaald gezondheidsprobleem aanpakken en het uitbrengen van rapportages met aanbevelingen voor beleid. (Jonkers e.a., 1990) De belangrijkste redenen voor de communitybenadering binnen de GGDen is de overtuiging dat betrokkenheid van de mensen zelf de beste garantie vormt voor gedragsverandering, de onderkenning dat gezondheid niet alleen afhankelijk is van een gezonde leefstijl, maar dat ook de sociale en fysieke omgeving een rol speelt en het groeiende besef dat de traditionele gezondheidsvoorlichting tegen haar grenzen loopt en de groepen in achterstandswijken niet bereikt. (Röling, 1989) Deze uitgangspunten worden in vele lokale projecten, landelijke uitwisselingen, conferenties en publicaties uitgewerkt en ondersteund vanuit het Netwerk Gezonde Steden. Gezondheidscentrum Samen Beter raakt hierbij in een vroeg stadium betrokken via het eerder aangehaalde contact met het 'gezonde wijken' project in de jaren 1990-1992. In de jaren erna zijn het de GGDen die samen met de gemeenten vele lokale gezondheidsprojecten opnemen in het lokale gezondheidsbeleid. De gemeente en de GGD in 's-Hertogenbosch zetten eveneens buurtgerichte programma's op voor het terugdringen van gezondheidsverschillen. De aanpak in Den Bosch-Oost past niet zonder meer bij de GGD-aanpak. In deel III is daarover meer te lezen.

Het NIGZ (Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie) start in 2001 met SLAG, het Steunpunt Lokale Aanpak Gezondheidsverschillen. SLAG heeft als doel ondersteuning bieden aan lokale gezondheidsprofessionals die zich richten op het verminderen van gezondheidsverschillen. Met SLAG neemt het NIGZ het initiatief tot een samenwerkingsverband, waarin diverse landelijke en regionale gezondheidsorganisaties bijdragen aan het verminderen van sociaal-economische gezondheidsverschillen. SLAG brengt professionals –ook van Samen Beter– met elkaar in contact, zorgt voor actuele documentatie, biedt overzicht van projecten in binnen- en buitenland, levert trainingen en geeft advies.²¹ Op de website van SLAG is een indrukwekkend aantal projecten te vinden en literatuur te raadplegen.

In 2005 concluderen Saan en De Haes dat gezondheidsbevordering een vaste plaats in het gezondheidsbeleid heeft verworven. Het is een professioneel werkveld, dat zich gesteund weet

door een snel groeiende wetenschappelijke basis. Bovendien heeft de internationale uitwisseling van inzichten en ervaringen bijgedragen aan een snelle verbetering van de kwaliteit. (Saan en De Haes, 2005) Over de communitybenadering zeggen zij dat die in de afgelopen decennia geleidelijk verschoven is van communityleden als vrijwillige medewerkers binnen een top down georganiseerd voorlichtingsprogramma naar meer aandacht voor de community als systeem op zich, waarin zowel individuele als politieke veranderingen via, bij voorkeur, bottom up initiatieven mogelijk gemaakt worden. Dit noemen zij samenlevingsopbouw en die heeft een lange tijdshorizon. Deze aanpak staat in een gespannen relatie tot tijdelijke projecten. Bij de beginfase van de community-aanpak in 1990 in de gezondheidsbevordering wordt nog expliciet verwezen naar het opbouwwerk als samenwerkingspartner. In 2005 niet; gezondheidsbevordering positioneert zich als een zelfbewuste eigen discipline.

7.4.6. Samenvatting

De werkwijze van de GGD is vanaf het begin anders dan het opbouwwerk. Bij de GGD ligt de nadruk op de onderbouwing van projecten met gegevens, het van buitenaf aansluiting zoeken bij sleutelfiguren in een wijk, de relatie met het beleid en rapportage van effecten. Een ander verschil is de keuze voor een community-aanpak als middel voor het bevorderen van de gezondheid, terwijl in het opbouwwerk gezondheid een middel is voor participatie van de bevolking. De gezondheidsbevordering blijft worstelen met de langdurige verbinding die bij een community-aanpak met een wijk aangegaan moet worden. Het opbouwwerk heeft een aantal belangrijke elementen in de ontwikkeling van het wijkgezondheidswerk bijgedragen. Een aparte rol zoals het NIGZ of de GGDen heeft het opbouwwerk niet behouden op dit terrein. De verschillen in doelstelling, aanpak en positie tussen het opbouwwerk en de gezondheidsbevordering scherpen de inzichten in Hulpsector Oost. Hulpsector Oost neemt een aparte positie in. Het omvat een gezondheidszorgvoorziening met een -in de beginjaren- hechte relatie met opbouwwerk en later een lossere samenwerkingsrelatie met meerdere instellingen zoals het welzijnswerk, de GGD, de GGZ, scholen. Hulpsector Oost past bij de wijkaanpak en participatie-uitgangspunten van het opbouwwerk en past bij de gezondheidsbevordering door de gerichtheid op gezondheid. Speciaal voor Hulpsector Oost is de permanente aandacht voor zelfhulp en informele zorg op wijkniveau. Hierover gaat de volgende paragraaf.

7.5. Informele zorg en sociale steun

De aandacht voor informele zorg en sociale steun hoort vanaf het begin bij de filosofie en de activiteiten van gezondheidscentrum Samen Beter. De start van Hulpsector Oost heeft hiermee te maken. De ideeën over informele zorg en sociale steun in Den Bosch-Oost zijn voor het eerst beschreven in de publicatie 'Buurtzorg en professie, een netwerk' die in 1989 verschijnt. Een citaat:

“Hulpsector Oost staat voor een integratie van zelfhulp, zelfzorg, mantelzorg, vrijwillige hulp en beroepsmatige hulp en vele mengvormen hiervan:

Zelfhulp is al die vormen van hulp en steun, die wijkbewoners aan elkaar geven vanuit eigen ervaringsdeskundigheid en verbonden aan het principe van wederkerigheid: door anderen te helpen, help je ook jezelf [...]. Zelfzorg zijn al die activiteiten die wijkbewoners ondernemen ter instandhouding of verbetering van hun eigen gezondheid en welbevinden. Zelfzorg kan een combinatie vormen met zelfhulp of gestimuleerd worden door een van de andere vormen van zorg en hulp. Mantelzorg is de hulp en steun, die de directe omgeving aan een hulp- en zorgbehoeftig iemand verstrekt vanuit een persoonlijke relatie en betrokkenheid. Vrijwillige hulp is de hulp en steun, die de wijkbewoners bieden aan een groter deel van de wijkbevolking, niet enkel gericht op de directe leef- en familiesituatie, maar vanuit een persoonlijke motivatie. Er hoeft geen wederkerigheid te bestaan als uitgangspunt. De ervaringsdeskundigheid kan zoals bij de zelfhulp gebaseerd zijn op gelijksoortige ervaringen, maar betreft tevens een deskundigheid ontstaan in de praktijk van hulp en steun geven aan medebewoners. Beroepsmatige hulp en zorg worden gegeven door beroepskrachten vanuit een betaalde of onbetaalde functie, op basis van deskundigheid verkregen door opleiding voor de betreffende functie. Deze deskundigheid kan samengaan met ervaringsdeskundigheid, zowel vanuit eigen ervaringen als vanuit praktijkervaringen.”

(Paes, 1989, pg. 11-12)

Deze omschrijving is vooral geïnspireerd door de vrouwenhulpverlening en het basisdenken zoals in de eerste twee paragrafen beschreven. In de jaren tachtig bestaat landelijk nog niet veel belangstelling voor informele zorg. Vanaf de jaren negentig krijgt Hulpsector Oost bij deze ontwikkeling steun van het PON (Instituut voor advies, onderzoek en ontwikkeling in Noord-Brabant). Medewerkers van het PON en later ook van de PRVMZ (Provinciale Raad voor Volksgezondheid en Maatschappelijke Zorg) zijn voor dit thema een inspiratiebron voor Hulpsector Oost en gezondheidscentrum Samen Beter. In 1990 verschijnt een artikel van Kemps over 'Zorgvernieuwingprojecten in Noord-Brabant', waarin Den Bosch-Oost en twee andere projecten beschreven worden.

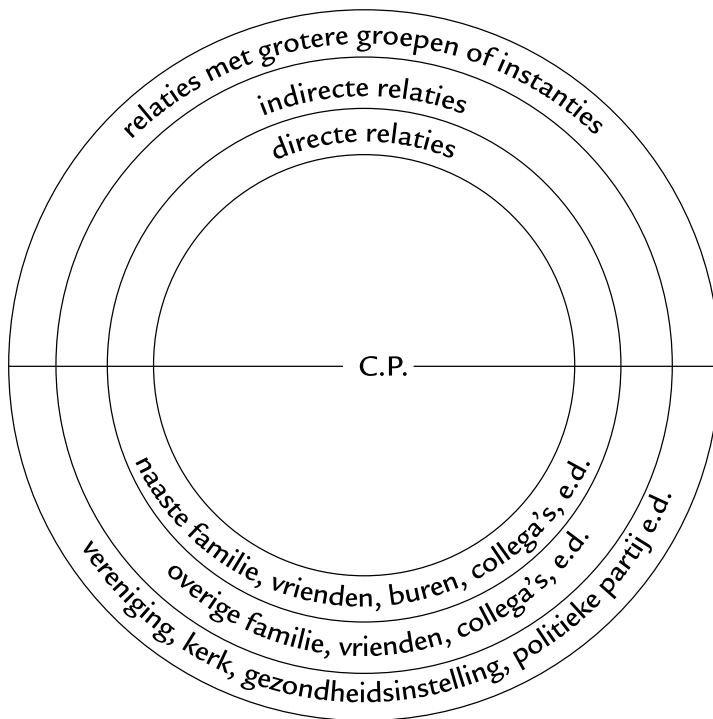
“Wat leren ons deze projecten en hun strijd om het bestaan? Dat er wel degelijk een actief potentieel, ‘menselijk kapitaal’ zoals het in het jargon van de sociale vernieuwing wel genoemd wordt, bij de mensen zelf aanwezig is. Dat dit menselijk kapitaal of die informele zorgcapaciteit niet vanzelf productief wordt en blijft. Ondersteuning van informele zorg door professionals, mits vanuit een adequate attitude, is onontbeerlijk. Dat samenwerking tussen de professionele en informele zorg [...] in een aantal situaties een ‘gouden formule’ is. Het voegt capaciteit én kwaliteit toe. Het stelt wel bijzondere eisen aan deze relatie, waarin minimaal wederzijdse acceptatie van ieders eigenheid wezenlijk is. Dat ons

huidige professionele zorgsysteem en financieringsysteem volstrekt niet afgestemd is op het honoreren, bevorderen en stimuleren van dit ‘menselijk kapitaal’, alle mooie beleidsverhalen ten spijt[...] Soms lijkt de regeldichtheid en de vele systeemplagen het zicht op een eenvoudige manier van oplossen van problemen te ontnemen.” (Kemps, 1990, pg 11-14)

7.5.1. Een wijkontwikkeling

Praktijkverhalen uit Den Bosch-Oost verschijnen in artikelen en publicaties, waarin beschreven is hoe informele zorg en sociale steun in wijkprojecten zich manifesteren en tot stand komen. Gerefereerd wordt aan Van Mierlo, die een sociaal netwerk definieert als die groep mensen, waarmee iemand min of meer duurzame banden onderhoudt voor de vervulling van levensbehoeften.

Figuur 7.1. Sociale steun (Van Mierlo, 1992)



Vrijwilligers in de wijk horen volgens deze opvatting tot de middelste cirkel van de indirecte relaties. Zij hebben de functies van steunpilaar, ogen en oren, intermediair, voorbeeld en klankbord. De betekenis van zorgen voor elkaar in een buurt wordt in een publicatie geana-

lyseerd. (Paes, 1993) Aan de hand van een aantal portretten van wijkbewoners worden de volgende elementen uitgewerkt:

Tabel 7.2 Aspecten van informele zorg

Zorg of ...en werk:

Aangesloten wordt bij de definitie van Sevenhuijsen die zorgen primair het vermogen om behoeften te zien en te horen, om verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen behoeften en die van anderen, en op het vermogen tot reflectie over de vraag of die behoefte bevredigd moet worden en hoe en voor wie. (Sevenhuijsen, 1993) Zij neemt afstand tot de tot dan toe gangbare feministische opvatting van zorg als een eenrichtingverkeer en zelfopoffering.

Jezelf of ... en elkaar:

Het gevoel van menszijn bij vrouwen berust op verbondenheid met anderen, het in relatie staan met anderen. (Baker-Miller, 1988) Als kritische kanttekening wordt de vraag gesteld of dit alleen geldt voor vrouwen. In de portretten figureren eveneens mannen.

Vrijwillig of ... en betaald:

Hierin wordt het tweesnijdende zwaard van vrijwilligerswerk uitgewerkt: mensen werken aan de verwezenlijking van een doel en tegelijkertijd aan zelfverwezenlijking. De scheidslijn is niet altijd precies te trekken. Vrijwilligerswerk is overal waar mensen zijn. Ook op de betaalde werkvloer. (Van der Stoel, 1988) In Den Bosch-Oost een zeer herkenbaar gegeven.

Nabijheid of ... en afstand:

Hier wordt de zakelijk op afstand georganiseerde zorg geplaatst tegenover de liefdevolle (of noodgedwongen) zorg in de privé-omgeving. Een dichotomie die in de praktijk niet past; niet in betaalde kringen en niet in de vrijwillige praktijken. Gepleit wordt in navolging van Moreé en Oldersma voor een integratie van 'labour' en 'love'. (Morée en Olderma, 1991) Eveneens wordt gerefereerd aan Kunneman, die zegt dat de kern van de zorgrelatie de ervaring is, dat je er toe doet, dat je er mag zijn, dat je welzijn voor een ander om zichzelfwille van belang is, respectievelijk de ervaring dat een ander er voor jou toe doet en dat haar welzijn voor jou om zichzelfwille van belang is. (Kunneman, 1993)

Ervaringsdeskundigheid of ...en professionele deskundigheid

Nodig is een voortdurende wisselwerking en beïnvloeding tussen beide deskundigheden binnen één persoon of tussen personen door voorwaarden te creëren voor de uitwisselingen en voor wederzijdse inbreng van de specifieke deskundigheid.

7.5.2. Een nieuwe impuls

In de jaren negentig komt op beleidsniveau meer aandacht voor de informele zorg. Men becijfert de omvang van de informele zorg. Tachtig procent van de Nederlanders ervaart het zelf verzorgen van naasten als vanzelfsprekend, maar ook dat het werk zwaar en tijdrovend kan zijn. (Van der Wal e.a., 2004) Deze cijfers ondersteunen de ervaringen in Den Bosch-Oost.

Er worden steunpunten mantelzorg opgezet, de ‘voor en door’ methode krijgt landelijk aandacht en er ontstaan buddy- en maatjesprojecten. Hulpsector Oost laat zich inspireren door deze ontwikkelingen. In het eerder aangehaalde project ‘samenhangende zorg’ bij Samen Beter, wordt de methodiek van steungroepen voor kwetsbare groepen (moedergroep en psychiatriegroep) in de wijk ontwikkeld en beschreven. De samenwerking tussen de professionele en informele zorg brengt tevens met zich mee, dat nagedacht wordt over de relatie; de hulpverleningsrelatie zelf wordt doordacht. Op Hulpsector-avonden discussiëren beroepskrachten en vrijwilligers aan de hand van voorbeelden over het ‘Moderne paternalisme’ (Kuypers en Van der Lans, 1994) en de onderliggende waarden van de bemoeizorg. (Henselmans, 1993) In een wijk zorgen zowel het professionele en het informele circuit. De beide circuits verrijken elkaar als ze de volgende valkuilen vermijden: rolwisseling, misbruik van de informele zorg als stoplap, overnemen van de zorg van de informele zorg als deze om steun vraagt, uitsluiting van één van de elementen in het zorgsysteem. (Kemps, 1990)

7.5.3. Samenvatting

Het thema informele zorg en sociale steun heeft specifieke aandacht gehad in Den Bosch-Oost vanuit het perspectief dat informele zorg een eigen betekenis in een wijk heeft, die de professionele zorg niet heeft. In de discussies met externe onderzoekers en schrijvers is aandacht gevraagd voor dit aspect van het werken in de wijk om het op de publieke agenda te krijgen. Het niet zo zichtbare zorgen voor elkaar in een wijk krijgt weinig aandacht van gemeenten en welzijnswerk en ook niet van de professionele zorg. Pas eind jaren negentig komt de aandacht voor de informele zorg op gang als de economische waarde van deze zorg doordringt in het beleid. De grootste inspiratiebron voor de ontwikkelingen rond informele zorg en sociale steun in Den Bosch-Oost vormen de wijkbewoners. Zij bieden spontaan steun aan medewijkbewoners en komen met voorstellen voor de opzet van projecten als een klusdienst, kinderopvang, vrouwenopvang, opvang voor psychiatrische patiënten en steungroepen voor mantelzorgers. In de historische beschrijving van Hulpsector Oost in paragraaf 6.3 is hieraan aandacht besteed. In deel III ga ik zal nader in op de betekenis van de informele zorg en sociale steun in de wijk.

7.6. Extramuralisering en vermaatschappelijking van de zorg

Begin jaren negentig worden extramuralisering en vermaatschappelijking van de zorg een belangrijke trend. GGZ-cliënten en ouders van kinderen met een verstandelijke handicap eisen hun plek in de samenleving op. Ook ouderen willen niet meer als vanzelfsprekend naar een verzorgingshuis, maar willen zo lang mogelijk thuis wonen. Intramurale instellingen worden afgebouwd. Een ontwikkeling die past bij het overheidsbeleid gericht op kostenbeheersing in de zorg. Extramuralisering is echter nog geen vermaatschappelijking. In een gewone wijk wonen is een eerste stap. Vermaatschappelijking richt zich op daadwerkelijke deelname aan de samenleving en strekt zich uit tot het arbeidsproces en de vrijetijdsbesteding. Burgers leven in een wijk omdat ze daar recht op hebben, niet omdat de wijk hen al dan niet tolereert. Mensen met een langdurige psychiatrische problematiek of een verstandelijke beperking vervullen lange tijd de patiëntrol, voor hen is ook de burgerrol van belang. Om die rol te kunnen vervullen zijn voorzieningen en diensten nodig die maatschappelijke integratie mogelijk maken. In de samenleving zijn zij meer op eigen mogelijkheden en initiatieven aangewezen. Sociaal contact is niet vanzelfsprekend. Vaak beschikken deze mensen over een minimaal sociaal netwerk dat zich beperkt tot familie en professionele hulpverleners. (Kemps, 2006)

Voor ouderen geldt dat zij meer en meer zo lang mogelijk in hun eigen omgeving willen blijven wonen en hierbij hun vertrouwde netwerk in stand kunnen houden. Naast en door een groter wordende zorgbehoefte en afname van mobiliteit krijgen ouderen vaak te maken met eenzaamheid. Eenzaamheid hoeft niet samen te vallen met sociale isolatie of alleen zijn. Eenzaamheid heeft te maken met tekorten in de sociale relaties. Men onderscheidt emotionele en sociale eenzaamheid. Emotionele eenzaamheid ontstaat als gevolg van het wegvallen van intieme banden met bijvoorbeeld de partner. Sociale eenzaamheid heeft te maken met de afwezigheid van betekenisvolle vriendschappen of een gevoel van saamhorigheid. (Janssen, 2002)

7.6.1. Vermaatschappelijking op wijkniveau

Al begin jaren tachtig verschijnt in Den Bosch-Oost een eerste wooncentrum voor mensen met een verstandelijke beperking. De ouders realiseren het initiatief samen met Humanitas en Welzijnsproject Oost. Hulpsector Oost is betrokken bij het initiatief en onderzoekt de mogelijkheden voor deze nieuwe bewoners om aan te sluiten bij wijkactiviteiten. Een van deze bewoners loopt stage bij de gastmensen van Samen Beter ter voorbereiding op een definitieve werkplek. Het is ook Humanitas die start met de eerste begeleide woonvorm voor ex-psychiatrische patiënten in twee woonhuizen. Later volgt de GGZ-instelling en komen 88 GGZ-cliënten verspreid over meerdere locaties in de wijk wonen. De wens van enkele vrijwilligers van Hulpsector Oost om iets te doen voor deze nieuwe wijkbewoners betekent de start van Trefpunt Oost. Trefpunt Oost wordt opgezet naar voorbeeld van en geïnspireerd

door de voorlopers van het gedachtengoed van Kal over kwartiermaken. Kal pleit voor het creëren van plekken waarin kwetsbare mensen de tussenstap zetten naar deelname aan de samenleving.

“Het begrip niche is een concretisering van de gastvrijheid. Kwartiermaken werkt aan niches in welzijns- en vrijwilligerswerk, en op al de plekken waar mensen willen deelnemen aan het maatschappelijk verkeer. Kwetsbare mensen vinden in niches anderen die emotioneel ondersteunend zijn en tijd hebben; er vinden activiteiten plaats die door hen als zinvol worden ervaren. Niches zijn omgevingen waarin een gevoel van eigenwaarde wordt gevoed. Niches danken hun kwaliteit mede aan maatjes, mensen die zich ter plekke opwerpen als bondgenoot en als nodig als bemiddelaar. [...] In de niche ontmoeten verschillende werelden elkaar, raken ze elkaar en beïnvloeden ze elkaar. Een gevarieerde samenleving krijgt daarin gestalte.” (Kal, 2001; pg. 179)

Trefpunt Oost is een initiatief, dat in de wijk is opgezet voor (ex)psychiatrische patiënten. Het ontstaan van Trefpunt Oost begin jaren negentig heeft te maken met een maatschappelijke ontwikkeling, die als vanzelfsprekend past binnen de visie en werkwijze in Den Bosch-Oost.

7.6.2. Botsing van twee perspectieven

Het wijkinitiatief Trefpunt Oost maakt moeilijke tijden door. De oorzaak van de moeilijkheden heeft te maken met twee verschillende perspectieven. De wijkbewoners betrokken bij het Trefpunt Oost, vinden dat de medewerkers van de GGZ niet voldoende openstaan voor samenwerking met het Trefpunt Oost. Zij ervaren hoe de begeleiders zich afsluiten voor de wijk en bewoners niet stimuleren om deel te nemen aan de wijkactiviteiten. Ook wijzen zij er op dat zij alle wijkbewoners met psychiatrische problemen in het Trefpunt Oost willen ontvangen; ook diegenen die niet behoren tot de bewoners van de GGZ-huizen. In een onderzoek van een GGZ-medewerker wordt vanuit GGZ-perspectief het volgende opgemerkt:

“Gaandeweg werden de contacten tussen wijk en woongroepen steeds slechter. Cliënten en personeel bleven sterk geïntereerd op het APZ (Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis) en maakten gebruik van alle APZ-voorzieningen. Bewoners gaan iedere dag met een eigen busje vanuit de wijk naar het APZ in Vught. Integratie en aansluiting zoeken bij de wijk leeft niet bij medewerkers en cliënten omdat het voor hen geen enkel belang heeft.” (Thijssen, 2002; pg.8)

Deze werkwijze roept bij de medewerkers van Samen Beter, Hulpsector Oost en Trefpunt Oost het beeld op van de GGZ als log instituut, dat niet toegankelijk is en niet bereid om samen te werken. Ook de opstelling van de GGZ, dat verschil maakt tussen GGZ-cliënten en andere wijkbewoners met psychiatrische problemen, wekt wrevel. De medewerkers van Trefpunt Oost zeggen hierover:

“Bij ons is iedereen welkom, vooral mensen uit de GGZ, maar ook mensen uit de wijk. Want dat is juist het sterke punt. [...] onze mensen zijn onze mensen en dat zijn de mensen van het Trefpunt. Of ze nou uit de wijk komen of van de GGZ. Wij hebben geen jullie-mensen”. (Thijssen, 2002; pg.15)

Deze verschillen van mening worden inzet van discussie en onderdeel van een verbetertraject. De GGZ constateert dat zij zich veel beter moeten voorbereiden op de overstap naar de wijk en dat ze de wijk moet leren kennen. Partijen groeien naar elkaar toe en de gezamenlijke reflectie mondt uit in nieuwe samenwerkingsactiviteiten die ontwikkeld worden vanuit het project ‘samenhangende zorg.’ Hierover is meer te lezen in de volgende paragraaf over ketenzorg.

7.6.3. Samenvatting

Bij diverse gelegenheden is door externen opgemerkt dat in Den Bosch-Oost sprake is van vermaatschappelijking ‘avant la lettre.’ De doelstelling van vermaatschappelijking past bij de in Den Bosch-Oost ontwikkelde werkwijze en initiatieven. Het gedachtengoed sluit aan bij de in de vorige paragrafen beschreven uitgangspunten van ‘werken vanuit de basis’, van emanciperende hulpverlening en sociale steun. Een aantal belangrijke voorwaarden om vanuit verschillende instellingen met elkaar samen te werken verwoordt een GGZ-medewerker: *“Ik denk dat je moet beginnen met duidelijk te zijn wat je voor elkaar kunt betekenen en dat ook uitspreken naar elkaar. Dat is een veel betere insteek dan alleen maar kritiek hebben op elkaar. Ik vind dat je afwachtend moet zijn en in moet steken op de mogelijkheden die de wijk je biedt. En daarnaast moet je aangeven wat de GGZ daarin kan doen. Je moet openstaan voor en gebruik maken van de mogelijkheden die er zijn.”* (Thijssen, 2002; pg.17)

7.7. Ketenzorg en zorgarrangementen

Gezondheidscentra blijken in staat om de inhoudelijke ontwikkelingen in de complexe zorg voor chronisch zieken zoals astma/COPD-patiënten, diabetici en hartpatiënten vanuit hun samenwerking goed vorm te kunnen geven zo blijkt uit een interne LVG-evaluatie in 2005. (Van de Rijdt, 2005) In vele gezondheidscentra is men bezig met de invoering van ketenzorg, waarbij de gezondheidscentra kunnen bouwen op de ervaring met multidisciplinaire samenwerking. Het ministerie van VWS omschrijft ketenzorg kort en bondig als volgt: *“Ketenzorg wordt steeds belangrijker. Niet de organisatie van de zorg staat centraal, maar de patiënt die zorg nodig heeft staat centraal.”*²²

Ketenzorg bevat de opeenvolgende stappen van hulpvraag tot zorgverlening. Voor ketenzorg is interne samenwerking nodig, maar ook samenwerking met andere zorgaanbieders zoals ziekenhuizen, verzorgings- en verpleeghuizen, GGZ. Goede communicatie is daarbij belangrijk. De zorgverzekeraars gebruiken ketenzorg als vehikel om tot transparante finan-

22 www.snellerbeter.nl; geraadpleegd op 18-11-2006

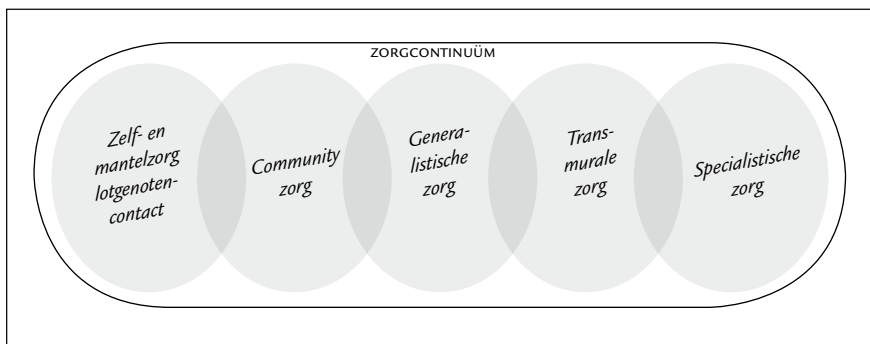
ciering te komen van de keten. Zij noemen een keten een diagnose-behandel-combinatie. Zoals beschreven in hoofdstuk 6 heeft Samen Beter met het project samenhangende zorg geanticipeerd op deze ontwikkeling. Door middel van het project samenhangende zorg is gewerkt aan het bewerkstelligen van meer samenhang tussen voorzieningen die op regionale schaal georganiseerd zijn en de praktische uitvoering van zorg op wijkniveau. Bij de eerste bespreking van het projectplan samenhangende zorg reageerden medewerkers van Samen Beter kritisch op de term ketenzorg. Het beeld van een keten vonden zij niet passen bij samenwerken in de zorg; zij kozen voor de term 'zorgarrangementen'.

7.7.1. Zorgarrangementen in Den Bosch-Oost

In het project zijn zorgarrangementen ontwikkeld voor de jeugdzorg, ouderenzorg, zorg voor chronisch zieken, psychosociale zorg en psychiatrische zorg. Idealiter wordt alle zorg en diensten vanuit een continuüm van zorg geboden. In deze arrangementen zijn nieuwe samenwerkingsactiviteiten ontwikkeld tussen het gezondheidscentrum en het consultatiebureau, de verzorgings- en verpleeghuizen, medisch specialisten en thuiszorg, maatschappelijk werk en GGZ.

Het gedachtegoed achter de zorgarrangementen is het zorgcontinuüm; een continuüm waarin geen gaten vallen en waarin vloeiende overgangen bestaan tussen de specialistische zorg, de nabije kleinschalig georganiseerde eerstelijnszorg en de informele zorg, die deel uit maakt van het directe netwerk van mensen. Het begrip continuüm is ruim tien jaar geleden geïntroduceerd in het rapport 'Gedeelde zorg, betere zorg' van de commissie Biesheuvel (WVC, 1994) Echter in een smalle variant. Biesheuvel onderscheidde de generalistische en specialistische zorg met transmurale zorg als verbinding. In de publicatie: 'Zorg op menselijke maat' heb ik het begrip verder uitgewerkt naar de samenleving toe en het zorgcontinuüm gepresenteerd als een integratie van het zorgsegment en het maatschappelijke segment. De zelf- en mantelzorg, met als verbindende schakel community zorg horen ook in het continuüm.

Figuur 7.2 Een zorgcontinuüm



In het linker gedeelte van het zorgcontinuüm staat het zelfsturende en zelfoplossende zorgvermogen van mensen centraal: zelfhulp en mantelzorg. De schakel tussen de zelf- en mantelzorg en de generalistische zorg heb ik communityzorg genoemd; daartoe behoort: burenhulp en vrijwilligerswerk en vrijwilligersorganisaties.

In het midden gedeelte van het zorgcontinuüm staat de generalistische zorg. Hierbij hoort de medische zorg, paramedische zorg, psychosociale en psychiatrische zorg en basisgezondheidszorg. De schakel tussen de generalistische zorg en de specialistische zorg zijn de transmurale samenwerkingsvormen tussen intra- en extramuraal zorg, samenwerking rond chronisch zieken, mensen met beperkingen, en dementerenden.

In het rechter gedeelte van het zorgcontinuüm staat de specialistische zorg: de ziekenhuizen, specialisten en specialistische behandelcentra; de verzorgings- en verpleeghuizen, de GGZ, de behandelcentra voor verstandelijke, zintuiglijke en lichamelijke gehandicapten zorg en de residentiële jeugdzorg

In de term continuüm zit de ruimte om te schuiven, te vernieuwen én het biedt de mogelijkheid om naar het totaal te kijken. Het is niet het aan elkaar ketenen van bestaande vormen. Het begrip continuüm dwingt te kijken naar het geheel.

7.7.2. Samenvatting

De ontwikkeling van de zorgarrangementen in Den Bosch-Oost en het denken in een zorgcontinuüm is pril. Samenwerking tussen de professionele zorg en informele zorg in zorgarrangementen sluit aan bij de aandacht voor informele zorg en sociale steun zoals besproken in de vorige paragraaf. Samenwerking tussen de professionele en informele zorg is een accent dat door de jaren heen centraal stond in Hulpsector Oost. Onduidelijk is of dit gedachtengoed overeind zal blijven in de verdere ontwikkeling van regionale ketenzorg en diagnose-behandel-combinaties in de gezondheidszorg.

7.8. Samenvatting en conclusie

In dit hoofdstuk is te zien dat wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost zich ontwikkelt vanuit een doorgaand leerproces. Grote theorieën worden toegepast in de alledaagse praktijk en geïntroduceerd door personen die zich soms voor langere tijd verbinden aan de ontwikkelingen in Den Bosch. Het denken over de praktijk van het wijkgezondheidswerk gebeurt op bijeenkomsten van vrijwilligers en beroepskrachten, op congressen, door middel van onderzoek en publicaties over Den Bosch-Oost. De consequenties van de invloed van het organisatorische en financiële denken staan in een gespannen relatie tot deze manier van leren. Het groter worden van het gezondheidscentrum en de veranderingen zoals in hoofdstuk 5 beschreven maken het samen reflecteren van vrijwilligers en beroepskrachten moeilijker. Het

lukt alleen met behulp van extra projectfinancieringen om deze manier van leren vol te houden. Het is werk van lange adem en nooit klaar. Steeds worden nieuwe wegen gezocht.

Vóór 1985 is het wijkgezondheidswerk georiënteerd op een ideologische en inhoudelijke kijk op samenwerking met wijkbewoners. De sociale omgevingsbenadering is sterk, met een grote invloed van het basisdenken en de emanciperende hulpverlening. Na 1985 is er een mix te zien. Enerzijds blijft die inhoudelijke oriëntering, maar is de druk om als organisatie te kunnen overleven groot. De inhoudelijke inspiratiebronnen verschuiven enerzijds naar de medische benadering en de economische kijk om als basisvoorziening te kunnen voortbestaan. Het zwaartepunt van de oriëntatie van het gezondheidscentrum ligt bij de ontwikkeling van de eerstelijnszorg. De aansluiting van de eerstelijnszorg op de wijkactiviteiten vindt plaats binnen Hulpsector Oost en daar zijn niet alle beroepskrachten van Samen Beter bij betrokken; enkel maatschappelijk werk en preventiewerk. Hierdoor ontstaat een verwijdering in het tot dan toe gezamenlijk gedragen proces.

Begin jaren negentig brengt de community based en gezonde wijken benadering via het innovatieproject sociale vernieuwing een nieuwe impuls voor het wijkgezondheidswerk. Deze keer een impuls vanuit de leefstijlbenadering, die aansluit op de sociale omgevingsbenadering. In deze periode ontstaan veel wijkinitiatieven die een mix laten zien van deze twee benaderingen.

Het project samenhangende zorg gebaseerd op vermaatschappelijking van de zorg en ketenzorg brengt vervolgens de eerstelijnszorg weer dicht bij wijkactiviteiten; in een nieuwe vorm binnen de zorgarrangementen voor de jeugdzorg, ouderenzorg, chronisch zieken, psychosociale zorg en psychiatrische zorg. Hierin gaat het om een combinatie van de medische benadering en sociale omgevingsbenadering. In dit project is duidelijk te zien dat het organisatorische en financiële denken in een gespannen relatie staat tot de sociale omgevingsbenadering.

Door de jaren heen zijn steeds wegen gezocht om verder te werken met en aan het concept wijkgezondheidswerk, zowel inhoudelijk als procesmatig. Hierop kom ik in de conclusies terug.

DEEL III

EXPLORATIE VAN HET WIJKGEZONDHEIDSWERK IN DEN BOSCH-OOST

Deel III bevat het empirische materiaal, dat verkregen is uit 40 diepte-interviews met werkers, beroepskrachten, I/D-ers²³ en vrijwilligers, actief in Den Bosch-Oost. De selectie van de personen, die geïnterviewd zijn, de wijze van interviewen, het verwerken en het analyseren van het materiaal is beschreven in de methodologische verantwoording (hoofdstuk 2). De gegevens van de geïnterviewde personen zijn opgenomen in bijlage 1 en de interviewlijnen in bijlage 2 en 3.

Voor de analyse bleken 39 interviews geschikt. Deze getranscribeerde interviews zijn in Atlas-ti (een computerprogramma voor kwalitatief onderzoek) gezet en in 'quotations' (samenhangende tekstfragmenten) gesplitst. Vervolgens zijn samenvattingen gemaakt van de interviews aan de hand van de quotations en ook de samenvattingen zijn in quotations opgedeeld. Ten slotte maakte ik vanuit de samenvattingen een typering van elke respondent. De typeringen van de beroepskrachten, I/D-ers en vrijwilligers zijn opgenomen in respectievelijk de bijlagen 4, 5 en 6. Alvorens aan de hoofdstukken van deel III te beginnen is aan te raden deze typeringen te lezen.

De wijze waarop het materiaal geanalyseerd en bestudeerd is, is beschreven in hoofdstuk 2. Het uitgangspunt bij de analyses van de interviews was het in samenhang met elkaar bestuderen van alle elementen van het wijkgezondheidswerk: beelden van de wijk, ideeën over gezondheid, de werkwijze, de resultaten en betekenis van het werken in de wijk. Voor

23 I/Ders zijn personen werkzaam in een Instroom/Doorstroombaan. Een regeling om werkplekken te creëren voor langdurig werklozen. Deze regeling heeft de regeling van de Melkertbanen opgevolgd. De geïnterviewden hadden allemaal eerst een Melkertbaan, die vervolgens omgezet is in een I/D regeling. Vier van de vijf I/Ders waren voorafgaand aan deze regeling als vrijwilliger werkzaam in Den Bosch-Oost.

de beschrijving is terug gekeerd naar de interviews. De teksten zijn opgebouwd met citaten uit de oorspronkelijke interviews. Bij de citaten zijn gefingeerde namen gebruikt die terug te vinden zijn in de typering in bijlage 4, 5 en 6. Het 1e cijfer achter de naam verwijst naar de bijlage en het 2e cijfer naar het volgnummer in de bijlage.

In hoofdstuk 9 zijn de analyses opgenomen van de achtergronden van de werkers, de wijktypering en de ontwikkelingen die zij in de loop der jaren waarnemen in de wijk. Aan de hand van deze analyses is beschreven hoe de achtergronden van de werkers hun wijkbeelden bepalen; de wisselwerking die bestaat tussen werkers, bewoners en hun wijk; de relatie van de wijkbeelden tot de geografische, organisatorische en sociologische wijkbenaderingen.

In hoofdstuk 10 staan de analyses over de definiëring van het begrip gezondheid. Wat zeggen de werkers over de gezondheid van de wijkbewoners en welke veranderingen zien zij door de jaren heen; welke verschillende gezondheidsbenaderingen spelen in een wijk; welke kennis hebben zij over de gezondheid van wijkbewoners en tot welk soort activiteiten leiden de verschillende oriëntaties in een wijk.

In hoofdstuk 11 zijn de analyses van de activiteiten, strategieën, werkwijzen en attitudes van de werkers opgenomen. Aan de hand hiervan zijn de inzichten beschreven over de wijkaanpak; wat houdt wijkgezondheidswerk in; welke activiteiten en werkwijzen zijn ontwikkeld en welke attitudes worden herkend.

In hoofdstuk 12 heb ik beschreven welke resultaten de werkers benoemen en welke betekenis zij geven aan de rol en positie van gezondheidscentrum Samen Beter en Hulpsector Oost in de wijk.

8. DE WERKERS EN HUN WIJK

“Maar de wijk is er niet. Daar ben ik wel achter. Dat zijn (...) hele kleine buurtjes en daarin zitten een aantal mensen die actief zijn en die vormen (...) naar buiten toe een geheel [. ...] Dan krijg je een saamhorigheid.” (Toon, B.6.2)

8.1. Inleiding

Dit hoofdstuk biedt informatie over de geïnterviewde werkers in Den Bosch-Oost: wie zij zijn, in welke sectoren zij werken, hoe en waarom zij in de wijk terechtgekomen zijn en welke beelden zij hebben van de wijk. Onderzocht is of er een relatie bestaat tussen deze elementen. Daarna heb ik de wijkbeelden van de werkers geconfronteerd met de geografische, organisatorische en sociologische benaderingen van de wijk, die beschreven zijn in deel I. Hoe verhouden de beelden van binnenuit zich tot beelden van buitenaf? In een laatste paragraaf is een casus uit gewerkt, waarin de wijk en de gemeente discussiëren over de wijkindeling; een indeling die gebaseerd is op verschillende benaderingen.

De inzichten beschreven in dit hoofdstuk vormen een eerste stap in de verkenning van het wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost. Het is een antwoord op een deel van de tweede onderzoeksvraag:

- Welke invulling geven de beroepskrachten en vrijwilligers werkzaam in de wijk Den Bosch-Oost aan wijkgericht werken om gezondheid te verbeteren en wat zijn hun onderliggende ideeën? Welke strategieën hanteren de werkers hierbij en wat zijn hun onderliggende drijfveren om in de wijk te werken? Bereiken zij de sociaal-economisch zwakke groepen?

8.2. Introductie van de werkers

De geïnterviewden zijn beroepskrachten, personen die via een I/D-regeling in de wijk werken en vrijwilligers. Zij werken ten tijde van de interviews (in 2003) variërend tussen de 3 en 30 jaar in de wijk Den Bosch-Oost.

Tabel 8.1. Aantal jaren werkzaam in de wijk Den Bosch-Oost

Aantal jaren werkzaam	Beroepskrachten	I/Ders	Vrijwilligers	Totaal
>20 jaar	2		7	9
10-20 jaar	4	3	3	10
5-10 jaar	5	2	4	11
3-5 jaar	1		9	10

De beroepskrachten en I/Ders zijn ingedeeld naar functie. Voor de vrijwilligers is een onderverdeling gemaakt naar de soort activiteiten, die zij voornamelijk uitvoeren: zorgactiviteiten of welzijnsactiviteiten. Zorgactiviteiten zijn: opvang psychiatrische patiënten, vrouwenhulpverlening, activiteiten verbonden aan het gezondheidscentrum, bezoek zorgbehoeftige ouderen, zelfhulpgroepen. Welzijnsactiviteiten zijn de activiteiten in buurthuizen, doe-activiteiten zoals houtbewerking en jeugdwerk. Voor deze laatste categorie geldt dat deze vrijwilligers in hun vrijwilligerswerk ook zorgactiviteiten uitvoeren, maar dat die niet de hoofdmoot vormen.

Tabel 8.2. Sectoren en activiteiten in categorieën

Medisch en paramedisch	Sociaal/medisch	Sociaal
Huisarts Fysiotherapeut	Praktijkverpleegkundige GGZ-medewerker Preventiewerker Vrijwilliger in zorgactiviteiten	Maatschappelijk werker Opbouwwerker Leerkracht van de basisschool Werker in de kinderopvang Buurthuiswerker Vrijwilliger in welzijnsactiviteiten

Ter verduidelijking volgen hier twee voorbeelden van de twee soorten vrijwilligersactiviteiten; de activiteiten van de beroepskrachten spreken voor zich. Een voorbeeld van een zorgvrijwilliger: *“Ja, ik denk (...) dat ik toch mensen wilde helpen (...) mensen vooruit wilde helpen. En bij de vrouweninitiatiefgroep dat was meer (...) hoe moet ik dat zeggen, voor mij zelf. Mijn eigen ontwikkeling. En ja, toen ik aan dat psychiatrieproject begon, dacht ik, dat is toch wat meer met mensen, mensen helpen, dat kan ik nu wel aan. Ik had in die tijd ook wel heel veel geleerd denk ik (...) en niet zo zeer over de psychiatrie, maar ik had wel heel veel geleerd wat mensen bezig hield in de wijk.”*(Jeanne, B. 6.3)

Een voorbeeld van welzijnsactiviteiten:

“Zoals ik die mensen die ik hier zie, die dan eigenlijk niks meer kunnen en die met één hand zitten te figuurzagen en te schuren. De ene houdt het vast en de andere zaagt en de een boort en de ander houdt het vast met één hand en dat is een prestatie.” (Dorus, B.6.12)

8.3. Referenties en keuzegronden

Waarom ga je in Den Bosch-Oost als beroepskracht of vrijwilliger werken? De meeste respondenten hebben hier een uitgebreid verhaal over. Voor een deel van de respondenten is de keuze om in Den Bosch-Oost te gaan werken een bewuste keuze geweest; zowel voor de

beroepskrachten als voor vrijwilligers. Voor de beroepsmatige werkers is een onderscheid gemaakt tussen degenen die bewust voor het werken in Den Bosch-Oost kiezen en zij die toevallig vanuit een sollicitatie of werkopdracht in die wijk terecht komen. Bij de vrijwilligers is een verschil gemaakt tussen hen, die min of meer vanzelfsprekend vrijwilliger zijn, omdat zij in de wijk zijn geboren en/of getogen en de anderen, die niet in de wijk wonen, maar bewust voor vrijwilligerswerk in Den Bosch-Oost hebben gekozen.

Een beroepskracht, die bewust gekozen heeft:

“(…) een cultuur uit ademde waarin ik (...) erkenning zag van een arbeidersomgeving (...) van mensen die in gelijksoortige omstandigheden wonen zoals ik gewoond had (...) en mensen die [...] aardige ideeën hadden over hoe het er uit zou moeten zien met zorg [...] en dat hier ruimte was voor iets anders, een gezondheidscentrum en die achtergrond [...] ik zou me niet hebben aangetrokken gevoeld tot een buurt waar villa's staan.” (Bram, B.4.1)

Nog een voorbeeld van een bewuste keuze:

“Nou, ik ben die stage gaan doen, omdat H. heel veel vertelde over het werk in Den Bosch-Oost, de ideologie daarachter; van die solidariteit met de bewoners en de mensen in een achterstandssituatie. [...] Ik las natuurlijk ook vaak in de krant over Den Bosch-Oost en alles wat daar over geschreven stond, dat sprak mij altijd heel erg aan en wat ik denk wat ook meegespeeld heeft, is de visie van het werk op de wijk.” (Annelies, B.4.4)

Een vrijwilliger die in het vrijwilligerswerk stapte omdat zij woont in de wijk:

“In het begin (...) bij elkaar komen en brainstormen van wat zou dat gezondheidscentrum kunnen betekenen hier. [...] Ik stapte er echt absoluut blanco in. (...) per toeval (...) Het sprak me wel aan, want het was iets dat in de buurt zou gebeuren, dat wilde ik graag.” (Anneke, B.6.4)

Een vrijwilliger die vanuit een hulpverleningscontact vrijwilligerswerk oppakt:

“Ik ben gestopt met werken en dat was de grootste vergissing die ik ooit begaan heb, want dat was maar niks thuiszitten met een baby'tje. En daar kreeg ik toch allerlei klachten van en dan meld je je natuurlijk bij de huisarts [...] en die heeft mij doorverwezen naar het maatschappelijk werk in plaats van medicatie voor te schrijven. Ben ik een oftwee keer bij de maatschappelijk werkster geweest en die sprak mij meteen aan op kwaliteiten die ik in huis had en ik was zo vrijwilliger in Den Bosch-Oost.” (Sandra, B.6.6)

In deze keuzes spelen verschillende referenties een rol. Bram kiest voor een arbeidersbuurt; een type wijk, waarin hij zelf is opgegroeid en waar hij zich toe aangetrokken voelt. En hij kiest tegelijkertijd voor een wijk om een ander soort gezondheidszorg te realiseren. Annelies voelt zich aangetrokken tot de werkwijze in Den Bosch-Oost die ze uit de krant en via verhalen kent. Anneke wil zich inzetten voor een wijkorganisatie, omdat zij het belangrijk vindt dat zij een verbinding heeft met de wijk. En ook Sandra zoekt een plek waar ze aansluiting vindt bij wijkbewoners en waar zij haar kwaliteiten kan inzetten. Niet iedereen kiest bewust om te werken in Den Bosch-Oost. Sommige beroepskrachten komen er bij toeval terecht vanuit hun aanstelling bij een instelling. Sommige vrijwilligers zijn in de wijk opgegroeid, hun familie woont er en zij zijn als vanzelfsprekend actief in deze wijk.

Een beroepskracht:

“Dan zit je met je neus boven op die vacatures die iedere keer binnen de GGD de ronde doen en zo ben ik er eigenlijk ingerold.” (July, B.4.12)

Een I/Der:

“Want ik wilde graag iets doen. En omdat dat lekker dicht bij school was en de kinderen nog allemaal op de basisschool zaten.” (Mary, B.5.3)

Een vrijwilliger:

“Ik ben hier geboren en getogen. [...] Eigenlijk is het begonnen bij een voetbalvereniging en dat was ook [...] hier in Oost. Ik ben als voetbaltrainer begonnen bij OVH. En daar ben ik eigenlijk met de jeugd begonnen, [...] omdat de jeugd mij wel trok. En ik ben misschien ook wel iemand die graag iets voor een ander wil betekenen. [...] En ondertussen ben ik ook weer door andere mensen gevraagd [...] lijkt dat niks voor jou om dingen mee te organiseren voor de jeugd. En ja, dat doe ik ondertussen ook al bijna 20 jaar.” (Henk, B.6.13)

Dit zijn enkele voorbeelden hoe werkers terecht komen in Den Bosch-Oost en actief worden in de wijk. De keuzegronden om in de wijk te gaan werken of actief te worden zijn samen gevat in drie categorieën.

Tabel 8.3 De keuzegronden in categorieën

Bewuste keuze	Instellingskeuze	Geen keuze, maar een vanzelfsprekendheid
<ul style="list-style-type: none">• Ik wil in deze wijk of bij dit gezondheidscentrum werken vanwege de visie en/of werkwijze.• Ik kies voor een achterstandswijk vanwege mijn achtergrond.• Ik wil bij die inspirerende mensen horen.• Ik wil in een achterstandswijk werken omdat juist deze mensen recht op goede zorg hebben.	<p>Ik wil mijn beroep uitoefenen en dat is toevallig in Den Bosch-Oost. De plek om het beroep uit te oefenen speelt geen of nauwelijks een rol bij de keuze.</p>	<p>Ik rol vanzelfsprekend in het werk, omdat ik woon in de wijk of omdat ik er ben opgegroeid of omdat mijn familie en/of vrienden er wonen.</p>

In de aangehaalde citaten zien we dat verschillende referenties een rol spelen bij de keuze om in de wijk te gaan werken of actief te worden. In de historische beschrijving van het welzijns-werk en het gezondheidscentrum in deel II komen die verschillende referenties eveneens naar

voren. De verschillende referenties zijn op basis van de analyses in categorieën ingedeeld: rationeel/cognitieve, morele en sociaal/emotionele referenties.

Tabel 8.4. De referenties in categorieën

Rationeel/cognitieve referenties	Morele referenties	Sociaal/emotionele referenties
<ul style="list-style-type: none"> • Ideologische en theoretische concepten (marxisme, wijktheorie, samenwerkingstheorie, etc.) van waaruit men in de wijk wil werken. • Vakgerichte referenties: men wil zijn/haar beroep in Den Bosch-Oost uitoefenen. • Het emancipatieproces van vrijwilligers en I/Ders (zij willen hun ervaringsdeskundigheid en hun inzichten opgedaan via scholing in de wijk inzetten). 	<ul style="list-style-type: none"> • In een achterstandswijk willen werken om 'goed' te doen, iets voor anderen te willen betekenen. • Vanuit een rechtvaardigheidsgevoel willen werken voor mensen in een achterstandswijk c.q. kwetsbare mensen, omdat juist zij recht hebben op goede zorg. • Vanuit de eigen sociale achtergrond of geboorteland voor mensen in achterstandswijken willen werken vanuit morele in plaats van sociale en/of emotionele overwegingen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Erbij willen horen; zich aangetrokken voelen tot de sfeer en werkwijze in Den Bosch-Oost en daarin willen delen. • Zich aangetrokken voelen tot inspirerende personen met een uitgesproken werkwijze. • Wonen of opgegroeid zijn in de wijk, door familiale banden je gestimuleerd voelen om in die wijk te willen werken.

Rationeel wijst op cognitief, hoewel bij de oprichters bijvoorbeeld naast de ideologische, marxistische referenties ook emotionele en morele aspecten meespelen. Bij de vrijwilligers geldt deze combinatie eveneens voor degenen die via de basisacademie (zie hoofdstuk 6) geleerd hebben van hun ervaringen en op basis daarvan nieuwe inzichten hebben opgedaan, die vervolgens doorspelen in de keuze om bijvoorbeeld nieuwe activiteiten op te pakken. Dit spreekt uit het citaat van Jeanne in paragraaf 9.2. Vanwege het overheersend cognitieve element is ervoor gekozen deze in te delen bij de rationeel/cognitieve referenties.

Voor de meeste personen gelden meerdere referenties, maar meestal is er één de sterkste. In de loop van de tijd kunnen de referenties verschuiven. In de keuzegrond om in Den Bosch-Oost te werken treedt een enkele keer een verandering op. Helma (B.4.6) treedt als wijkverpleegkundige in dienst bij de Thuiszorg en komt toevallig in Den Bosch-Oost te werken. Enkele jaren later kiest zij er bewust voor om over te stappen naar gezondheidscentrum Samen Beter, omdat zij wil werken in een kleinschalige wijkgerichte voorziening. Bij haar verandert een instellingskeuze in een bewuste keuze. Diana (B.4.9) werkt bij de GGZ en krijgt van de GGZ

de opdracht om geschikte woningen te zoeken in het kader van de extramuralisering van de instelling. Bij het rondkijken naar geschikte woningen kiest zij bewust voor Den Bosch-Oost vanwege de open en gezellige indruk die de wijk op haar maakt. Een in eerste instantie instellingskeuze verandert bij haar in een bewuste keuze voor de wijk.

Een overzicht van de referenties en keuzegonden is opgenomen in de tabel in bijlage 7. In de volgende paragraaf komen de wijkbeelden aan bod en in de daarop volgende paragraaf de relaties tussen de keuzegronde, referenties en wijkbeelden.

8.4. Wijkbeelden

In de gesprekken met de beroepskrachten en vrijwilligers nemen velen de benaming Den Bosch-Oost of kortweg 'Oost' als vanzelfsprekend in de mond. Deze vanzelfsprekendheid heeft te maken met de ontwikkeling van wijkactiviteiten gedurende de afgelopen 30 jaar in dit gebied. Den Bosch-Oost is een vastomlijnd gebied voor de medewerkers van gezondheidscentrum Samen Beter en Hulpsector Oost. Voor de beroepskrachten is Den Bosch-Oost de wijk, waarin zij samenwerken.

“Nou, professioneel samenwerken vind ik wel belangrijk; dat een wijk dus een soort gebied is waar je als een kleine gemeenschap, een klein maatschappijtje op zich, waar je met elkaar zorgt voor een goed voorzieningenniveau (...) voldoende basis dingen waar mensen gebruik van kunnen maken, dat vind ik wel heel fijn in een wijk.” (Annelies, B.4.4)

Toch zijn er verschillen als zij spreken over Den Bosch-Oost. Den Bosch-Oost is 'de wijk' en die wijk is samengesteld uit verschillende 'buurten' met ieder eigen kenmerken. Die buurten horen voor hen meer of minder bij elkaar. Een aantal vrijwilligers en de opbouwwerkers maken haarfijn onderscheid naar de kenmerken van de verschillende buurten.

Een vrijwilliger:

“Ik heb het idee dat je onze eigen buurt (Aawijk Noord) op kunt splitsen. Achter de Hesselstraat [...] daar zitten (...) moet ik het goed uitdrukken, volk van lagere stand. De andere straten zien er, vind ik persoonlijk, netter en verzorgder uit dan de Hesselstraat en verder daarachter (...) Nee, gewoon het hele beeld van de straat, dat is [...] een oude volksbuurt en dat zie je aan de andere kant niet. En de Graafsewijk Noord, dat is (...) Dat is een heel ander stuk, nou, ik heb er twee zussen wonen. Wordt in mijn ogen een beetje elite-achtig. Ik wil niet zeggen dat er echt geld woont. Ja, het is daar heel anders. Ik weet nu even niet hoe ik het moet omschrijven. Netjes, opgeruimd, daar is ook een bepaalde samenhang in die wijk. [...] Dan heb je het gedeelte rond het gezondheidscentrum, Palmboomstraat, Cyprusstraat: (...) een oudere volkswijk, de mensen die daar wonen, die wonen er al van kinds af aan en dat is echt een klikje bij elkaar. Zo zie ik het hoor. In de Aawijk Zuid (...) komen we ook bijna nooit (...) De flats is allemaal heel onbekend [...] Ik zou bij god niet weten wie er in woont, wat voor soort volk het is”. (Harry, B.6.14)

Bewoners zijn actief in de eigen buurt en kennen die goed. Zij geven precies aan welke mensen in welke delen van de buurt wonen, naar welke scholen de kinderen gaan en welke buurthuizen door wie bezocht worden. Door onderlinge contacten of contacten met familieleden die in andere delen van de wijk wonen, leren ze die delen van de wijk eveneens goed kennen. Hoe ervaren bewoners, die nog niet zo lang in de wijk wonen de wijk? Een jonge moeder, die toevallig in Den Bosch-Oost komt wonen en vanuit een reïntegratietraject als vrijwilligster bij de kinderopvang werkt, beleeft de wijk op een andere manier:

“Ik woon hier aan de Lagelandstraat, hier vlakbij. Al een jaar of zeven denk ik. Ik kom oorspronkelijk uit Hintham. [...] Ja, het enige is dat er gewoon alles is. Het is gewoon heel handig. Ik loop makkelijk naar Samen Beter. Ik loop hier naar de Super, naar de Edah, naar de Kruidvat. Alles zit hier bij de hand (...) De Aldi zit om de hoek. Ik loop gemakkelijk naar de stad. Ik zit gewoon heel centraal.” (Loes, B.6.21)

De beroepskrachten leren de wijk kennen door hun beroepsmatige oriëntatie. Zo deelt een opbouwwerker de wijk in vanuit zijn contacten met buurtcomités en komt tot 15 verschillende buurtjes in Den Bosch-Oost. Hij heeft in zijn werk te maken met de verschillende buurtjes in de wijk, maar komt in zijn werk eveneens de wijk als geheel tegen en zegt daarover:

“Mensen zitten erg vast gebakken aan Oost” (Lex, B.4.10)

In Den Bosch-Oost zijn in de loop der jaren als gevolg van de extramuralisering van de GGZ-instellingen diverse woningen voor GGZ-cliënten gekomen. Een GGZ-medewerker kijkt vanuit het perspectief van deze bewoners naar de wijk:

“Ja, maar voor mij is Den Bosch-Oost inderdaad waar onze bewoners wonen. In de buurt van de Hesselstraat en de Bloemaertstraat, dat is net de Graafseweg over; daar ook. De Zaanstraat, waar de Karwei heeft gestaan. Ja en dat vierkant stukje bij Samen Beter van Beurdestraat. Dat is voor mij dan de wijk Oost.” (Diana, B.4.9)

De andere beroepskrachten spreken meer over de totale ‘wijk’, waarin zij verschillen zien. Die verschillen benoemen zij niet per buurt, maar eerder naar groepen mensen. Een huisarts kijkt vanuit zijn contacten met patiënten:

“Ik vind het een wijk die tot uitdagingen uitnodigt; ik vind het ook de mix van culturen, die je daar nu tegenkomt (...) de enorme diversiteit die je daar tegenwoordig steeds meer ziet van buitenlandse mensen. [...] Aan type cultuur allochtonen, autochtonen, Marokkanen, Turken, Irakezen, Iraniërs, Somaliërs, mensen uit Centraal Afrika, uit Zuid-Amerika [...], ik vind dit juist ook heel leuk die diversiteit [...] maar dat maakt het gelijktijdig ook heel complex.” (Bram, B.4.1)

Een vrijwilliger verbonden aan het gezondheidscentrum:

“De kleine ambtenaren van weleer, keurig, met net opruimde tuintjes, schone gordijntjes, elke zes weken, vier weken keurig de ramen gelapt; ook qua normen en waarden. Denk ook aan een groep bewoners die (...) het harder te halen hebben, financieel, ook qua eigen mogelijkheden. En dat dat

met name de groep is, die zich qua opstelling naar onze buitenlanders verhardt (...). Je hebt heel veel groepen bewoners. Tegenwoordig veel oudere, alleenstaande vrouwen, weduwen dat vind ik ook een grote groep aan het worden. Ja, en een grote groep mensen die in de WAO zitten en eigenlijk geen perspectief meer hebben". (Sandra, B.6.6)

De diverse termen die men hanteert, horen bij een bepaald tijdperk en ideologie. Vrijwilligers, die de wijk al heel lang kennen, hebben het over 'ons soort mensen', volksmensen, werkmensen, nette mensen, gestudeerden. De 'oprichters' van Samen Beter (beroepskrachten én vrijwilligers) hebben het over arbeiders en arbeiderswijk. Een term die hoorde bij het ideologische concept van de jaren zeventig en begin tachtig van de vorige eeuw, zoals beschreven in de historische reconstructie. Die term verdwijnt en daarvoor in de plaats komt de benaming laag- en hoogopgeleiden, wat ook vooral gebruikt wordt in relatie tot gemixte en gemêleerde wijk. Bij de vrijwilligers en beroepskrachten die in de jaren negentig actief worden, komt het woord achterstandswijk en achterstandsgroepen naar voren. Dit is vooral een beleids- en subsidieterm, die zij overnemen. Nog recenter zijn de benamingen 'geïsoleerden' en 'uitgesloten'. Het gaat hierbij om groepen mensen zoals multiprobleemgezinnen, vluchtelingen, psychiatrische patiënten, vereenzaamde ouderen. Sommige woorden en concepten blijven bestaan in de wijk, andere verdwijnen.

De benadering van de beroepskrachten is vanuit hun werkzaamheden ingegeven. De opbouwwerker deelt de buurtjes in rondom de buurtcomités. De huisarts typeert de wijk vanuit zijn contacten met allochtonen en vluchtelingen. De vrijwilliger van het gezondheidscentrum benoemt de verschillende groepen in de wijk en de medewerker van de GGZ noemt de straten in de diverse buurten waar de beschermde GGZ-woningen staan.

In de beschrijving van de wijk en de verschillende buurten klinken vele en van elkaar verschillende typeringen door. In de interviews zijn al die typeringen gecodeerd, wat leidde tot 65 verschillende benamingen. Als code is soms de letterlijk het woord van de respondenten gebruikt; meestal zijn langere omschrijvingen samengevat. Zo zijn bijvoorbeeld de termen 'wijk met arme mensen' en 'achterstandswijk' door de respondenten zelf gebruikt. De benaming 'zorgzame wijk' is een samenvattende term. Al deze coderingen zijn geclusterd in zogenaamde familiecodes en vervolgens in 3 categorieën ondergebracht.

Tabel 8.5. De wijkbeelden in categorieën

Rationeel/zakelijke benamingen	Emotionele benamingen	Sociaal/relatiele benamingen
gemixte wijk arbeiderswijk achterstandswijk wijk met sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) wijk met hoog percentage allochtonen	gezellige wijk, onpersoonlijke wijk, fantastische wijk, roddelwijk, verloederde wijk, nette wijk, criminele wijk, veilige wijk, wijk met arme mensen, allochtonenwijk	actieve wijk, inactieve wijk, zorgzame wijk, individualistische wijk, verbrokkelde wijk, saamhorige wijk, geïntegreerde wijk, gesloten wijk, wijk met 'ons soort mensen'

Soms is het een waarde vrije omschrijving en zijn het zakelijke, rationele vaststellingen:

“Kijk, Oost is een heel gemêleerde buurt. Daar zit qua niveau, en dan heb ik het ook echt over opleidingsniveau, zit daar natuurlijk van alles door elkaar.” (Gwen, B.4.5),

En

“Heel verschillend (...) hoe moet ik dat nou zeggen. Stelletje fatsoenlijke arbeiders en stelletje lichte criminelen. Door elkaar heen, bij ons zit alles door elkaar heen. Er zijn mensen die met regelmaat worden opgepakt vanwege de plantjes die ze op zolder hebben staan. Ja, er zijn dus ook mensen die gaan dus iedere morgen netjes de deur uit en die komen 's avonds thuis en er zijn mensen die zie je nooit werken, maar die hebben meer dan die mensen die wel werken. Mensen die heel zorgzaam zijn om de kinderen en mensen die de kinderen 's morgens op straat stampen [...] Dat is heel verschillend. [...] Ik vind als ik heel Oost zou rekenen, dat vind ik een wijk, daar kan in mijn ogen, kan iedereen uit alle bevolkingslagen, kan hier gewoon terecht. Want, ja, je hoeft jezelf niet aan te passen, want als je gewoon normaal doet, zal je ook normaal ontvangen worden. Dat vind ik heel typerend voor Oost hoor; er woont echt van allerhande lagen van de bevolking.” (Harry, B.6.14)

Soms overheersen persoonlijke en emotioneel gekleurde ervaringen:

“Een wijk die aan het verloederen is, dat wel.” (Gwen, B.4.5)

En

“Het is een wijk waar ontzettend veel gekletst en geroddeld wordt, wat mij mateloos irriteert. En wat vooral eigenlijk gebeurt door de oudere mensen in de wijk.” (Mary, B.5.4)

Negatieve en positieve waarderingswisselingen elkaar in de drie clusters af; sommige vrijwilligers noemen de wijk gezellig en fantastisch. Anderen benaderen de wijk vooral vanuit de relaties die men ziet tussen wijkbewoners en tussen beroepskrachten en wijkbewoners (sociaal/relatiele):

“[...] in Den Bosch-Oost heel veel mensen toch ook (...) familie, kinderen, broers, zussen, dat die allemaal in de omgeving wonen en dat die dus een belangrijk bestanddeel van het netwerk vormen (....) Ik denk dat het ook een wijk is waarbij mensen vrij dicht op elkaar wonen, dat je ook al heel gauw iets met elkaar moet, of doet of (...), je moet ook van dezelfde voorzieningen gebruik maken. Je zoekt het toch allemaal een beetje dichter bij huis. Je komt elkaar tegen op straat. Je moet ook al gauw iets samen en dan is het natuurlijk ook heel belangrijk dat je ook iets met elkaar kunt.” (Helma, B.4.6)

En

“En daar zitten we dus nu met het kantoor en dan merk je wel dat de omgeving ons heeft leren kennen. Dat de bewoners van de straat (.....) komen aankloppen; die komen bij het kantoor aankloppen van ‘god ik heb wat kleren en misschien is dat wel iets voor die meneer’ [...] Die zijn geïnteresseerd. Een van de bewoners die zit op de Stolp bijvoorbeeld op de biljartavond. En degene die de biljartclub runt, die woont tegenover het kantoor. Die heeft de weg al naar het kantoor gevonden (...) Zo van ‘god als ik nog eens iets meer kan doen en ik heb 8 konijnenbouten voor die groep’ en zo.” (Diana, B.4.9)

Deze wijkverpleegkundige en GGZ-medewerker benoemen alledaagse contacten in de wijk.

8.5. Relaties tussen referenties, keuzegronden en wijkbeelden

Bij de analyse is vervolgens gekeken of de categorieën van de wijkbeelden een relatie vertonen met de referenties en keuzegronden van de werkers. Het meest opvallende daarbij is de grote diversiteit in referenties en wijkbeelden en de diversiteit in combinaties van referenties en wijkbeelden. Een schematisch overzicht hiervan is opgenomen in bijlage 7. Een aantal relaties springt er qua aantal of intensiteit uit.

Bij de beroepskrachten is géén relatie te ontdekken tussen de sector waarin zij werkzaam zijn en hun referenties. Er is wel een relatie tussen het aantal jaren dat men werkzaam is in Den Bosch-Oost en de keuzegrond. De werkers die lange tijd werken in Den Bosch-Oost hebben bewust gekozen voor Den Bosch-Oost. Voor de bewuste keuzegrond bij de beroepskrachten is de emotionele referentie de onderscheidende factor. Bij de instellingskeuze is de rationele referentie de onderscheidende factor. In deel II is uiteengezet hoe de eerste beroepskrachten voor de wijk kozen om daar een voorziening op te bouwen om hun ideeën over welzijnswerk en gezondheidszorg in de praktijk te brengen. Bij deze beroepskrachten speelt een sterke aantrekkingskracht tot de ideeën van anderen in de wijk. Beroepskrachten die later in de wijk komen werken, komen bij een bestaande instelling werken en zoeken een plek om hun vak, waarvoor zij opgeleid zijn uit te oefenen.

De sterkste referentie past bij het 1e wijkbeeld van 9 van de 12 beroepskrachten; het wijkbeeld wordt ingekleurd door hun referenties. Voor de afwijkende 3 beroepskrachten geldt, dat Bram (B.4.1) erg verweven referenties heeft, die allemaal sterk zijn. Hij is een van de oprichters, die samen met een groep gelijkgestemden (emotioneel) in een arbeiderswijk een nieuw soort gezondheidszorg (cognitief) wilde opzetten vanuit een sterk rechtvaardigheid-

gevoel (moreel). Voor Helma (B.4.6) speelt in haar wijkbeeld mee, dat zij als studente in de wijk op kamers woont en op basis daarvan een emotioneel gekleurd eerste wijkbeeld heeft. Zij treedt als wijkverpleegkundige in dienst bij de Thuiszorg en komt toevallig in diezelfde wijk te werken. Haar instellingskeuze gaat niet gepaard met een rationeel wijkbeeld, maar met een emotioneel wijkbeeld gebaseerd op haar ervaringen als kamerbewoonster. Enkele jaren later stapt zij over naar gezondheidscentrum Samen Beter, omdat zij wil werken in een kleinschalige, wijkgerichte voorziening. Bij haar verandert een instellingskeuze in een bewuste keuze. Diana (B.4.9) werkt bij de GGZ en krijgt van de GGZ de opdracht om geschikte woningen te zoeken in het kader van de extramuralisering van de instelling. Bij het rondkijken naar geschikte woningen kiest zij bewust voor Den Bosch-Oost vanwege de open en gezellige indruk die de wijk op haar maakt. Een in eerste instantie instellingskeuze verandert bij haar in een bewuste keuze voor de wijk.

Voor Gwen (B.4.5) speelt een krachtige visie op wijkgericht werken. Zij heeft gedurende vele jaren met tussenpozen als opbouwwerkster gewerkt in Den Bosch-Oost; ze voelt zich aange trokken tot de werkwijze (en enkele werkers) die ze als anders beschouwt dan de werkwijze van haar welzijnsinstelling. Zij maakt onderscheid tussen de gangbare werkmethode van het welzijnswerk en 'haar' methode.

De I/Ders zijn een kleine groep. Bij alle vijf is te zien dat de krachtigste referentie het eerste wijkbeeld bepaalt. Voor de vrijwilligers die in de wijk geboren en getogen (of weer terug gekeerd) zijn, geldt de vanzelfsprekende keuzeground. De vanzelfsprekende keuzeground geldt voor alle vrijwilligers die meer dan 20 jaar actief zijn in de wijk. Vijf respondenten met een bewuste keuzeground zijn vrijwilligers, die niet in de wijk wonen, maar voor het gezondheidscentrum of een andere wijkvoorziening activiteiten uitvoeren.

De sterkste referentie bepaalt het eerste wijkbeeld bij 17 van de 22 vrijwilligers. Twee van hen, Deria (B.6.8) en Clarisse (B.6.11), hebben geen wijkbeelden geformuleerd, omdat zij niet in de wijk wonen en vooral activiteiten verrichten verbonden aan respectievelijk het gezondheidscentrum Samen Beter en het vrouwenproject De Stroom. Zij doen enkel algemene uitspraken over Nederland of 's-Hertogenbosch. Drie vrijwilligers wijken af; Loes (B.6.21), Elena (B.6.22) en Samuel (B.6.19) hebben een emotionele referentie, maar geen emotioneel gekozen wijkbeeld. Hun eerste wijkbeeld is een indruk van een wijk, waar bewoners veel voor elkaar doen, zonder dat zij daar een emotionele verbondenheid mee hebben. Zij komen als nieuwkomers in de wijk en willen er graag bij horen. Harry (B.6.14) is geboren en getogen in de 'Bartjes' en heeft vervolgens enige jaren in een andere Bossche wijk gewoond. Hij woont sinds 11 jaar in Den Bosch-Oost, waarvan hij een helder rationeel beeld schetst. Uit zijn motieven om actief te zijn in Den Bosch-Oost spreekt de vanzelfsprekende emotionele verbondenheid met de wijk.

Voor zowel beroepskrachten, I/D-ers en vrijwilligers geldt dat velen in de loop der jaren een sociaal wijkbeeld ontwikkelen.

Tabel 8.6. Ontwikkeling wijkbeeld

	1e wijkbeeld			2e wijkbeeld		
	Rationeel	Emotioneel	Sociaal	Rationeel	Emotioneel	Sociaal
Beroepskrachten	5	7	0	3	2	7
I/Ders	1	4	0	0	1	4
Vrijwilligers	6	12	2	0	4	16
Totaal*	12	23	2	3	7	27

* Twee vrijwilligers gaven in hun interview geen duidelijk wijkbeeld.

De werkers ontmoeten door hun activiteiten vele wijkbewoners; zij leren de wijk en de relaties tussen wijkbewoners kennen en omschrijven de wijk in termen van sociale contacten. Opvallend is dat de twee huisartsen en de fysiotherapeut van gezondheidscentrum Samen Beter (medische sector) een rationeler wijkbeeld ontwikkelen. Deze verandering heeft waarschijnlijk wel te maken met de sector, waarin zij werkzaam zijn en de aard van hun werkzaamheden. Hierop wordt terug gekomen in hoofdstuk 10.

Voor 7 werkers geldt een emotioneel gekozen tweede wijkbeeld. Vier van hen, Anna (B.6.1), Dorus (B.6.12), Nadia (B.5.5) en Lina (B.6.9), benoemen ontwikkelingen in hun wijkbeeld, waarin teleurstelling doorklinkt. De wijk is minder zorgzaam, minder actief en/of meer discriminerend dan vroeger. Deze uitspraken zijn als emotionele beelden geduid. Dit speelt ook voor Floor (B.4.3), Lex (B.4.10) en Ella (B.6.15). Zij hebben teleurstellende ervaringen in hun werk opgedaan; zijn afgeknapt op de ontwikkelingen in de wijk en uiten zich ook in die termen over de wijk.

De referenties van de werkers hebben geen relatie met hun sector, maar hun referenties bepalen bij de meeste van hen wel het eerste wijkbeeld. De sector, de aard van de werkzaamheden en teleurstellende ervaringen in het werk bepalen vervolgens het tweede wijkbeeld. Het tweede wijkbeeld is bij de sociale en medisch/sociale beroepskrachten, I/D-ers en vrijwilligers overwegend sociaal.

Wat betekenen deze uitkomsten van de analyses? Allereerst valt op dat er niet één wijk is, maar dat er vele beelden bestaan van een wijk. Bij de start van de werkzaamheden in de wijk zijn opleiding, ideologie, rechtvaardigheidsovertuigingen of de emotionele verbondenheid bepalende factoren voor de vorming van het wijkbeeld. In de loop der jaren wijzigen de referenties zich onder invloed van de werkzaamheden en hierdoor verandert het wijkbeeld. De wijkbeelden drukken de aard van de kennis uit, die de werkers hebben over de wijk.

8.6. Wijkbeelden van binnenuit en buitenaf

In de theoretische verkenning (hoofdstuk 3) zijn de geografische, organisatorische en sociologische wijkbenadering onderscheiden. De gezondheidszorg en de gezondheidsbevordering

baseren zich op gegevens van geografische indelingen. Het sociaal werk gaat uit van de sociologische benadering van een wijk of buurt als community. De organisatorische wijk is het domein van de zorginstellingen en hoe zij hun zorg afstemmen op elkaar. Hier zit een economische kijk aan vast: hoe is de meest effectieve match tussen vraag en aanbod te maken. De sociologische en ethische literatuur gaat vooral in op wat er tussen mensen gebeurt en hoe gemeenschapszin kan groeien. Zij stellen niet alleen vast of er wel of niet bindingen en relaties zijn, maar tevens wat ze betekenen en hoe ze zich ontwikkelen.

In de historische reconstructie (deel II) bleek het denken over de wijk en de wijkaanpak door de jaren heen aan verschillende invloeden onderhevig. De wijk Den Bosch-Oost is door verschillende auteurs beschreven als ‘de conflicterende volkswijk’, ‘de achterstandswijk of saamhorige wijk’ en ‘de etalage van verschillen’. Door de tijd heen blijken de beelden en typeringen van de wijk aan verandering onderhevig. Niet omdat er in de wijk erg veel verandert, maar wel omdat inzichten en theorieën over wijken veranderen en deze van invloed zijn op het gevoerde beleid ten aanzien van de wijken. In de eerste periode overheerst het culturele kijken naar de wijk als een gemeenschap, als een community. Vanaf de jaren negentig overheerst het kijken naar de wijk als een geografisch gebied, dat via cijfers te kennen is. Vanaf 2000 overheerst een mix tussen de beide benaderingen: de sociologische kijk naar de wijk, die wel of niet in staat is tot veel zelfwerkzaamheid en het nemen van eigen verantwoordelijkheid en liefst zoveel mogelijk onderbouwd met cijfers.

De verhouding tussen de wijkbeelden van de werkers en de geografische, organisatorische en sociologische wijkbenadering komt in de eerste subparagraaf aan bod. Vervolgens ga ik in op de wisselwerking tussen de activiteiten en de wijkbeelden en daarna op de functie die voorzieningen hebben in de gemeenschapsvorming in de wijk. In de laatste subparagraaf is een confrontatie tussen gemeente en werkers op basis van verschillende wijkbenaderingen als casus uitgewerkt.

8.6.1. Er is niet één wijk

In de rationele benamingen zoals achterstandswijk en SEGV (sociaal-economische gezondheidsverschillen) baseren de werkers zich op kennis vanuit de geografische benadering. De geografische benadering gaat uit van een administratieve eenheid (postcodes) waarin gegevens verzameld en geïnterpreteerd zijn en een wijk achterstandswijk blijkt te zijn. Werkers in Den Bosch-Oost, zowel vrijwilligers als beroepskrachten, zijn op de hoogte van deze gegevens en toetsen deze aan eigen ervaringen. Deze getoetste kennis integreren zij in hun eigen beeld. Het eigen beeld is echter tevens beïnvloed door andere referenties, zoals uiteengezet. Voor niemand geldt dat de wijkbeelden alleen gevormd zijn door deze geografische kennis. Zoals beschreven in de historische reconstructie hebben de beroepskrachten van het gezondheidscentrum vanaf het begin oog gehad voor de slechtere gezondheid van mensen in sociaal-eco-

nomisch zwakkere wijken. In de jaren negentig kwamen de SEGV-gegevens beschikbaar, die de al gevormde beelden onderbouwen. Hoewel Den Bosch-Oost soms wel soms niet de status van achterstandswijk krijgt, is deze zich wijzigende status niet van invloed op hun wijkbeeld. Het herkennen van sociaal economische gezondheidsverschillen door de beroepskrachten is niet onderhevig aan de van buiten toegekende status.

De fysieke omgeving is mede bepalend voor de status van een wijk (dichtheid van bebouwing, verdeling koop- en huurwoningen, prijsklasse van de woningen). In Hoofdstuk 3 is besproken dat volgens Hortulanus mensen zich een beeld vormen van de fysieke omgeving, daarmee een sociale en culturele betekenis geven aan de gebouwde omgeving en deze verbinden aan een sociaal leefklimaat, waar de bewoner al dan niet wenst bij te horen. (Duyvendak en Hortulanus, 1999) In het volgende citaat zien we deze bewering terug:

“De mensen die voor op straat zitten, deuren die gewoon overal open staan. Nou, ik zeg altijd, een auto is een bepaald statussymbool voor iemand, de auto’s die bij ons in de straat staan en verder terug. Als je aan de andere kant heen gaat, daar staan dure auto’s, daar zie je geen mensen buiten staan. Daar kijk je heel anders tegen de huizen aan door een (...) ander soort gordijnen, andere dingen voor de ramen.[...] Ik val net een beetje tussen de wal en het schip bij ons in de straat en dat is echt heel duidelijk te merken. Ik hoef niet bij die mensen die het te hoog in hun bol hebben en ik hoef ook niet bij het straatjesvolk te horen. Laat mij nou maar gewoon ertussenin zitten. Ik doe gewoon normaal zoals ik ben.” (Harry, B.6.14)

De kennis over de wijk die spreekt uit de beschrijvingen per buurtje, laat zien dat de van buitenaf opgelegde status op basis van cijfers om een gemiddelde gaat. Sommige buurten in een zelfde postcodegebied zijn armer; andere buurten in Den Bosch-Oost zijn rijker. Een gemiddelde score heft de status achterstandswijk op. Zoals uit de verhalen blijkt, heft de status niet de ervaren aanwezigheid van armoede of een slechtere gezondheid op. De vele verschillende wijkbeelden laten zien dat een status van achterstandswijk eendimensionaal is. Er is niet alleen armoede, er is niet alleen gezondheidsachterstand; er is ook sociale steun en onderling contact. De vele haaks op elkaar staande beelden van de werkers in Den Bosch-Oost drukken dit uit. De een legt het accent op de zorgzaamheid in de wijk; een ander op de tegenstellingen in de wijk. De vele benamingen van de wijk laten zien dat als je een wijk kent, die wijk vele gedaanten heeft. De verschillende beelden voorkomt mythevorming over de wijk waar Duyvendak voor waarschuwde.

8.6.2. Kennis over de wijk verandert

Aan de start van het gezondheidscentrum Samen Beter ging een periode van twee jaar intensief contact tussen de beroepskrachten en wijkbewoners vooraf. Zij bereidden gezamenlijk in de werkgroep de start van het gezondheidscentrum voor én waren op wijkbijeenkomsten en bij wijkactiviteiten voortdurend in gesprek met wijkbewoners. De wijk was object én aan-

grijpingspunt. Enerzijds werkte de werkgroep via activiteiten samen met bewoners aan een verbetering van de gezondheid. Anderzijds was de werkgroep betrokken bij de voorbereiding van een nieuwe gezondheidsvoorziening.

In de historische reconstructie is te lezen dat de beroepskrachten beelden over de wijk en de wijkbewoners hebben gevormd vanuit hun opleidingen en ideologische opvattingen over de gezondheidszorg en de samenleving. In de gezamenlijke activiteiten en ontmoetingen met de wijkbewoners komen deze beelden onder druk te staan. Zij veranderen en worden bijgesteld. In deze periode speelt een heftige confrontatie tussen theoretische concepten en de werkelijkheid, omdat deze groep gelijkgestemde beroepskrachten krachtige referenties heeft. Deze confrontatie geldt echter in principe voor iedereen die in de wijk komt werken en zich open stelt voor de wijk. Annelies vertelt over haar eerste ervaringen als maatschappelijk werker: *“Ik vond het ook wel moeilijk kan ik me nog herinneren in het begin, [...] want ja een ideaal is natuurlijk helemaal niet de werkelijkheid. Vanaf een afstand dacht ik dat zijn allemaal arme mensen of allemaal arbeiders, die toch (...) aan de onderkant van de maatschappij zitten, maar toen ik er werkte zag ik natuurlijk heel veel meer en zag ik natuurlijk dat binnen Den Bosch-Oost niet alleen arbeiders woonden, maar ook mensen die gestudeerd hadden. [...] Ook in de arbeidersklasse zelf zat variatie. Ik zag natuurlijk mensen die echt helemaal, wat ze dan noemden, de asociale waren, die ook in de wijk zelf zo benoemd werden.”*(Annelies, B.4.4)

En over de botsing tussen haar opleiding en de werkelijkheid:

“Nou dat waren natuurlijk een heleboel materiële (...) problemen waar ik zelf nooit mee te maken had gehad, zoals belastingen (...) lening aanvragen, ja dat heb ik allemaal in de praktijk moeten leren. Dat soort dingen, dat kreeg je niet, niet echt op school. Volgens mij leren ze daar tegenwoordig wat meer in, maar wij helemaal niet. Het was allemaal ideologie wat je leerde (...) En in de praktijk moest je daar maar handen en voeten aan gaan geven. Dus heel veel materiële vragen, maar ook wel (...) ik kan me nog die ene vrouw herinneren een (...) een weglooptochter, dat heb ik allemaal in mijn eigen omgeving nooit mee gemaakt. Dus de hectiek daarom heen en het (...) hoe moet je dat nou zo zorgvuldig aanpakken. [...] En ja met (...) incest problematiek, dat kende ik natuurlijk ook niet en dat kwam ook natuurlijk (...) daar voor. En drugsproblematiek.” (Annelies, B.4.4)

Jeanne is door haar vrijwilligerswerk haar eigen ‘volksmilieu’ ontgroeid. Ze voelt zich er niet meer helemaal bij thuis. Ze is ook vrienden kwijt geraakt. Ze kijkt er niet op neer, maar is wijzer geworden en vindt andere dingen nu belangrijker:

“Om in zo’n echte volkswijk te wonen. Nee, ik denk omdat je zelf ook (...) wijzer, verstandiger, anders, anders bent geworden. Anders tegen dingen aan bent gaan kijken. Ik geloof niet dat ik daar nou nog mee uit de voeten zou kunnen, met de flessen bier buiten, nee. Nee, daar zou ik me zelf nou niet meer bij aansluiten. Terwijl ik daar vroeger rustig bij ging zitten. Nee, dat ben ik ontgroeid denk ik. Ja, misschien ook door de kinderen. Die hebben ook allemaal een andere weg gekozen. (...) Nee, ik ben dat toch ontgroeid denk ik. Nee, ik kijk er niet op neer. Want dat denk ik dan nou ik heb daar vroeger ook bij gezeten en dat was ook gezellig. Maar ik (...) ik ben ook vriendinnen verloren doordat ik in

het werk gegaan ben, zo die met mij niet meer op dezelfde voet konden praten. [...] Doordat ik hier in de wijk ben komen wonen en een hoop vrijwilligerswerk gedaan heb, cursussen, ja van allerlei dingen opgestoken heb, ben ik gegroeid. En dan ja (...) sommigen van mijn oude kennissen die konden daar niet in mee.” (Jeanne, B.6.3)

Bij Jeanne botsen haar nieuwe wereld als vrijwilliger en alles wat ze geleerd heeft op de basis-academie met haar ‘oude leven’ en de mensen die daarbij hoorden.

Deze botsingen komen steeds opnieuw voor. Er komen nieuwe groepen wijkbewoners met andere culturen in de wijk wonen, er komen vluchtelingen met oorlogservaringen en er komen bewoners met psychiatrische problemen in de wijk wonen. Elke keer weer moeten beroepskrachten en vrijwilligers zich verhouden tot deze ‘vreemde anderen’ zoals Kal hen benoemt en botst het bestaande wijkbeeld met de nieuwe ervaringen. (Kal, 2001) Door deze continue botsingen verandert en groeit de kennis over de wijk. Er dienen zich steeds nieuwe fenomenen aan in de wijk, die de kennis veranderen en vergroten.

8.6.3. Wijkvoorzieningen en sociaal weefsel

In het benoemen van het voorzieningenniveau en in de vormgeving van de samenwerking is de organisatorische wijk terug te zien. De criteria toegankelijkheid op loopafstand bereikbaar en een herkenbare voorziening gaan vooral in op de fysieke aanwezigheid in een geografisch afgebakend gebied. Een man die in de jaren negentig vanuit de Antillen naar Nederland verhuist en in Den Bosch-Oost komt wonen, zegt hierover:

“Ik ben altijd patiënt geweest bij gezondheidscentrum Samen Beter. Toen wij hier kwamen wonen heeft de buurvrouw verteld over Samen Beter. [...] Het is goed dat er een gezondheidscentrum is in de wijk. Mensen weten waar ze naar toe kunnen gaan als ze ziek zijn of als ze problemen hebben.” (Samuel, B.6.19)

Het gezondheidscentrum is een van de voorzieningen in een wijk:

“Ja, het enige is dat er gewoon alles is. Het is gewoon heel handig. Ik loop makkelijk naar Samen Beter. Ik loop hier naar de Super, naar de Edah, naar de Kruidvat. Alles zit hier bij de hand.” (Loes, B.6.21)

Uit de verhalen van de beroepskrachten en vrijwilligers is op te maken dat de voorzieningen niet vrij zijn van emotionele en sociale benamingen. Het is de buurvrouw die de Antilliaanse man vertelt over het gezondheidscentrum en de aardige dokters daar. De voorzieningen bepalen mede de kenmerken van een wijk. In de omschrijvingen van de verschillende buurten door de vrijwilligers, wordt bijvoorbeeld gezegd ‘bij het gezondheidscentrum’ of ‘bij het buurthuis’ of ‘bij het winkelcentrum’. In de gebouwde omgeving hebben de voorzieningen een functie en zijn ze beeldbepalend. De voorzieningen in Den Bosch-Oost hebben echter nog een andere betekenis.

Gezondheidscentrum Samen Beter biedt in termen van Blokland ‘publieke familiariteit’. Publieke familiariteit is er volgens haar in een buurt als mensen elkaar toevallig ontmoeten bij het gebruik van voorzieningen. Wijkbewoners zijn hierdoor bekend met elkaar; niet in de zin van een affectieve relatie, maar ze kunnen elkaar identificeren als wijkbewoners. Toevallige ontmoetingen in wijkvoorzieningen dragen bij aan het sociale weefsel van een wijk. (Blokland, 2006) Bovendien zien we in de geschiedenis van Den Bosch-Oost terug dat de komst van voorzieningen meer betekent dan een instrumentele, organisatorische vormgeving van bepaalde diensten. In deel II is beschreven dat de behoefte aan eigen voorzieningen groot was. Het moeizame realiseren van deze voorzieningen bewerkstelligt solidariteit tussen beroepskrachten en wijkbewoners. (Dieleman, 1986) Voorzieningen zoals gezondheidscentrum Samen Beter, maar ook andere wijkvoorzieningen (wijkschool De Plataan, De Stroom, Trefpunt Oost, kinderopvang Het Kruimeltje en buurtcentra) zijn door beroepskrachten en vrijwilligers samen van de grond getild en zijn een rol gaan spelen in de geschiedenis van de wijk. Rond deze voorzieningen bestaan en ontstaan affectieve relaties tussen beroepskrachten en vrijwilligers. Zij vormen rond deze voorzieningen netwerken en dragen bij aan het sociaal weefsel in de wijk. De werkers –vooral de vrijwilligers en in steeds mindere mate beroepskrachten- zijn degenen die mee bouwen aan die netwerken en zijn er onderdeel van. Voor hen biedt de wijk in de woorden van Blokland ‘hun sociale plaatsbepaling in de door hen zelf gegeven specifieke betekenis.’ (Blokland-Potters, 1999) Hierdoor heeft de wijk niet alleen een praktische, maar ook een symbolische betekenis voor hen. (WRR, 2005)

8.6.4. Een confrontatie tussen verschillende wijkbenaderingen

Eerder is gerefereerd aan de tegenstelling tussen de wijk en de gemeente naar aanleiding van de introductie van het ‘Wijkgericht werken’ van de gemeente. Deze gebeurtenis maakt duidelijk dat verschillende wijkbenaderingen gevolgen hebben en dat wijkbeelden van buitenaf en binnenuit met elkaar in conflict kunnen raken. Deze gebeurtenis is als casus uitgewerkt.

Casus 8.1 Wijkgrenzen

Vanaf de start van het Wijkplatform Oost in 2000 zijn er problemen in de afstemming met de gemeente over de wijkgrenzen. De gemeente hanteert een andere wijkindeling. Uit een brief aan het college van Burgemeester en Wethouders: *“Het Wijkplatform Oost wordt keer op keer geconfronteerd met wijzigende wijkindelingen, hetgeen de werkzaamheden van het wijkplatform bemoeilijkt. In haar contacten met gemeentelijke afdelingen en gemeentelijke instellingen zijn er steeds andere indelingen met eigen contactpersonen [...]*

In rapporten en in buurtgegevens worden eveneens andere wijkindelingen gehanteerd.”
(Wijkplatform Oost: d.d. 05-11-2003)

In gesprekken van leden van het Wijkplatform met een wethouder naar aanleiding van deze brief komt naar voren, dat de gemeente een wijkgerichte aanpak aan het voorbereiden is en dat deze problemen snel tot het verleden zullen behoren. Als de gemeente in 2004 het plan wijkgericht werken introduceert, hoopt het Wijkplatform op een verbetering van het contact met de gemeente. Een passage uit het besluit: *“Conform het Beleidsplan in Hoofdzaken en de Kadernota wordt voorgesteld om per 1 januari 2005 het Wijkgericht Werken (WGW) stadsbreed in te voeren als methode om in interactie met bewoners en maatschappelijke instellingen de leefbaarheid te bevorderen en de verantwoordelijkheid en betrokkenheid van bewoners te versterken. Invoering betekent het instellen van “wijktafels” in voorlopig elf gebieden en het benoemen van zes wijkmanagers. De “wijktafels” zijn het platform waar interactief en integraal met bewoners én maatschappelijke partners de prioriteiten voor een wijk worden bepaald in de zogeheten wijkactielijst.”* (Gemeente 's-Hertogenbosch, 2004)

Het Wijkplatform beoordeelt de gepresenteerde werkwijze inhoudelijk positief. In de vormgeving van het wijkgericht werken door de gemeente ziet het Wijkplatform en het werkersoverleg Oost echter juist bedreigingen voor de werkwijze in Den Bosch-Oost. De wijk is in tweeën gedeeld en bewoners uit de wijk moeten aan twee verschillende wijktafels gaan meepraten over de prioriteiten van de wijk. Dit weigert het Wijkplatform Oost. Voor het werkersoverleg Oost geldt dat de door de gemeente voorgestelde samenwerking tussen professionals en wijkbewoners al sinds vele jaren bestaat; daarvoor zijn de wijktafels niet nodig. Zowel het Wijkplatform Oost als het werkersoverleg Oost besluiten op de eigen vertrouwde manier door te gaan en negeren de wijktafels.

Er volgen diverse gesprekken met de aan de wijken Zuidoost en Graafsepoort toegewezen ambtenaar, de wijkmanager. De emoties tijdens deze gesprekken lopen hoog op. Een van de leden van het Wijkplatform schrijft een boze brief aan de wethouder. Een passage hieruit: *“Maar wat er nu bedacht is door de gemeente is niet iets waar ik me bij betrokken voel. Persoonlijk ken ik geen enkele wijkbewoner uit Oost die gevraagd heeft om een wijktafel. Het is een van bovenaf gedropt initiatief waarvan ik denk dat dat op Oost niet werkt. Ik wil best aannemen dat het wel werkt in wijken waar nog niets was, die geen historie van overleg kennen en waar geen netwerk bestaat. Maar waarom wordt alles wat in de wijk Oost gedaan wordt niet naar waarde geschat en wordt het alleen maar geaccepteerd als het in een door de gemeente bedacht model past?”*

Deze en andere aan de wethouder gerichte uitingen door actieve vrijwilligers resulteren in een gesprek op initiatief van de wethouder met een afvaardiging van het Wijkplatform, het werkersoverleg en de betrokken ambtenaren. De gemeente noteert naar aanleiding van het gesprek: *“De gemeente hecht eraan de gebiedsindeling voor Wijkgericht Werken in stand te houden, omdat deze is gebaseerd op verschillende overwegingen zoals omvang, aantal inwoners, herkenbare gebiedsgrenzen en logische beheerseenheden. Ook de partners*

Politie, Divers en corporaties hebben hun organisatie gericht op deze gebiedsindeling. Als bestaande organisaties, zoals het platform Oost niet passen binnen deze gebiedsindeling zal primair gezocht worden naar maatwerk in de wijze van samenwerken en niet direct naar aanpassingen van de gebiedsindeling.” (Gemeente ’s-Hertogenbosch aan Wijkplatform Oost d.d. 15-06-06)

Het gesprek leidt in eerste instantie tot een soort compromis tussen de gemeente en de wijk, wat vervolgens niet blijkt te werken. In feite betekent het compromis dat de beide indelingen naast elkaar blijven bestaan. Het Wijkplatform Oost en het werkersoverleg Oost sluiten zich niet aan bij de door de gemeente bedachte wijkindelingen en de gemeente blijft vanuit de eigen administratieve indeling wijkgericht werken.

Twee wijkbenaderingen staan tegenover elkaar. Aan de ene kant de wijkbenadering van de gemeente (en een aantal instellingen), waarin de wijk geconstrueerd is naar aanleiding van administratieve overwegingen zoals *‘omvang, aantal inwoners, herkenbare gebiedsgrenzen en logische beheerseenheden’*. Aan de andere kant de actieve wijkbewoners en professionals die de geschiedenis van Den Bosch-Oost kennen uit eigen ervaringen ofwel uit overlevering. Deze werkers hanteren de wijkgrenzen die in de loop der jaren een praktische en symbolische betekenis hebben gekregen vanuit een gezamenlijke inzet voor de ontwikkeling van wijkvoorzieningen. De opmerking van de gemeente *‘als bestaande organisaties niet passen in deze gebiedsindeling’* wordt door het Wijkplatform Oost en het werkersoverleg Oost als zeer tegenstrijdig ervaren met de doelstelling van het wijkgericht werken.

Ondanks de overeenkomsten in wat de gemeente en de wijk nastreven is er een verschil in de uitgangspunten hoe men de doelstellingen van het wijkgericht werken denkt te kunnen bereiken. De inzet van dit verschil is een wijkconstructie op basis van administratieve gegevens binnen bepaalde fysieke grenzen of een ‘ervaren’ wijk op basis van historie en cultuur van samenwerken van beroepskrachten en bewoners aan wijkvoorzieningen.²⁴

24 In februari 2007 laat de wethouder in de wijkkrant weten dat ‘de wijk Oost blijft Oost’ en de indeling Zuidoost en Graafsepoort verdwijnt. Hij sluit zich aan bij ‘hoe de bewoners de wijk beleven’.

8.7. Conclusie

De manier waarop werkers in de wijk terechtkomen en actief worden, is verschillend. De beroepskrachten die vele jaren werkzaam zijn in de wijk hebben bij de start bewust gekozen om in Den Bosch-Oost te werken. Bij de vrijwilligers die vele jaren actief zijn, overheerst de vanzelfsprekendheid waarmee zij in wijkactiviteiten 'gerold' zijn. Bij de start van werkzaamheden in de wijk zijn opleiding, ideologie, rechtvaardigheidsovertuigingen of de emotionele verbondenheid bepalende factoren voor de vorming van het wijkbeeld. In de loop der jaren wijzigen de referenties onder invloed van de werkzaamheden en hierdoor verandert het wijkbeeld mee. Oude en nieuwe beelden botsen en deze botsingen herhalen zich, want er komen nieuwe groepen wijkbewoners van andere culturen, er komen vluchtelingen en er komen bewoners met psychiatrische problemen in de wijk wonen. Door deze continue botsingen verandert en groeit de kennis over de wijk.

De wijkbeelden drukken de aard van de kennis uit, die de werkers hebben over de wijk én hoe zij zich verhouden tot de wijk. Er is niet één wijkbeeld, maar er bestaan vele beelden van een wijk. De werkers, zeker degenen die langere tijd werken in de wijk gaan niet uit van een homogene wijk, maar kennen de verschillen tussen de buurten en de groepen. De kennis over de wijk die spreekt uit de beschrijvingen per buurtje laat zien dat een van buitenaf opgelegde status van een wijk om een gemiddelde gaat. Geconstateerd is dat op basis van cijfers en bepaalde indicatoren een wijk een eenduidig etiket krijgt (wel of geen achterstandswijk, aanpakwijk of probleemwijk en de daarbij horende extra financiering) terwijl de ervaren werkelijkheid verschillend is.

De wijkvoorzieningen zijn door beroepskrachten en vrijwilligers samen van de grond getild en zijn een rol gaan spelen in de geschiedenis van de wijk. Deze voorzieningen bieden de mogelijkheid tot ontmoetingen van wijkbewoners en dragen bij aan publieke familiariteit. Rond de voorzieningen ontstaan netwerken en daardoor spelen voorzieningen een rol in het sociaal weefsel in de wijk. De werkers in de wijk bouwen in mindere of meerdere mate mee aan die netwerken en zijn er onderdeel van. De beroepskrachten en vrijwilligers hebben door de gezamenlijke ontwikkeling van wijkinitiatieven affectieve relaties met elkaar. Hierdoor heeft de wijk niet alleen een praktische, maar ook een symbolische betekenis voor de werkers in de wijk en is van invloed op de motivatie om er te werken.

De op deze wijze 'ervaren' wijk kan haaks staan op een op basis van geografische gegevens geëtiketteerde wijk. Het meervoudige beeld, de kennis gebaseerd op botsende beelden én het deel uit maken van netwerken in de wijk bieden waarschijnlijk meer handelingsperspectieven aan de werkers dan een eendimensionaal geëtiketteerd beeld van een geografisch bepaald gebied. Deze aanname werk ik uit in hoofdstuk 10 over de wijk aanpak.

9. DE WERKERS OVER GEZONDHEID

“Gezondheid is voor mij een ruim begrip. Wat ik er onder versta is dat je je psychisch lekker voelt en ook lichamelijk lekker voelt. Dat er sociale contacten zijn, dat je vrienden hebt, vriendinnen hebt en ook dat je overal voor je voorziening terecht kunt waar je ook hoort te zijn met je problemen.” (Divikar, B.6.10)

9.1. Inleiding

De analyses van de interviews zijn voor een deel in hoofdstuk 8 gepresenteerd. In dit hoofdstuk worden de volgende elementen toegevoegd:

- De omschrijving van het begrip gezondheid door beroepskrachten, I/D-ers en vrijwilligers.
- Hun beelden van de gezondheid van wijkbewoners.
- De invloed van de wijk of van de omgeving op de gezondheid van de wijkbewoners; welke veranderingen registreren de werkers door de jaren heen.

Eerst bespreek ik de verschillende gezondheidsbenaderingen en vervolgens zien we in drie casussen uitgewerkt hoe wijkbewoners omgaan met hun gezondheid. Vervolgens ga ik in op de in de wijk aanwezige kennis over gezondheidsproblemen en de relatie tussen de wijk en gezondheid. Deze relatie is eveneens in drie casussen uitgewerkt. Aan de hand van deze elementen zetten we een tweede stap in de verkenning van het wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost ter beantwoording van (delen van) de onderzoeksvragen:

- Welke invulling geven de beroepskrachten en vrijwilligers werkzaam in de wijk Den Bosch-Oost aan het begrip gezondheid, aan wijkgericht werken om gezondheid te verbeteren en wat zijn hun onderliggende ideeën? Bereiken zij de sociaal-economisch zwakke groepen?
- Welke relatie is te leggen tussen gezondheid en de wijk?

9.2. Omschrijvingen van gezondheid

Op de vraag “Wat betekent gezondheid voor je?” antwoorden sommige respondenten vanuit een werkerperspectief, anderen kiezen een abstracte definiëring als eerste invalshoek en de meeste van hen reageren in eerste instantie vanuit een persoonlijke beleving.

Diana, werkzaam bij de GGZ, reageert vanuit een werkerperspectief:

“[...] gezond zijn is om zo gewoon mogelijk hier in de wijk te wonen, werken, recreëren. En dat heeft vaak te maken met de manier waarop je leert omgaan met je beperkingen. [...] In principe ben je gezond. Je hebt natuurlijk wel te maken met die beperkingen en dat maakt dat je anders met dingen

moet leren omgaan. Ik merk dat als je mensen ook zo benadert (...) vaak zeggen bewoners dat ook: Ik vind het zo fijn dat je het niet altijd over mijn problemen hebt, over wat ik niet kan. Maar over het stukje dat wel gezond is en dat we daar naar kijken.” (Diana, B.4.9)

Een abstracte definiëring van Sandra, die zitting heeft in de cliëntenraad van Samen Beter:
“Nou, dat heeft met een aantal factoren te maken. Dat is zowel je lichamelijke, als je psychische welbevinden. Als dat in balans is, is dat oké. En dat je prettig woont [...] dat zijn zo de peilers van het bestaan. Wonen, je dagbesteding (...) je lichamelijke gezondheidstoestand, je inkomensituatie, ja als dat allemaal een beetje in evenwicht is, dan ben je gezond.” (Sandra, B.6.6)

Gwen, een opbouwwerker, reageert vanuit haar persoonlijke beleving:
“Poeh, ik vind mezelf wel gezond hoewel ik lichamelijke klachten heb. Als je dat kunt hanteren, dan denk ik dat je gezond bent. En ik vind ook, een gezond iemand moet in ieder geval in staat zijn om, dat noem je dan psychisch gezond, om op een goede manier in zijn leven te staan en daarmee om kunnen gaan. Gezondheid is uiteraard enigszins lichamenlijk. Als je gehandicapt wordt doordat je alle mogelijk kwalen en gebreken hebt, ben je niet gezond. Psychisch geldt dat natuurlijk hetzelfde. Het heeft heel erg te maken met hoe gaat een individu daarmee om? Dus dat is heel breed voor mij, dat begrip gezondheid.” (Gwen, B.4.5)

In de beschrijving van gezondheid klinken verschillende benaderingen van gezondheid door. In de interviews zijn die beschrijvingen gecodeerd. Voor de codering heb ik soms de woorden gebruikt van de respondenten, maar meestal heb ik langere omschrijvingen samengevat. Zo hebben de respondenten bijvoorbeeld ‘een gezond lichaam’ en ‘een gezonde balans’ zelf gebruikt. De benaming ‘gezond en wel’ is een samenvattende term. De coderingen heb ik in 4 categorieën ondergebracht: lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid, sociaal-maatschappelijke gezondheid en een aparte categorie voor de aanwezigheid van zorgvoorzieningen. De categorieën zijn gemaakt op basis van de uitspraken van de respondenten. Zij spraken over lichamelijke en psychische gezondheid. De categorie sociaal-maatschappelijke gezondheid gebruikten zij niet, maar hiermee heb ik de vele benaderingen over de invloed van de omgeving samengevat. De indeling sluit aan bij de WHO-definitie over gezondheid, die lichamelijke, psychische en sociale aspecten onderscheidt.

Tabel 9.1 Benaderingen van gezondheid

Lichamelijke gezondheid	Psychische gezondheid	Sociaal-maatschappelijke gezondheid	Voorzieningen
Gezond lichaam Gezond gedrag (leefstijl)	Gezonde balans (kunnen omgaan met beperkingen of problemen) Gezond en wel (welzijn, geluk en liefde, lekker in je vel)	Gezonde relaties Gezonde sociaal-maatschappelijke positie Gezonde bezigheid Sociaal-economische positie	Goede gezondheidsvoorzieningen in de wijk

Iedereen noemt de lichamelijke benadering van gezondheid, maar altijd in relatie tot de psychische of sociaal-maatschappelijke gezondheid. Lichamelijke gezondheid wordt nogal eens aan de gezonde leefstijl gekoppeld:

“Hm, er zouden wel een paar kilo’s af mogen voor mijn gevoel, maar daar moet je toch zelf iets aan doen. Maar of ik echt gezond ben? Ik houd niet van veel te veel alcohol. Ik vind alcohol op zijn tijd dat moet kunnen. En ik vind ook dat iemand aangeschoten moet kunnen zijn, maar niet alle dagen. Alle dagen zat dat vind ik niet gezond. En drugs ja dan zie ik blowen, snuiven en spuiten. [...] Ik vind het zelf echt vies, ik vind dat het stinkt en (...) ik vind het niet gezond.” (Laura, B.6.17)

En

“Ook wel fysiek dat ik (...) dat speelt natuurlijk een rol, waar ik fysiek toe in staat ben. En ik ben fysiek nog tot veel dingen in staat en dat doe ik dan ook, ik fiets veel, wandel veel, sport ook nog wel. En ik doe dat niet alleen vanwege de beweging maar ook om je wel te bevinden. Daarvoor moet je op tijd ontspannen en relaxen en dat kan ik door middel van wandelen en fietsen.” (Anneke, B.6.4)

Velen noemen psychische gezondheid in diverse omschrijvingen het belangrijkste. Een ervan: *“Lichamelijke gezondheid vind ik niet het belangrijkste. [...] Ik vind het belangrijker om (...) er te mogen zijn. Om iets te kunnen betekenen voor anderen. [...] Ik vind liefde, laat ik het zo zeggen en dan in de grote zin, belangrijker dan gezondheid, want ik weet zeker in een rolstoel dat ik nog gelukkig zou kunnen zijn. Maar ik weet zeker dat ik zonder liefde, zonder mensen om me heen en gezond dan zou ik ongelukkiger zijn dan wanneer ik ongezond was.”* (Lina, B.6.9)

De fysiotherapeut kiest in zijn werk, ook bij psychosomatische klachten de lichamelijke invalshoek (“dat is zeg maar de basis”). Hij benadrukt echter het belang van psychische gezondheid:

“Gezondheid is niet de afwezigheid van ziekte maar is toch gewoon een gevoel van lichamenlijk, jezelf lichamenlijk redelijk wel vinden, welbevinden. En als je klachten hebt daar toch op een goede manier mee om kunnen gaan en vooral ook, nog belangrijker eigenlijk toch gewoon dat je je geestelijk goed voelt. Dat je gelukkig bent, in ieder geval regelmatig gelukkig bent. Geestelijk welbevinden en gelukkig

zijn, weegt veel zwaarder dan lichamelijke gezondheid. [...] Ziek is iemand die slachtoffer is van (...) zijn eigen klachten (...) en helemaal geen manier kan vinden om er mee om te gaan en vooral dus ook daarin ongelukkig is of depressief. (...) Het is heel erg nauw verweven natuurlijk, als je je eigen geestelijk goed voelt, voel je je lichamelijk ook vaak beter.” (Chris, B.4.2)

Anderen benadrukken de sociaal-maatschappelijke kant van gezondheid:

“En dat is eigenlijk gezond (...) dat ze een plekje kregen in de maatschappij en een gezonde relatie en vriendschap en een hobby.” (Annelies, B.4.4)

En

“Op de eerste plaats denk ik, tenminste bij ons soort mensen (...) als je het financieel kunt redden, je hoeft niet rijk te zijn, maar als je het financieel kunt redden, dan voel je je eigen al best gezond.” (Anna, B.6.1)

De meeste werkers kiezen bepaalde accenten in de omschrijving die zij geven van gezondheid. Toch worden de aspecten lichamelijk, psychisch en sociaal-maatschappelijk ook nogal eens in één adem genoemd:

“Ja, gezondheid is voor mij een ruim begrip. Wat ik er onder versta is dat je je psychisch lekker voelt en ook lichamelijk lekker voelt. Dat er sociale contacten zijn, dat je vrienden hebt, vriendinnen hebt en ook dat je overal voor je voorziening terecht kunt waar je ook hoort te zijn met je problemen.” (Divikar, B.6.10)

Goede zorgvoorzieningen in relatie tot gezondheid worden vooral door de allochtone vrijwilligers genoemd. Heel specifiek of als onderdeel van wat zij onder gezondheid verstaan. Mogelijk is de aanwezigheid voor hen minder vanzelfsprekend dan bij autochtonen. Elena, die uit Bosnië komt, heeft reuma en heeft lange tijd geen goede behandeling gekregen. In haar uitleg over wat gezondheid betekent, legt ze veel nadruk op het feit dat ze vanuit het asielzoekerscentrum, waar ze eerst woonde, veel moeite heeft moeten doen om gehoor en behandeling voor haar klachten te krijgen:

“Ik voel me zelf proefkonijn. Ik ben ook de laatste jaar achteruit gegaan met mijn lichaam. Ik was niet bewust weet ik niet wat er was met mij. Zegt hij gewoon ‘is wel goed is wel beter’. Ik zeg ja dokter, is dokter maar ja hij weet het beter dan ik. Ja, ik weet niet zoveel overal van, maar wat ik weet [...] is dat ik mij slechter voelde. [...] Hij was zo, hij had geen aandacht voor de patiënten. [...] En de nieuwe dokter, die is wel goed.” (Elena, B.6.22)

Enkele beroepskrachten merken op dat gezondheid contextafhankelijk is; in Afrika benoem je gezondheid anders dan in Nederland. Er bestaat geen absolute definiëring van gezondheid:

“Gezond vind ik een genuanceerde term. In Zuid-Afrika, of in Afrika [...] moet je een heel andere definitie formuleren dan zoals je het hier doet.” (Bram, B.4.1)

Het totale scala aan gezondheidsbenaderingen van de werkers is opgenomen in het schematische overzicht in bijlage 8. Er blijkt geen relatie te bestaan tussen de sterkste gezondheidsopvatting, de sector waarin de werkers actief zijn en de wijkbeelden. Uit de SPSS-analyse kwamen geen duidelijke clusters naar voren.

Opvallend is wel, dat in de uitspraken meerdere domeinen van de brede gezondheidsdefinitie van de WHO bij iedereen terug te vinden zijn. Zowel bij vrijwilligers als bij de beroepskrachten. We kunnen concluderen, dat de geïnterviewde werkers in Den Bosch-Oost gezondheid breed definiëren. Zij leggen verschillende accenten. Alle allochtone vrijwilligers noemen in hun omschrijvingen van gezondheid het belang van goede voorzieningen. Anna en Anneke, beide oprichters van Samen Beter, hebben aandacht voor de relatie tussen gezondheid en armoede, ze benadrukken eveneens het belang van Samen Beter als gezondheidsvoorziening. Ook Diana die psychiatrische patiënten die in de wijk wonen begeleidt, noemt de aanwezigheid van Samen Beter als een vertrouwde en toegankelijke voorziening belangrijk voor de patiënten. Harry beschrijft vanuit een negatieve ervaring met gezondheidscentrum Samen Beter het belang van een goede toegankelijke voorziening. Op grond hiervan concludeer ik dat gezondheidscentrum Samen Beter een toegankelijke gezondheidsvoorziening wordt genoemd door degenen die weten wat het ontbreken ervan betekent. Waarschijnlijk is Samen Beter voor anderen een vanzelfsprekende voorziening.

Bij de beroepskrachten valt op dat degenen die langere tijd werken in de wijk een sterker accent leggen op de sociale gezondheidsaspecten en dat degenen die minder lang in de wijk werken de psychische component het belangrijkste vinden. Hierin is de verandering terug te zien, die Samen Beter door de jaren heen maakte en die beschreven is in deel II. In de beginjaren is er een sterke wijkoriëntatie; later beperken de werkzaamheden in het gezondheidscentrum zich voornamelijk tot individuele contacten. In de individuele contacten manifesteren de sociale relaties en de inbedding in de sociale omgeving zich minder.

Een dergelijk verschil is niet te constateren bij de vrijwilligers. Meerdere vrijwilligers spreken over hun eigen ziektegeschiedenis en ziektebeleving. Zij gaan verschillend om met ernstige of chronische ziekten en problemen. Een deel spreekt vooral over de belemmeringen en hoe ze hiermee omgaan. Anderen benadrukken hoe ze gebruik maken van ervaringsdeskundigheid in de wijkactiviteiten. Voor een derde groep is een ziekte of probleem de aanleiding geweest om zich voor anderen te gaan inzetten. Voorbeelden van deze strategieën heb ik als casus uitgewerkt in de subparagraaf 9.6.2 om inzicht te geven in de gezondheidsbeleving en gezondheidsopvatting van een aantal bewoners in Den Bosch-Oost. In hoofdstuk 10 worden deze casussen opnieuw belicht om te ontrafelen hoe zij met hun ziekte en problemen omgaan.

9.3. De gezondheid van wijkbewoners

In hoofdstuk 1 zagen we dat de reguliere GGD-onderzoeken in 's-Hertogenbosch geen informatie bieden op wijkniveau. Wat zeggen de werkers in de interviews over de gezondheid van de wijkbewoners? In de interviews maken de beroepskrachten, maar ook vrijwilligers onderscheid tussen hun eigen gezondheidssituatie en gezondheidsbenadering en de gezondheid van (bepaalde groepen) wijkbewoners.

Slechts een enkeling vergelijkt zijn eigen situatie direct met die van een (zieke) ander. Henk, een vrijwilliger in een buurthuis, zegt over gezondheid het volgende:

“Dit onderwerp duw ik altijd heel ver weg. [...] Ik heb een vriend, die heeft (...) kanker, die heeft nog maar een halfjaar te leven. Ik ben daar naar toe gegaan, maar elke keer als ik daar naar toe ging, dan was ik een dag over de zeik. Totdat hij op een gegeven moment tegen mij zei je hoeft niet over de zeik te zijn hoor. Ik ga dood, jij toch niet. Nou ik heb het daar verschrikkelijk moeilijk mee gehad. [...] Ja, ik vind dat niet eerlijk (...) Waarom moet iemand nou zo ziek zijn? Ik vind dat het oneerlijke van het hele leven.” (Henk, B.6.13)

In de beschrijvingen van de beroepskrachten klinkt vooral door, dat de vaardigheden van wijkbewoners in het omgaan met ziekte en gezondheid tekort schieten. De coördinator van de kinderopvang:

“Nee, het merendeel is niet gezond. Een paar kan je wel gezond noemen, maar heel veel moeten heel vaak naar de huisarts. Hebben ook allemaal kleine kwaaltjes en gebreken en die hebben ook [...] ook altijd iets, altijd [...] gezondheid is bij hen wel heel belangrijk. Of waarschijnlijk is het ziek zijn belangrijk, want dat geeft aan dat ze het toch niet kunnen of zo.” (Marijke, B.5.4)

De fysiotherapeut:

“Ik zie hoe lager de opleiding over het algemeen hoe minder goed het ziekte-inzicht is bij mensen [...] ik probeer het wel altijd bij iedereen (...) oftenminste zo veel mogelijk. Maar ik ken ook mijn grenzen en ook de grenzen van mensen.” (Chris, B.4.2)

Een preventiewerker:

“Die wereld van verschil zit hem in de manier van denken. Ik zie [...]de houding van het overkomt mij.” (Wilma, B.5.1)

Een maatschappelijk werker over een multiprobleemgezin:

“Die waren over het algemeen zó emotioneel en het was net of die geen grip konden krijgen op een hoop dingen en dat ze, omdat ze te emotioneel waren altijd de schuld bij anderen legden. Niet zagen dat ze zelf daar natuurlijk ook iets deden, vaak te weinig inzicht.” (Annelies, B.4.4)

De sociaal-maatschappelijke situatie bepaalt de ziektesituatie en beleving. Sommige vrijwilligers vergelijken hun eigen situatie met die van anderen. Men ziet verschillen en overeenkomsten afhankelijk van de eigen situatie. Twee voorbeelden hiervan:

“Maar dan heb ik ook makkelijker praten, ik heb een opleiding, ik heb een goed huis, ik heb een goed inkomen, gezonde kinderen, [...] In vergelijking met veel wijkbewoners die toch (...) een slechtere gezondheid hebben door de leefomstandigheden, inkomen, wonen.” (Sandra, B.6.6)

En

“Ik denk dat als je iedereen, je hoeft niet rijk te zijn, maar als je gewoon iedereen kunt betalen en dan aan het eind van de maand van oh dat kan ik nog wel kopen, want dat heb ik nog wel over. Dan voel je je eigen heel wat beter dan dat je de hele maand de eindjes aan elkaar moet knopen. [...] Maar als iemand het nou een hele tijd niet goed heeft, dan zie je ook dat ze allemaal klachten krijgen.” (Anna, B.6.1)

In de beschrijvingen van de gezondheid van wijkbewoners komt de verwevenheid van de lichamelijke, psychische en sociaal-maatschappelijke gezondheidssituatie naar voren. De opbouwwerker, die sociale activeringsgesprekken voert, zegt het volgende:

“Wat me wel opgevallen is in die gesprekken is dat mensen uit (...) bepaalde gezinnen veel meer last hebben van hun gezondheid. (...) Ik denk dat er dan ook nog heel veel punten zijn in de rest van hun leven die niet goed zitten. [...] Dus het gezond zijn op zich kan anders zijn dan de gezondheidsbeleving. Ik denk dat daar gewoon het grote verschil zit. Waarom gaan sommige mensen zo ontzettend vaak naar een arts toe met iets waarvan je denkt, wat stelt het voor. Een vraag om hulp, aandacht, wat dan ook, het gaat niet goed met me.” (Gwen, B.4.5)

De praktijkverpleegkundige die hoofdzakelijk voor chronisch zieken werkt, ziet verschillen in hoe wijkbewoners met hun ziekten omgaan:

“Er zijn mensen die vinden het heel moeilijk te bemerken dat ze beperkingen krijgen, maar er zijn ook heel veel mensen die zoiets hebben van: ja, het zal wel, ik geloof het wel, ik zie het wel (...) Dat zijn dan de twee uitersten in feite en daar zit dan nog een hele groep tussenin, die wel met gezondheid bezig zijn en misschien niet altijd even bewust, maar die er op zich ook wel wat voor willen doen. [...] Maar mensen die geen netwerk om zich heen hebben, dat die het moeilijker krijgen dan mensen die wel een netwerk om zich heen hebben. [...] Maar het hangt ook weer een beetje af van je achtergrond. Wat heb je allemaal al meegemaakt in je leven, daar heeft het natuurlijk ook heel veel mee te maken.” (Helma, B.4.6)

Bij deze waarnemingen worden vaak bepaalde groepen bewoners genoemd, die kwetsbaar zijn en een slechte gezondheid hebben. Beroepskrachten hebben extra aandacht voor hen. Voor vrijwilligers geldt dat het de groepen zijn waarmee ze in aanraking komen in wijkactiviteiten of de groepen waarvoor ze specifiek activiteiten ontplooiën. In een paar citaten worden enkele kwetsbare groepen genoemd. Een maatschappelijk werker zegt over allochtone vrouwen:

“Lichamelijk en geestelijk [...] dat is heel nauw met elkaar verweven en vooral bij de allochtone vrouwen dan is dat helemaal nauw met elkaar verweven.” (Iris, B.4.8)

En de I/Der, die met psychiatrische patiënten werkt:

“Ja, dat zijn mensen met een psychiatrisch verleden of heden; ook nog mensen die een handicap hebben, allerlei soorten ziektebeelden. Die zijn hier in de wijk komen wonen. Die hebben in principe altijd in een instelling gewoond, maar ja daar mochten ze niet zo veel en nou mogen ze meer zich zelf zijn. Ze kunnen bij ons hun verhaal kwijt. Wij luisteren (...) we proberen die mensen te helpen (...) acti-

viteiten aan te bieden als ze dat willen [...] nou in het begin van het Treffpunt heb ik dus gemerkt hoe moeizaam dat gaat dat mensen onmondig zijn, onmondig gehouden werden. Dat is nou niet meer.” (Theresa, B.5.2)

Of een huisarts over vluchtelingen:

“Ze hebben voor hun leven moeten vrezen of zijn ernstig gemarteld. Zij zijn absoluut angstig [...] veel psychosomatische klachten, veel hoofdpijn klachten, ook veel angsten door (...) eenzaamheid, geen wortels hebben hier [...] oorlogen meegemaakt [...] op het slagveld mensen zien dood gaan. Niets kunnen doen en dat machteloze gevoel.” (Bram, B.4.1)

De verschillen die de werkers waarnemen tussen hun eigen gezondheid en die van wijkbewoners hebben te maken met de verschillende sociaal-economische positie én met de geringere vaardigheden van wijkbewoners. Bij dit laatste ligt een relatie naar het accent dat de werkers leggen op de psychische gezondheid. In de omschrijvingen van psychische gezondheid benadrukken zij het belang van je goed voelen ondanks lichamelijke ziekten en gebreken. Dat vinden zij zelf belangrijk, maar zo kijken zij ook naar anderen. Ook de invloed van de sociaal-economische omstandigheden en financiële en maatschappelijke mogelijkheden van wijkbewoners speelt een belangrijke rol bij de gezondheid van wijkbewoners. De verwevenheid van lichamelijke gebreken, ongezonde omstandigheden en weinig vaardigheden wordt met vele voorbeelden verwoord.

De brede definitie van gezondheid en de vele aanknopingspunten komen overduidelijk naar voren in de interviews. Niet alleen de medische beroepskrachten hebben met de gezondheid van wijkbewoners te maken, maar ook de opbouwwerker, de coördinator van de kinderopvang en de vrijwilliger in het buurthuis. De werkers refereren in hun omschrijvingen vooral aan wijkbewoners met een slechte gezondheid. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de oriëntatie op wijkbewoners die met klachten en problemen bij hen komen of omdat zij in activiteiten te maken hebben met vooral de kwetsbare groepen in de wijk.

De meeste werkers benoemen specifieke groepen wijkbewoners. Ziekte en gezondheid zijn geen abstracties, maar worden verbonden aan personen. Het gaat in de verhalen niet over aantallen, maar over mensen en groepen mensen. Al deze kwetsbare groepen, waaraan de werkers refereren, zijn in de schematische overzichten in bijlage 8 opgenomen. Een uitzondering hierop is de GGD-preventiewerker, die nog maar kort in de wijk werkt en wel refereert aan de kennis die zij heeft vanuit cijfers over de gezondheidssituatie van mensen. Ook een van de opbouwwerkers die in zijn werk vooral gericht is op buurtcomités en woonomgeving, noemt geen specifieke groepen. Hij benoemt wel de invloed van de fysieke omgeving (verkeer en groenvoorzieningen) op de gezondheid van mensen. In de volgende paragraaf wordt ingegaan op de invloed van de omgeving.

Bij de vrijwilligers, die zelf tot een kwetsbare groep behoren (of behoorden) valt op dat ze zich pas als een ‘kwetsbare groep’ beschouwen nadat ze zich voor hun lotgenoten zijn gaan inzetten. Bijvoorbeeld mantelzorgers, mishandelde vrouwen, psychiatrische patiënten, gehandicapten of chronisch zieken. In hoofdstuk 10 ga ik hier nader op in.

9.4. De invloed van de omgeving op gezondheid

De werkers vinden dat omgevingsfactoren van invloed zijn op gezondheid zo blijkt uit de definities. Welke omgevingsfactoren vinden zij belangrijk en in hoeverre zijn veranderingen in de wijk van invloed op de gezondheid van wijkbewoners? De meeste veranderingen die zij melden zijn algemene maatschappelijke veranderingen, die merkbaar zijn in de wijk. Sommigen kijken naar de gevolgen voor de individuele wijkbewoners; anderen kijken naar veranderingen op wijkniveau. Over een aantal veranderingen bestaat overeenstemming; maar er zijn ook veranderingen, waarover tegenstrijdige meningen bestaan. Deze veranderingen komen per thema aan bod in de eerste subparagraaf. Sommige werkers melden heel specifieke veranderingen in de wijk, zoals de gevolgen van herinrichting. Deze verandering komt in een aparte paragraaf aan de orde.

9.4.1. Veranderingen onder invloed van algemene maatschappelijke ontwikkelingen

- *Over zelfbewuste en afhankelijke patiënten*

De patiëntenbeweging heeft zich vanaf eind jaren tachtig krachtig ontwikkeld en de rechten van patiënten zijn in een aantal wetten geregeld. In de historische reconstructie is beschreven dat gezondheidscentrum Samen Beter patiënten op allerlei manieren actief betreft bij het gezondheidscentrum. De huisartsen en de assistentes bemerken echter ook een lastige kant van het mondiger en kritischer worden van patiënten. Sommige patiënten laten soms op een erg onplezierige manier hun rechten gelden. Een van de huisartsen refereert hieraan:

“Hoe zij op een gegeven moment hun rechten opeisen bijvoorbeeld. [...] Dat vind ik een ontwikkeling [...] Het lijkt er steeds meer op dat mensen hun rechten eisen en hun plichten kwijt zijn.” (Bram, B.4.1)

De andere huisarts benoemt de afhankelijke opstelling van patiënten, die toegenomen is in combinatie met een houding, dat zij geen ongemak dulden in hun leven:

“Wat je nu heel veel ziet is dat mensen [...] pijn gauw doorvertalen naar heel ernstige dingen. Mensen maken zich daar veel eerder ongerust over. [...] Dat kom je heel veel tegen [...] Die zoeken heel weinig eigen oplossingen en willen graag dat ongemakken heel snel verholpen worden door de huisarts.” (Emiel, B.4.7)

Anderen noemen dat wijkbewoners meer zelfvertrouwen of kennis en inzicht hebben gekregen:

“Je ging meer naar je eigen lichaam luisteren, dat je denkt (...) het zal wel zo erg niet zijn, want toen is het ook over gegaan. En dat zei ik dan ook tegen onze kinderen als ze zeiden van ”oeh, ik heb dit of dat” en ze naar de dokter wilden. Dan zei ik zou je dat dan niet eerst een paar dagen afwachten.” (Anna, B.6.1)

De fysiotherapeut constateert een verandering bij de groep hoger opgeleiden:

“Een hele enkeling, maar dat zijn vooral de hoger opgeleiden, die zijn zakelijker. Meer van hoeveel keer

en wat gaan we doen, zeg maar. Die willen er dan wel meer over weten. Maar ook niet op een vervelende manier. Die zijn ook vaak wat meer kiezend in hun eigen trend (...) Dus die kiezen wat bewuster een eigen therapie.” (Chris, B.4.2)

- *Over werkomstandigheden:*

De huisarts en fysiotherapeut die al lange tijd bij Samen Beter werken, zijn de enigen die de veranderingen in werkomstandigheden opmerken. De fysiotherapeut heeft de laatste jaren minder bouwvakkers in behandeling. Er wonen veel bouwvakkers in Den Bosch-Oost zo weet hij uit de eerste jaren bij Samen Beter. Hij schrijft deze terugloop toe aan het feit, dat in de bouw tegenwoordig zwaar werk vaak machinaal gebeurt. Hij meldt echter wel een nieuw fenomeen: de vele klachten tengevolge van het werken achter een beeldscherm. Hij zegt hier het volgende over:

“Nou ik zie toch nog heel veel, bijna zeventig procent van de klachten die wij zien zijn nog steeds arbeidsgerelateerd. Bij al dat kantoorwerk zit een enorme stressfactor bij. Mensen staan vaak zo onder druk [...] Het zijn meestal de harde werkers, de zeer gemotiveerden die het eerder krijgen. (...) een hoop werkdruk, een hoop verwachtingen vanuit de werkgevers. Binnen het hele kantoor gebeuren, dat zijn toch de wat meer opgeleiden, daar is wel uitgebreid aandacht voor preventie. Maar op de werkvloer in fabrieken (...) horen we vaak nog steeds de meest ellendige verhalen.” (Chris, B.4.2)

De huisarts en de fysiotherapeut vergelijken de huidige aandacht van Arbo-artsen met vroeger. Momenteel kijken de Arbo-artsen naar het belang van de werknemer en stellen maatregelen voor ter verbetering van de werkplekken. Begin jaren tachtig veranderde er niets op de werkvloer als vanuit Samen Beter problemen werden geconstateerd.

De fysiotherapeut wijst eveneens op de komst van vele sportmogelijkheden, ook aangepaste sport voor chronisch zieken. In vergelijking met de eigen sportclubjes die de fysiotherapie begin jaren tachtig vanuit Samen Beter in de buurthuizen opzet, vindt hij dit een kwalitatieve en kwantitatieve vooruitgang.

De ontwikkelingen in de arbeidssector brengen echter even zo goed weer nieuwe problemen voor de gezondheid mee. Ook de belangstelling voor sport heeft een keerzijde getuige de vele sportblessures waarmee de gezondheidszorg te maken heeft.

- *Over welvaart en armoede*

Vrijwilligers maken opmerkingen over de toename van de welvaart en de daarbij horende individualisering in de trant van: er is meer materiële welvaart, maar mensen zijn minder betrokken op elkaar en kunnen weinig verdragen van elkaar. Mensen zijn tegenwoordig egoïstisch, vooral bezig spullen te vergaren, dat brengt jaloezie met zich mee en het maakt mensen ongelukkig. Mensen gaan steeds meer werken, kinderen lopen op straat met een sleutel en de volwassenen hebben geen tijd voor vrijwilligerswerk.

Beroepskrachten merken de grotere welvaart op in de wijk bij huisbezoeken. Het bezit van

materiële zaken is toegenomen. Zij wijzen echter eveneens op de toename van armoede bij bepaalde gezinnen. Een van de huisartsen noemt de vluchtelingen en sommige allochtonen de ‘nieuwe armen’. De leerkracht zegt dat ze de armoede in de wijk heeft zien toenemen in de loop der jaren. Huizen zonder vloerbedekking of met alleen plastic meubels, huizen waar water en elektriciteit afgesloten zijn, verwaarlozing van kinderen, moeders die in de prostitutie zitten. Een ander fenomeen dat gemeld wordt, is de toename van welvaartziekten. Een vrijwilliger hierover:

“De tijd is zo veranderd. Als je nou praat over een jaar of 40 geleden, toen ik zelf jong was, toen had je niet al die chips en limonade en ja, je moest wel bewegen, want alles moest met de hand gebeuren. En al die dingen meer. [...] Je had geen tijd om aan gezondheid te denken.” (Anna, B.6.1)

De preventiewerker en enkele beroepskrachten wijzen eveneens op de ongezonde leefstijl van veel mensen in de wijk: onder- en overvoeding, roken, excessief drinken. De jonge vrijwilligers wijzen op het gemakkelijke gebruik van drugs bij het uitgaan. De leerkracht, de I/Der betrokken bij de kinderopvang, en de vrijwilligers betrokken bij kinderactiviteiten noemen de slechte voedingsgewoonten bij de kinderen. Zij constateren een toename van ‘fast food’ en van de kinderen die zonder ontbijt naar school of kinderopvang komen. Een van de vrijwilligers, die vele kleinkinderen heeft en vroeger kinderactiviteiten in het buurthuis begeleidde, zegt het volgende:

“En toen, de jongens die dronken wel een pilsje, maar waren nooit dronken. Drugs, daar had je nog nooit van gehoord toen. [...] Want als onze kinderen op stap gaan, ja de kleinkinderen dan, die zeggen ja oma doe toch niet zo belachelijk over die drugs, in de stad heb je ze overal, in ieder café kun je blowen. En dan denk ik ja, dat zijn dingen daar zaten wij niet mee. En daar zitten de mensen nu wel mee [...] Ik vind het verschrikkelijk, hoe erg dat de jeugd drinkt. Ik kan er niets aan doen maar, de kleinkinderen, daar mopper ik altijd tegen. Er zijn er die de hele week geen glaasje bier aanraken, maar die er op zaterdagavond zo ‘n 25, 30 achterover slaan. Dan denk ik wel eens, dat hoeft zo toch niet?” (Anna, B.6.1)

- *Over zorg voor elkaar en vereenzaming*

Vele beroepskrachten en vrijwilligers noemen de vergrijzing en de toename van oudere en zorgbehoeftige wijkbewoners in Den Bosch-Oost. De vergrijzing brengt zwaardere zorgsituaties voor de professionals met zich mee. Over vereenzaming of de zorg voor deze ouderen wordt echter verschillend gedacht. Sommige beroepskrachten melden beide: de vereenzaming, maar ook de gehechtheid tussen generaties die blijft bestaan. Een aantal citaten laten deze verschillen zien:

“Binnen de Bossche families is nog heel veel zorg voor de ouders. [...] Het valt op hoe vaak de vaders en moeders nog altijd bezocht worden door alle kinderen en zo en [...] bij buitenlandse mensen is dat ook zo, maar zeker bij Bossche mensen. Bij de wat hoger opgeleiden die van buiten komen is dat minder, dat verschil is er wel. [...] Men voelt zich er echt verantwoordelijk voor (...). Je moet gewoon voor je moeder en vader zorgen, die stop je niet in een bejaardenhuis. [...] en ik heb dus de laatste tijd

nogal wat oudere vrouwen die hun man jarenlang verzorgd hebben [...] zo'n heel langdurig ziekbed voor de man hebben gezorgd [...] dat is heel zwaar geweest meestal, en een aantal krijgt dan vaak een terugslag.” (Chris, B.4.2)

En

“Als je ziet hoe moeilijk het leven afen toe is en de toenemende vereenzaming, die ik soms zie bij de oudere groep. Die dus langzamerhand er helemaal alleen voor komt te staan, dat vind ik tragisch. Anderzijds zie ik ook weer, wat soms heel verrassend en aangenaam is, dat het tegenovergestelde gebeurt. Dat je de gehechtheid door de generaties heen ziet. Dochters en zonen, die dagelijks bij hun ouders in de verzorgingshuizen op de stoep zitten. Ik zou het niet kunnen. Maar die willen zorg aan de ouders besteden. Ik vind wel dat dat minder wordt [...] Ik kom vaak in de Grevelingen en [...] daar zie ik ook heel veel tragische oude vrouwen. [...] Die hebben dan wel familie, maar ik hoor er nooit wat van.” (Bram, B.4.1)

De vrijwilligers hebben een dubbele boodschap. Zij wijzen op de individualisering en dat mensen niet meer zo betrokken zijn op elkaar. Hun persoonlijke verhalen getuigen echter van het tegendeel; als burens ziek worden, dan ontstaat wel contact:

“Dit is echt gericht op mijn burens [...] Dit is mijn woonomgeving. En ik vind wonen, doe je niet alleen in een huis en wonen doe je ook niet alleen in een straat (...) Je hebt gewoon mensen nodig. [...] Toen ‘ons mam’ hier ziek lag, kon ik rustig mijn werk blijven doen; [...] dankzij mijn familie [...] Maar ook door mijn buurvrouw. Op ‘n gegeven moment toen hadden wij hier een bel en daar een bel (...) en dan denk ik: dat zijn burens. (...) Maar ook omgedraaid, doe ik dat voor haar [...] omdat ze ziek is geworden. Als ze me nodig hebben, kunnen ze me roepen en dan ben ik er.” (Clara, B.6.5)

En:

“Mijn kleinkinderen, da ‘s zo leuk, die bellen afen toe op. Oma heb je al gekookt? Nee? Nou ik heb dit of dat, dat kom ik dadelijk voor je brengen. Maar daar hoef ik helemaal niet om te vragen, dat doen ze gewoon. [...] De buurman heeft al een paar keer gezegd als je soms iets nodig hebt van boodschappen dan geef je maar een gillette. Als we gaan kaarten dan wacht hij op me en dan doet hij m ‘n jas aan en dan zegt hij geef mij maar een arm en dan brengt hij me tot aan de deur en dan zegt hij welterusten buurvrouw.” (Anna, B.6.1)

Ook jongeren hebben aandacht voor de ouderen in de wijk. Vanuit het buurthuis in een deel van de wijk organiseren jongeren activiteiten voor de ouderen en omgekeerd. Een citaat van een jonge vrijwilliger:

“Ik heb een buurvrouw mevrouw v. A., die woont al naast ons zolang ik weet en als er iets is, als ik een boodschap voor haar moet doen. Ze heeft heel veel contact met mijn ouders, dat is een goede buurvrouw. En de andere mensen die bij ons wonen, die groet ik ook altijd, daar heb ik gewoon contact mee [...] en die helpen we met boodschappen of als het een zware tas is of met klussen. Dat is ja dat is gewoon (...) die ouderen die ik ken zijn helemaal niet bang voor ons, voor de jongeren. Maar dat komt ook omdat in de wijk Oost iedereen elkaar kent.” (Mohammed, B.6.18)

Naast de eenzaamheid van de ouderen spreken vooral beroepskrachten hun zorg uit over

het isolement van sommige gezinnen. Gezinnen met veel problemen of vluchtelingen, met weinig contacten. Het zijn de huisartsen en maatschappelijk werkers die deze zorg uitspreken.

- *Over tolerantie en discriminatie*

Er worden verschillende ontwikkelingen gemeld. Enerzijds de verharding en groter wordende intolerantie ten opzichte van allochtonen, anderzijds de persoonlijke verhalen van allochtone en autochtone mensen, die plezierige contacten onderhouden. De leerkracht die vertelt dat ze een verandering bij de allochtone families waarneemt: zij sluiten zich de laatste jaren meer af. Beroepskrachten die zeggen dat de houding van vrijwilligers ten opzichte van allochtonen is verhard. De tegenstrijdige verhalen over de agressieve allochtone jongeren, waarover vrijwilligers vertellen, maar vervolgens tot de slotsom komen dat alle jeugd agressiever is geworden. Of de vrijwilligster die bang is voor allochtone jongeren en 's avonds de deur niet meer uit durft, maar via de zwemles met vele allochtone kinderen en ouders een fijn contact heeft. En de vrijwilliger die met kinderen werkt en meldt dat juist de kinderen van allochtone afkomst vriendelijk en beleefd zijn. Eigenlijk heeft elk verhaal een eigen boodschap. Ik beperk me hier tot twee citaten; een van een oudere autochtone vrijwilliger en een van een jonge allochtone vrijwilliger, die twee straten van elkaar verwijderd wonen:

“Toen is het zo’n beetje gaan veranderen, dacht ik. Allemaal mensen, allemaal burens onder elkaar en dat is nou afgelopen. Dat is ergens te begrijpen, want die vrouwen (...) die spreken geen Hollands. Dus die buurt zo onder elkaar, dat is helemaal weg. [...] En toen was er een man, die woonde er al lang. Dat was ook een buitenlander en die sprak goed Nederlands. Als je buiten stond dan kwam hij buurten, als je in de tuin bezig was, dan kwam hij buurten. Ja, dat was anders”. (Dorus, B.6.12)

En:

“Ik zie verschil ja. Ik vind de wijk waar ik woon [...] dat is een wijk waar iedereen elkaar kent. Dat is de hele dag van hoi en goedendag en altijd dit en dat. [...] Ik voel me fijner als ik hier loop. [...] Ik weet niet misschien moet je er wel heel lang leven en de mensen kennen. Oost is toch wel een fijne wijk om te wonen [...] Ja, dat komt door mijn ouders. Mijn ouders wilden graag integreren en toen zij hier kwamen in 1960, die wilden heel graag integreren. [...] En om iets te lenen bijvoorbeeld een boormachine dan gingen we gewoon naar de Nederlandse buurman. Niet dat we dan Marokkaanse mensen opzochten om een boormachine te lenen. Het is gewoon zeg maar.” (Mohammed, B.6.18)

Ze zeggen beiden hetzelfde: om je ergens thuis te voelen, moet je er lang wonen en actief contact zoeken voor alledaagse dingen en een praatje kunnen maken. Een relativerende opmerking over discriminatie komt van de preventiewerker, die opgegroeid is in Den Bosch-Oost:

“Ik denk gewoon dat dingen anders benoemd worden, maar inhoudelijk heel makkelijk terug te leiden zijn tot een aantal topics die er gewoon altijd zijn. Je hebt altijd lastige mensen in een wijk gehad en dat zijn nou dan toevallig Marokkanen, maar de Marokkanen die naast mensen wonen die zijn het eigenlijk nooit. Want zo gauw als je bekend bent met iemand en je hebt contact, dan blijkt dat dus enorm te veranderen, dus in die zin zie ik daar niet zo veel verschil in.” (Wilma, B.5.1)

Een andere vrijwilliger wijst op het belang gewoon te blijven communiceren met elkaar en niet af te gaan op hetzies die via de media en geroddel in de wijk ontstaan:

“En wat er in de krant staat, dat er 20 criminelen waren, (...) daar geloof ik niets van, daar geloof ik helemaal niets van! [...] Je wilt toch allemaal normaal aangesproken worden? [...] Nou, in de wintermaanden stonden daar drie Marokkaanse knullen, in de buurt van de Marskramer. En die man komt naar buiten met zo’n grote mond en nou die woorden, die waren niet mis. En ik haal de politie en sodemieter op. En ze stonden daar gewoon te praten! Wat kost het nou om te zeggen jongens, jullie staan hier bijna voor mijn ingang, kunnen jullie een eind verderop gaan, want de mensen kunnen niet naar binnen.” (Mary, B.5.3)

Een enkeling duidt op het gegeven dat Nederland meer reactionair geworden is. Een beroepskracht, die als vluchteling naar Nederland gekomen is, wijst op het conservatiever worden van allochtonen en zegt daarover:

“De tijd gaat niet vanzelf achteruit. De tijd wordt georganiseerd achteruit geduwd door conservatieven.” (Kaja, B.4.11)

- *Over opvoeding en ruimte voor kinderen*

Een aantal vrijwilligers heeft het over de jeugd en de opvoeding die is veranderd. Vroeger werd de jeugd streng én katholiek opgevoed en was er meer respect voor ouderen, vinden zij. Opnieuw soms tegenstrijdige verhalen. Vanuit de beroepskrachten die met kinderen of met opvoedsituaties werken, komen deze opmerkingen eveneens. Zij brengen deze veranderingen in relatie met de toegenomen welvaart.

“Ook bijvoorbeeld hoe ze met hun kinderen omgaan soms, dat zijn afgodjes af en toe. [...] En met daaraan verwante cadeaus worden overladen, terwijl ze de huur bijvoorbeeld niet eens kunnen betalen. [...] Van dit soort enorme verschillen. Het onvermogen (...) Het is een uitwas wat ik nu beschrijf.” (Bram, B.4.1)

Vrijwilligers maken vergelijkingen met vroeger; zij vinden de jeugd veranderd, maar denken dat het een zaak is van ouders en kinderen:

“[...] de opvoeding van de kinderen. Ik denk ja die is heel anders als vroeger We hadden respect voor onze ouders [...] we moesten ook altijd naar de kerk [...] en dat deed iedereen en [...] als ik nou naar kinderen kijk en de maatschappij en naar de mensen [...] mensen doen zo weinig moeite in een relatie. [...] de kinderen ook heel brutaal en [...] (respect) dat zie je niet meer zo gauw vind ik. Ik vind dat bij de jeugd een heel stuk minder is. Maar ik zeg er ook bij je moet ook weten met jeugd om te gaan. Dat is ook weer een punt de ouderen die kunnen ook niet veel meer hebben van de jeugd, dat zie ik ook weer.” (Theresa, B.5.2)

Niet alle kinderen zijn hetzelfde. Een vrijwilliger die veel met kinderen werkt, ziet scheidslijnen in de wijk:

“Dat de kinderen qua subculturen zo verschillend zijn van elkaar [...]Mijn eigen kinderen hebben erg veel last van die verschillende soorten culturen in onze wijk. Zij maken er ook onderdeel van uit, ongewild van zo’n cultuur en je merkt dat je die ook (...) heel moeilijk kunt doorbreken. En als mijn

oudste dochter boodschappen gaat doen dan maakt die een omweg om niet door bepaalde delen van onze wijk te hoeven. Want het feit dat je herkend wordt als een kind dat anders is, betekent dat je in elkaar geramd wordt en (...) dat zijn problematieken, waarvan ik vind en heb gevoeld dat ik daar ook mijn verantwoordelijkheid moest nemen. [...] Die definitie van achterstand ik ben (...) achterstand zoals ik die tegen ben gekomen in het stuk over de Aa, daarvan heb ik gezegd die kinderen hebben geen achterstand sociaal gezien, het zijn enorm rijke kinderen in hun gevoelsleven heb ik gemerkt.” (Paul, B.6.16)

De werkers vertellen over deze veranderingen en brengen ze alle minder of meer direct in relatie tot de gezondheid van wijkbewoners. Hieruit spreekt hun brede kijk op gezondheid. Geen smalle medische of leefstijlbenadering, maar een benadering waarin de medische, leefstijl én sociale omgevingsbenadering doorklinkt.

Sommige werkers merken nog enkele specifieke veranderingen op, zoals het opgroeien in verschillende culturen van de tweede en derde generatie allochtonen, de gearrangeerde huwelijken, de traditionele man-vrouw verhouding bij autochtonen, die in sommige delen van de wijk nog te vinden is en in andere delen niet.

9.4.2 Veranderingen in de wijk met gevolgen voor de gezondheid

Vooraf de opbouwwerkers en preventiewerkers wijzen op de veranderingen in de samenstelling van de wijk ten gevolge van herstructurering in sommige (aangrenzende) delen van de wijk. In de aangrenzende wijk de Bartjes is ongeveer eenderde van het woningbestand afgebroken. Veel mensen uit de Bartjes zijn verhuisd naar Den Bosch-Oost en maatschappelijk werk wijst in dit verband op de toename van multiprobleemgezinnen. In Den Bosch-Oost zijn eveneens de huizen van enkele straten gesloopt en daarvoor in de plaats is nieuwbouw gekomen. In dit gedeelte woonden veel oudere mensen en er ontstonden schrijnende situaties door het wegvallen van de vanzelfsprekende burenhulp.

Tevens wordt gewezen op de GGZ-huizen in de wijk en het effect van de komst van deze wijkbewoners. De gevolgen van deze veranderingen worden verschillend geïnterpreteerd; de een zegt dat het karakter van de wijk niet is aangetast en dat door de verhuizingen meer communicatie tussen buurten is ontstaan. Anderen waarschuwen voor de onrust die ontstaat en de eenheid en vertrouwdheid die wegvalt. Een opbouwwerker:

“[...] dat er de laatste maanden gigantisch veel gezinnen uit de Bartjes Noord zijn gekomen. Dat is ook werkelijk waar bijna een concentratie van gezinnen. [...] Maar daar zullen mensen wel aan moeten wennen. Want [...] wanneer vind je dat de wijk verloedert. [...] Die discussie zit er eigenlijk onder. Sommige mensen noemen dat verloedering terwijl je ook kunt zeggen ja, maar mensen die problemen hebben, dat doet een wijk niet verloederen.” (Gwen, B.4.5)

De preventiewerker wijst op een ander gevoel dat ze opmerkt bij wijkbewoners:

“De vertrouwdheid die uit een wijk verdwijnt. [...] Het gevoel dat mensen hebben dat de wijk een

vergaarbak wordt van alles en nog wat, van iedereen moet maar in mijn straat kunnen komen wonen, iedereen moet maar doen wat hij wil en dat gaat wat mij betreft niet altijd op. [...] Ik vind het ook eigenlijk niet eerlijk om daar mensen die het zelf [...] op een bepaalde manier niet gemakkelijk hebben en die worden daar dan ook nog extra mee belast. Dat vind ik niet altijd even eerlijk.” (Wilma, B.5.1)

De werkers van het gezondheidscentrum horen over deze onrust soms iets via hun individuele contacten met patiënten, maar hebben minder zicht op deze veranderingen:

“Ik ben meer op de vierkante centimeter aan het werken dan [...] dat ik zicht heb op het grootschalige van steden en hele wijken. [...] Wat ik wel weet, dat is gewoon via de wandelgangen van Hulpsector Oost, waar wat grootschaliger naar dingen gekeken wordt. Bijvoorbeeld die innovatie bij ons tegenover in de Palmboomstraat of de pastoor Mustaertstraat (...) wat dat voor gevolgen voor mensen heeft. [...] Als je daar toch 30 of 40 jaar gewoond hebt en in een keer wordt je huis onder je kont gesloopt, ook al krijg je goede huisvesting terug, dan is dat toch een existentiële crisis die mensen ervaren. [...] Ik hoor daar druppelsgewijs iets over.” (Bram, B.4.1)

In de historische reconstructie in deel II zagen we dat een belangrijke verandering na 1990 de komst van allochtone wijkbewoners en vluchtelingen is, die in sommige delen van de wijk bijna een kwart van de bevolking gaan uitmaken. Een andere maatschappelijke ontwikkeling is dat ouderen langer thuis blijven wonen en minder snel naar een verzorgingshuis gaan en dat GGZ-patiënten en gehandicapten in de wijk komen wonen. Zij duiken allemaal op in de verhalen van de werkers. We kunnen concluderen dat vele verschillende groepen kwetsbare personen in beeld zijn; zij maken deel uit van de verhalen over de veranderingen in de wijk. De werkers in Den Bosch-Oost zijn gezamenlijk in staat vele signalen van specifieke groepen op te vangen. In hoofdstuk 10 onderzoek ik wat ze met deze signalen doen.

De werkers noemen algemene veranderingen in het sociale klimaat zoals vereenzaming, isolement, racisme en verharding. Zij leiden tot psychosomatische klachten, onvrede en problemen in het leven van wijkbewoners. Uit meerdere citaten blijkt dat wijkbewoners de consequenties van deze veranderingen bespreken in contacten met beroepskrachten. De tegenhangers ervan zoals contact, zorg voor elkaar, tolerantie en je thuis voelen, melden zij eveneens. De toename van (gezondheid)kennis heeft wijkbewoners zelfbewuster en onafhankelijker gemaakt. Meer weten betekent voor sommige mensen echter ook meer onrust en angst. Het wel of niet beschikken over voldoende vaardigheden blijkt erg te verschillen. Werkers leggen hierbij een directe link naar de sociaal-economische situatie van mensen.

De mondigheid van mensen is toegenomen; hun rechten als patiënt zijn vastgelegd. Het opkomen voor je rechten betekent soms vergeten dat je ook plichten hebt. Het maatschappelijke debat over normen en waarden is tot in de spreekkamers van de gezondheidszorg te merken. Al deze waarnemingen vullen elkaar aan, geven een beeld van de veranderingen in de samenleving en in de wijk. Geen abstracte noties, maar aan mensen en buurten gekoppelde ervaringen.

9.5. Gezondheidsbenaderingen in theorie en praktijk

In deze paragraaf toets ik de gezondheidsdefinities van de werkers aan de theorie. Achtereenvolgend ga ik in op de gezondheidsbenaderingen die voorkomen in de wijk; de wijze waarop bewoners omgaan met hun gezondheid aan de hand van drie casussen; de kennis die er is van de gezondheidsproblemen in de wijk en ten slotte op de relatie tussen wijk en gezondheid, dit eveneens aan de hand van drie casussen. In die laatste paragraaf staat de relatie tussen de wijk en gezondheid centraal.

9.5.1. Gezondheid is een breed begrip

De definities van de werkers van gezondheid zijn rijk geschakeerd, waarbij de breedte van de definities opvalt. Alle elementen van de theoretisch onderzochte aspecten komen voor in de uitspraken. Uit de omschrijvingen blijkt dat gezondheid geen abstractie is, maar zich verbindt met zowel werkervaringen als persoonlijke ervaringen. Er is vanuit het sterkste accent in ieders gezondheidsbenadering geen relatie te leggen naar sector, referentie of wijkbeeld van de werkers. De geschiedenis van het gezondheidscentrum, waarin in de eerste jaren de sociale omgevingsbenadering sterk vertegenwoordigd was, is wel terug te zien bij de beroepskrachten. De beroepskrachten die langer dan 10 jaren in de wijk werken leggen een sterker accent op de sociale gezondheidsaspecten dan degenen die minder lang in de wijk werken. Deze laatste groep vindt de psychische component het belangrijkste. Bij de vrijwilligers is deze relatie niet te zien. In de beschrijving van gezondheid noemen de allochtone vrijwilligers de gezondheidsvoorzieningen een belangrijk aspect. Voor hen is de aanwezigheid van een wijkvoorziening mogelijk minder vanzelfsprekend.

De brede definiëring van gezondheid komt eveneens naar voren in de veranderingen die de werkers in de wijk en bij de bewoners constateren. Zij brengen de veranderingen in de patiëntrol en arbeidsomstandigheden, de welvaartziekten, armoede, vereenzaming en het zorg hebben voor elkaar, discriminatie en opvoeding alle in meerdere of mindere mate in relatie met gezondheid. Wat zeggen deze waarnemingen over de wijkbewoners en over de wijk? In ieder geval dat de werkers in hun contacten registreren op welke wijze de omgeving en maatschappelijke veranderingen van invloed zijn op de gezondheid van wijkbewoners in positieve en negatieve zin. Zij refereren hierbij niet aan cijfermatige gegevens, maar putten uit eigen ervaringen. Zij wijzen op het vaker voorkomen van bepaalde ervaringen, die hen opvallen en de aandacht trekken. Soms omdat deze ervaringen anders zijn dan hun eigen ervaringen; soms omdat die ervaringen juist wel dezelfde zijn. Zij verhouden zich voortdurend persoonlijk tot de situatie van wijkbewoners. De determinanten van gezondheid zijn op een praktische manier te horen in de verhalen. De invloed van de determinanten verandert in de loop van de tijd, zoals te zien in de beschrijving van de veranderingen in werkomstandigheden en de komst van welvaartziekten. Gezondheid is geen absoluut gegeven, maar is een relatief begrip,

getuige de vele uitspraken over het belang van de wijze waarop je met klachten en ziekten om kunt gaan. Daarom benadrukken bijna alle werkers het psychische aspect van gezondheid. Het totaal beijkend en daarmee de uitspraken van de individuele werkers overstijgend kunnen we concluderen dat er in de wijk sprake is van een integrale gezondheidsbenadering. Het is geen medische, geen leefstijl- en geen sociale omgevingsbenadering. Het is ook geen optelsom van de drie benaderingen, waarbij de werkers van het gezondheidscentrum staan voor de medische benadering, de welzijnswerkers voor de sociale omgevingsbenadering en de GGD en het onderwijs voor de leefstijlbenadering. Wel leggen de werkers verschillende accenten; ze gaan niet uit van één invulling.

9.5.2. Omgaan met gezondheid

In deze paragraaf zijn drie persoonlijke geschiedenissen opgenomen, die inzicht geven in hoe wijkbewoners gezondheid ervaren en ermee omgaan. Het eerste verhaal is van Clarisse, die haar ziek-zijn als een belemmering ervaart en aangeeft hoe ze hiermee omgaat. In het tweede verhaal van Deria is een probleem in de gezondheidszorg de aanleiding om als vrijwilliger actief te worden. In het derde verhaal van Fien is het accepteren van steun in een moeilijke situatie de opstap geweest om de eigen ervaringen ten behoeve van anderen in te zetten. De geschiedenissen zijn gebaseerd op het materiaal uit de interviews en aangevuld met materiaal uit een eerdere publicatie (Paes, 2003) waaraan Deria en Fien meewerkten.

Casus 9.1 Clarisse

Clarisse is 60 en heeft twee kinderen, die beiden gestudeerd hebben. Clarisse komt uit Portugal en woont 26 jaar in Nederland. Ze spreekt redelijk Nederlands. Toen ze naar Nederland kwam, waren haar kinderen heel klein; haar man was al in Nederland. Niet lang na haar komst naar Nederland is ze gescheiden en heeft ze een moeilijke tijd gehad. Zij ging werken in een wasserij, maar is hiermee gestopt door allerlei klachten. Ze kan niet terug naar Portugal, omdat ze dan de uitkering kwijt raakt en omdat Nederland het land is van haar kinderen. Ze heeft in Portugal ‘niets meer’. Clarisse heeft steeds problemen gehad. Haar baarmoeder is verwijderd, ze is gedeeltelijk in de WAO gekomen vanwege allergieën en pijnklachten in rug, schouders, bekken en heupen. Eigenlijk is ze depressief, maar dat wilde zij destijds niet accepteren. Lange tijd heeft zij gestreden tegen de uitspraken van artsen en specialisten dat haar klachten psychisch zouden zijn. Ze is pas later gaan accepteren dat je ook ‘psychisch ziek’ kunt zijn en dat dat niet betekent dat je gek bent. Haar verhaal is een aaneenschakeling van strijd met de uitkeringsinstanties en keuringsartsen. Zij is via de huisarts verwezen naar maatschappelijk werk en

psychiater en vervolgens naar De Stroom, het vrouwenhulpverleningsproject. Ze is voor haar contacten afhankelijk van De Stroom en de vrouwen die ze daar heeft leren kennen. Ze heeft fietsles bij de De Stroom gehad en kan zich nu beter verplaatsen. Ze is erg gericht op hulpverleners en vertelt hoe ze vanuit de huisarts en keuringsartsen verwezen is naar maatschappelijk werk, psychiatrie en later door maatschappelijk werk naar De Stroom. Ze is bij de Stroom na enige tijd vrijwilliger geworden. Ze ziet haar werk bij de Stroom vooral in het perspectief van contacten kunnen hebben met anderen.

Het leven overkomt Clarisse; haar ziekte-inzicht is afhankelijk van haar overlevingsstrategie en omgekeerd. Ze is gericht op professionals, waarvan ze hulp verwacht. Gezondheid is in haar beleving nauw verbonden aan haar ziek-zijn, aan fysieke klachten en gebrek. Pas later ontdekt ze dat haar klachten te maken hebben met depressieve gevoelens. In haar contacten bij De Stroom, een vrouwenhulpverleningsproject ervaart ze voldoende steun om iets in haar leven te veranderen en door te leren fietsen onafhankelijker te worden van anderen. Hier is ze trots op.

Casus 9.2 Deria

Deria komt op 23 oktober 1989 als vluchteling naar Nederland vanwege politieke problemen in Somalië. Hij bezat twee fabrieken en een groot aantal huizen, maar van al zijn bezittingen kon hij niets meenemen. Hij komt in januari 1990 in Den Bosch wonen en wordt patiënt bij Samen Beter. Deria doet op dit moment veel vrijwilligerswerk voor Samen Beter. Zo zit hij in de patiëntenraad en werkt met allochtone groepen. Daarnaast is hij vrijwilliger voor vluchtelingenwerk en doet veel voor de vluchtelingen uit zijn vaderland. In 1994 richt hij een stichting op voor vluchtelingen uit zijn land en hij leidt deze organisatie tot 2001. Nu doet iemand anders dat.

Deria raakte betrokken bij het werk van Samen Beter omdat hij snel zag, dat er veel communicatieproblemen waren tussen de staf van Samen Beter en buitenlandse patiënten. Ook was er geen vertrouwen. Deria trad op als tolk voor de Arabischtalige patiënten en ging met ze mee voor morele steun. Gaandeweg gaat hij steeds meer vrijwilligerswerk doen bij Samen Beter. De eerste personen waar Deria bij Samen Beter contact mee had, waren de doktoren en de assistentes. Deze contacten hebben veel voor Deria betekend. Hij krijgt veel steun van de doktoren bij Samen Beter. Dankzij Samen Beter is hij wegwijsgeworden in de Nederlandse samenleving en kreeg daarover veel informatie. Zijn leven is veranderd. In de jaren dat hij bij Samen Beter werkte, heeft hij veel dingen gezien. Door met de mensen in Nederland te werken, heeft hij meer begrip voor ze gekregen. Hij heeft mensen leren vertrouwen en de goede kanten van de Nederlandse samenleving leren

waarderen. Ook heeft hij geleerd zijn vooroordelen aan de kant te zetten. Bovendien kan hij door zijn landgenoten te helpen zijn problemen vergeten.

Deria heeft een sterke drang om zijn leven in eigen hand te nemen; ook al zijn de in Nederland heersende waarden en normen anders en is zijn situatie niet gemakkelijk. Hij gaat in discussie over de betekenis van ziekte en gezondheid in zijn en de Nederlandse cultuur. Op deze manier maakt hij zich de Nederlandse opvattingen eigen en oefent invloed uit op de werkwijze binnen Samen Beter. Zijn relatie met de artsen van het gezondheidscentrum vindt hij belangrijk. Hij heeft een brede opvatting over gezondheid en gaat uit van een samenhang tussen lichaam, geest en omgeving. Morele steun geven aan zijn landgenoten beschouwt hij als een belangrijke taak.

Casus 9.3 Fien

Fiens man is chauffeur geweest en zij hield het gezin vaak alleen draaiende. Op een gegeven moment wordt haar man ziek, waardoor hij de hele dag thuis is en dat is een grote verandering. Hij is afhankelijk van haar en dat gaat niet goed. Ze blijft in die tijd zwemles geven, zodat ze af en toe thuis weg is. Fien staat bij Samen Beter onder controle voor haar hoge bloeddruk en heeft dan contact met de assistente. Aan haar vertelt zij hoe zwaar de zorg voor haar man is. Op een gegeven moment staat de preventiewerker van Samen Beter bij haar op de stoep. Ze denkt, dat zij voor haar man komt, maar dat is niet zo. De preventiewerker vertelt dat ze een groep gaat starten voor mantelzorgers zoals Fien.

Fien is inmiddels al vele jaren weduwe. Na het overlijden van haar man valt ze in een gat en ondervindt steun van de mensen van de mantelzorggroep. Na ongeveer anderhalf jaar belt ze de preventiewerker, omdat ze vrijwilligerswerk wil gaan doen. Dankzij haar komt ze terecht op de documentatieafdeling van Samen Beter en gaandeweg gaat ze invallen als gastvrouw. Daarna doet ze mee aan lotgenotencontact voor mantelzorgers. Ze is weliswaar zelf geen mantelzorger meer, maar wel ervaringsdeskundige. Ze vertelt haar verhaal op een aantal congressen. Dat is een hele ervaring. Het is heel spannend; ze is zenuwachtig en haar handen trillen als ze de microfoon pakt. Maar ze zegt tegen zichzelf: 'Fien, je moet rustig blijven', en het gaat allemaal goed. Maar ze wil niet te vaak over haar ervaringen praten; het roept herinneringen op. Sinds 2000 zit ze als afgevaardigde van de vrijwilligers in het bestuur van Samen Beter. Ze leert daar erg veel. Vroeger was er niet zoveel kans om iets te leren. Tegenwoordig gaat ze wel eens naar vergaderingen van het RP/CP (Regionale Patiënten/Cliënten Platform) en is ze twee dagen gastvrouw

bij Samen Beter.

Fien heeft reuma. Ze heeft geleerd dat, als je mondig bent, ze in het ziekenhuis minder snel over je heen walsen. Ze wil dat de dokter meer uitleg geeft over haar ziekte. Doordat ze op Samen Beter werkt, kan ze over veel dingen meepraten. Bij Samen Beter heeft ze geleerd met verschillende mensen om te gaan. Ze is een sociaal mens, en als je geeft, krijg je daar ook wat voor terug. Ze zat altijd in haar eigen wereldje, maar daar is ze uitgestapt. Haar wereld is groter geworden, en mensen zeggen nu: 'Je bent ook nooit thuis'. Dat klopt, want ze geeft nog steeds zwemles en werkt voor de Zonnebloem. Fien heeft een gevuld leven en voelt zich, ook al woont ze alleen, niet echt alleen. Ze vindt het fijn dat ze bij Samen Beter haar gevoelens kan bespreken. Bij het lotgenotencontact heeft ze geleerd over haar gevoelens te praten en naar anderen te luisteren. Ze probeert anderen tot steun te zijn, maar vindt dat ze daar (nog) niet genoeg capaciteiten voor heeft.

Fien's focus ligt ondanks enkele lichamelijke klachten op het relationele. Uit haar verhaal blijkt dat de steun die ze ontvangen heeft belangrijk is om haar leven opnieuw ter hand te nemen na het overlijden van haar man. Zij wil deze ervaringen doorgeven aan anderen en iets betekenen voor andere wijkbewoners. Zij is door de ervaringen in groepen van Samen Beter sterker geworden, haar leven is rijker geworden en ze heeft ontdekt dat ze over kwaliteiten beschikt die ze tot dan toe niet kende.

Clarisse, Deria en Fien zoeken ieder een eigen weg in het omgaan met hun ziekte, problemen en gezondheid. Zij krijgen hierbij op verschillende manieren steun: medische ondersteuning, maar ook steun op psychisch en sociaal vlak. Zij kunnen een concrete activiteit ontplooiën en worden vrijwilliger (actor) in de wijk; dit proces draagt bij aan hun gezondheid. Het zijn geen kant-en-klaar programma's, die zij volgen. Hun 'genezingsproces' voltrekt zich op basis van een voor ieder unieke combinatie van elementen uit de gezondheidszorg, gezondheidsbevordering, sociaal werk en bovenal door de eigen inzet en intuïtie, die de ruimte krijgt. In hoofdstuk 11 over 'resultaten' wordt op deze voorbeelden terug gekomen.

9.5.3. Kennis over gezondheid en ziekte

De werkers in Den Bosch-Oost beschikken gezamenlijk over veel kennis van gezondheid en ziekte van wijkbewoners. In de ervaringen van de werkers is te horen dat er op basis van sociaal-economische situaties gezondheidsverschillen bestaan én dat mensen verschillend met gezondheid omgaan. Niet iedereen ziet hetzelfde en signalen worden niet allemaal op dezelfde manier geïnterpreteerd. In de historische reconstructie is te lezen dat in de loop der jaren aandacht is besteed aan uitwisseling van kennis en signalen. Zowel in het multidisciplinaire overleg van de beroepskrachten van Samen Beter, in overleggen van Hulpsector Oost én in wijkbijeenvakkomsten van Hulpsector Oost en Wijkplatform Oost. Door die uitwisseling

leren de werkers de wijk en de wijkbewoners beter kennen. Het betreft kennis van de gezondheidssituatie van wijkbewoners, maar ook kennis van waarden, normen, mogelijkheden en beperkingen van de wijkbewoners. Kennis die ontstaat op basis van communicatie over en weer met wijkbewoners. Deze kennis op basis van ervaringen wordt gekoppeld aan wetenschappelijke kennis. In deel I is uiteengezet, dat in Nederland de laatste jaren veel gegevens beschikbaar zijn gekomen over gezondheidsverschillen. Vele onderzoeken, opgezet vanuit de medische benadering van gezondheid, hebben inzicht geboden in het vóórkomen van gezondheidsverschillen en hoe deze gerelateerd zijn aan sociaal-economische omstandigheden. Deze onderzoeksgegevens bieden een objectieve onderbouwing van de ervaringen van de werkers. Op deze verschillende soorten kennis wordt in hoofdstuk 12 nader in gegaan.

Hebben de werkers van Den Bosch-Oost kennis over alle problemen en klachten van wijkbewoners? Waarschijnlijk niet. Er zullen problemen en klachten verborgen blijven, indien wijkbewoners deze niet kunnen of durven uiten. Ook ontstaan nieuwe klachten en problemen door veranderende omstandigheden of worden nieuwe ziekten via onderzoek ontdekt. Kennis over gezondheid en ziekte verandert en neemt toe. Wat de werkers met deze kennis doen wordt besproken in hoofdstuk 10.

9.5.4. De wijk en gezondheid

De relatie tussen de wijk en gezondheid is te zien in de wijze waarop wijkbewoners hun brede kijk op gezondheid praktisch invullen en hoe zij hiermee aan de slag gaan. In de interviews refereren vooral de vrijwilligers en I/Ders aan deze activiteiten.

De voorbeelden in paragraaf 9.5.2 zijn eveneens vanuit deze optiek te lezen. Die voorbeelden zijn beschreven vanuit de betekenis van de activiteiten voor de persoon zelf. De activiteiten kunnen ook bekeken worden vanuit de betekenis voor de andere wijkbewoners. In deze paragraaf werk ik drie andere voorbeelden uit.

Voor de reconstructie van casus 9.5 heb ik aanvullend op het materiaal van de interviews gebruikt gemaakt van informatie uit deel II.

Casus 9.4 Dorus en WAO-ers

Op zijn 37e heeft Dorus een zwaar auto-ongeluk gehad. Ze hebben diverse operaties uitgevoerd aan zijn benen. Hij kreeg twee keer een maagbloeding. Hij is hier ‘vier tot vijf jaar mee bezig geweest’. Hij had toen afgekeurd kunnen worden, maar dat wilde hij niet. Hij is na een paar jaar weer gaan werken. Hij heeft het in die periode moeilijk gehad en vertelt hoe hij zich thuis bezig moest houden (zijn vrouw ging werken om de uitkering aan te vullen) en zijn muziek miste. Hij vertelt over de steun van een vriend, die hem op zijn bed aan het werk zet om een trom te verven, zodat hij iets te doen heeft. Op een gegeven moment kan hij weer een beetje op krukken lopen. Hij richt -nog op krukken- met een paar vrienden een carnavalsmuziekgroep op, die in de Patio (buurthuis) oefent. Zijn vrouw verzint de naam: Patiokrukken. Over gezondheid zegt Dorus: als ik iets ga doen, dan vergeet ik de pijn. Het bezig kunnen zijn samen met anderen is belangrijk. Als hij op bed moet liggen, dan is hij ziek. Hij voelt zich ziek als hij belemmerd wordt in zijn activiteiten. Na een poosje aan het werk te zijn geweest, gaat zijn gezondheid achteruit en komt hij weer thuis te zitten. Omdat hij graag timmert, zet hij samen met een paar WAO-ers in een buurthuis een timmerwerkplaats op. Hierbij krijgt hij steun van het opbouwwerk, die zonder veel gedoe ruimte regelen en behulpzaam zijn bij de aanschaf van het gereedschap. Dorus is actief betrokken bij diverse wijkactiviteiten; aan vergaderen heeft hij echter een broertje dood. In de hoogtijdagen wordt de timmerwerkplaats door vele wijkbewoners bezocht. Het is een plek die vele jaren fungeert als een ontmoetingspunt voor mannen. De formule is enkele jaren geleden aangepast. Nu komen er mensen met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap; een contact dat tot stand gekomen is via Hulpsector Oost en met steun van het opbouwwerk. Ook zijn er contacten met de opvang psychiatrie. Omdat beide groepen elkaar ontmoeten in het buurthuis is ontstaan het idee ontstaan een keer per week samen te eten. De mensen van het Trefpunt Oost koken. De doelgroep van de timmerwerkplaats is veranderd. Dorus vindt het fijn om zich voor zorgbehoeftigen in te zetten, iets voor hen te betekenen. Hij steekt echter niet onder stoelen en banken dat hij het ‘buurten’ dat er vroeger bij hoorde, erg mist.

Dorus vindt bezig zijn en contacten hebben met anderen belangrijk; voor zichzelf, maar tevens voor anderen in de wijk. In bovenstaand voorbeeld wijzigt de doelgroep in de loop van de tijd en benut Dorus bestaande wijkactiviteiten om mensen met een lichamelijke en verstandelijke handicap op te vangen. Dorus draagt als wijkbewoner bij aan de gezondheid van andere wijkbewoners.

Casus 9.5 Jeanne, Theresa en psychiatrische wijkbewoners

Trefpunt Oost is ‘een dagopvang en integratieproject voor chronisch psychiatrische mensen in de wijk Den Bosch-Oost’, dat ontstaan is in deze wijk. Halverwege de jaren tachtig komen 44 bewoners van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis in Den Bosch-Oost wonen. Rond diezelfde tijd betreft een viertal bewoners vanuit een begeleid wonen project van Humanitas een huis in de wijk. Medewerkers van de betrokken instellingen overleggen met beroepskrachten en vrijwilligers op een Hulpsector Oost bijeenkomst hoe om te gaan met de integratie van deze nieuwe bewoners. Hierover worden een aantal afspraken gemaakt. Jeanne, de buurvrouw van het begeleid-wonen-project en een vriendin beginnen direct met een creatieve ochtend in een van de buurthuizen, waarvoor ze de nieuwe wijkbewoners uitnodigen. Ze krijgen hierbij steun van het maatschappelijk werk van het gezondheidscentrum, van het opbouwwerk en van de GGZ. Die ochtend wordt een succes en geïnspireerd door een voorbeeld uit Amsterdam groeit die ene ochtend uit tot een dagopvang in het buurthuis. Ex-psychiatrische bewoners komen voor een kop koffie en een praatje, maar doen ook mee aan kaarten, biljarten, fitness, country linedancing, yoga, computerles, creatieve activiteiten en timmeren. Sommige bezoekers gaan als vrijwilliger meewerken bij andere wijkinitiatieven en een enkeling stroomt door naar een begeleide werkplek.

Er komen meer begeleide woonvormen in de wijk en de potentiële bezoekersgroep groeit. Trefpunt Oost wordt draaiende gehouden door wijkbewoners met daarom heen een cirkel van beroepskrachten uit de wijk en GGZ. Jeanne en Theresa hebben van hun vrijwilligerstaak een additionele werkplek gemaakt. Jeanne is inmiddels gepensioneerd en werkt nu weer als vrijwilliger bij Trefpunt Oost. Zij hebben door de jaren heen steeds opnieuw andere wijkbewoners als vrijwilliger betrokken bij het initiatief. De dagopvang hoort bij ‘Oost’ en de bezoekers van het Trefpunt Oost hebben een niet meer weg te denken plek gekregen in de wijk.

Jeanne en Theresa hebben oog voor de gezondheid of een gebrek aan gezondheid van andere wijkbewoners en zetten zich daarvoor op een praktische manier in. Zij organiseren praktische activiteiten in een buurthuis en bieden hiermee een dagbesteding en de mogelijkheid tot contact. Ze spelen in op de potenties van deze kwetsbare wijkbewoners en motiveren hen om zich eveneens via vrijwillige activiteiten in de wijk in te zetten.

Casus 9.6 Paul en kinderen in de wijk

Paul is 38 jaar en heeft 5 kinderen. Hij werkt als vrijwilliger bij het dierenpark Oosterhoeve van de Oosterplas en organiseert allerlei activiteiten voor kinderen. Hij betreft ouderen als vrijwilliger en die leren de kinderen tuinieren en dieren verzorgen. Hij vangt psychiatrische patiënten op die meehelpen en regelt vervoer voor zorgbehoeftige ouderen uit het verpleeghuis. Paul werkte bij de vakbond, maar heeft een jaar geleden zijn baan opgezegd en heeft via een tijdelijk betaalde functie vanuit een basisschool en een provinciaal gesubsidieerd project zijn activiteiten voor kinderen in de wijk uitgebreid. Bij de realisering hiervan ondervond hij steun van de directeur van de basisschool. Via het provinciale project begeleidt hij probleemjongeren uit de wijk van 14 en 15 jaar die op een aparte middag activiteiten doen bij de Oosterhoeve. Bij de basisschool werkt hij met kleine groepjes kinderen een dag per week aan een idee van de kinderen zelf. Het idee van de kinderen moet aan twee voorwaarden voldoen: ze moeten zelf denken dat het nuttig is voor de wijk en de wijkbewoners moeten het een goed idee vinden. Paul is ondersteunend op de achtergrond, maar wil dat de kinderen op deze manier leren dat hun omgeving ‘maakbaar’ is. Hij plaatst zijn activiteiten in relatie tot werken aan gezondheid in de wijk. Kinderen krijgen van ouders en omgeving de boodschap mee: dat lukt allemaal toch niet. Hij probeert hen te laten ervaren dat door eigen inzet dingen wel lukken. Hij vindt dat de drive van de kinderen in achterstandswijken om iets aan te pakken veel groter is. Hoe groter de achterstand hoe groter de gemotiveerdheid van de kinderen om hun omgeving aan te pakken.

Paul kiest voor de opzet van wijkactiviteiten voor kinderen om aan een kindvriendelijke omgeving te werken voor zijn eigen kinderen en de kinderen van andere wijkbewoners. Hij stimuleert en motiveert kinderen om aan hun wensen en ideeën zelf vorm te geven en zo te ervaren dat je veranderingen kunt bewerkstelligen. Hij onderhoudt contacten met de beroepskrachten via Hulpsector Oost en met de wijkbewoners via het Wijkplatform Oost. Hij voelt zich geïnspireerd door de verhalen over het opbouwwerk in de wijk Den Bosch-Oost in de jaren zeventig en tachtig.

Dorus, Jeanne, Theresa en Paul werken aan de eigen gezondheid via een wijkactiviteit, waarin zij erkenning en zingeving ervaren en waarin zij tegelijkertijd werken aan de verbetering van gezondheid van hun medewijkbewoners. Zij hebben gekozen voor deze activiteit op basis van kennis over de wijk en omdat zij zich daarvoor willen inzetten. Ze spelen in op de potenties van kwetsbare groepen wijkbewoners en bieden hen de ruimte om zich in de wijk te ontplooiën. Zij werken aan een activiteit die er volgens Kunneman in morele zin toe doet.

9.6. Conclusie

Alle respondenten hanteren een brede gezondheidsdefinitie. In deel II is beschreven, dat de inzet van de beroepskrachten van het gezondheidscentrum in de loop der jaren functioneler geworden is en dat zij zich meer en meer richten op de medische en leefstijlbenadering. De oriëntatie op de sociale omgevingsbenadering wordt dunner. De wijk is voortaan het werkgebied en minder de gemeenschap waarmee zij zich verbinden. Het welzijnswerk verdwijnt in de jaren negentig als belangrijke speler in de wijk. Vanuit Hulpsector Oost blijft de samenwerking van beroepskrachten onderling en de samenwerking met de wijkorganisaties bestaan.

Uit de analyses van de interviews blijkt dat op individueel niveau de brede gezondheidsdefinitie bij iedereen wel aanwezig is. Iedereen legt verschillende accenten, maar betreft lichamelijke, psychische en sociale aspecten in de definitie. Kijkend naar het totaal is er sprake van een integrale gezondheidsbenadering. Er is 'levende' kennis over de gezondheid van de wijkbewoners; kennis van ziekteklachten, problemen én van waarden, normen, mogelijkheden en beperkingen van de wijkbewoners. Het gaat om kennis die voortkomt uit een praktijk waaraan zij zich voor langere tijd verbinden.

In de verhalen van de vrijwilligers is te zien, dat zij deze kennis gebruiken bij de organisatie van gezondheidsactiviteiten. Het zijn deze activiteiten die wijkbewoners de mogelijkheid bieden om langs verschillende wegen te werken aan een verbetering van hun eigen gezondheid en die van medebewoners. Het gegeven dat wijkbewoners een concrete activiteit kunnen ontplooiën en vrijwilliger (actor) worden in de wijk draagt bij aan de gezondheid. Het zijn geen kant-en-klare programma's, die zij volgen. Het 'genezingsproces' voltrekt zich door op een eigen wijze gebruik te maken van elementen uit de gezondheidszorg, gezondheidsbevordering, sociaal werk, maar bovenal door de eigen inzet en intuïtie, die de ruimte krijgt. Door te werken aan de eigen gezondheid via een wijkactiviteit ervaren zij erkenning en zingeving en tegelijkertijd werken zij via deze activiteiten aan de verbetering van gezondheid van hun medewijkbewoners. Ze hebben oog voor de potenties van kwetsbare groepen wijkbewoners en bieden hen de ruimte om zich in de wijk te ontplooiën.

De conclusie van dit hoofdstuk lijkt in tegenspraak met de conclusie in deel II. Lijkt, want de conclusie in deel II is getrokken op basis van een beschrijving van de institutionele ontwikkeling van het gezondheidscentrum als een organisatie voor eerstelijnszorg. Een beschrijving van de ontwikkeling van het welzijnswerk tot een stedelijk professionele instelling en van een GGD die vanuit een regionale organisatie probeert aan te sluiten bij Hulpsector Oost. Deze ontwikkelingen zijn beïnvloed door het beleid binnen de gescheiden domeinen van de gezondheidszorg, gezondheidsbevordering en sociaal werk.

Uit de interviews blijkt dat de werkers zich aan die gescheiden domeinen in het denken over gezondheid kunnen onttrekken. De multidisciplinaire setting waarin zij werken, biedt hen blijvend de mogelijkheid om gezondheid op een integrale manier te beschouwen. De beroepskrachten beperken zich in de uitoefening van hun activiteiten wel voornamelijk tot

hun eigen domein, maar in hun denken niet.

Het zijn de vrijwilligers die vanuit een persoonlijke ervaring en motivatie vorm geven aan geïntegreerde gezondheidsactiviteiten. Door de jaren heen zijn vele aspecten van gezondheid besproken in thema-avonden en groepsbijeenkomsten van Hulpsector Oost zoals beschreven in deel II. Deze kennis speelt een rol in de definities van gezondheid en in de waarnemingen van ontwikkelingen in de wijk die een relatie naar gezondheid hebben. Het totaal van de ervaringen, ontmoetingen en reflecties speelt door in hun gezondheidsdefinities.

10. DE WERKERS OVER DE WIJKAANPAK

“Wat ik zelf heel belangrijk vind voor wijkwerk [...] is dat je het vermogen hebt om vanuit het individuele naar het groepsmatige, naar het collectieve te gaan. [...] Of van het collectieve naar het groepsmatige naar het individuele. Die heen en weer gaande dynamiek, dat je die bevat, want anders kun je er niet in handelen en dan bereik je mogelijk minder dan wanneer je dat wel kunt.” (Annelies, B.4.4)

10.1. Inleiding

In de interviews benoemen de werkers uit Den Bosch-Oost wat zij belangrijk vinden in hun werk en in hun werkwijze. In de interviews is gevraagd naar hun alledaagse activiteiten. Opvallend vaak gebruiken vele werkers het woord ‘gewoon’. Het gaat om de voor hen gewone, alledaagse invulling van hun werk.

De elementen die de werkers noemen, zijn als volgt geordend: er is een indeling gemaakt naar activiteiten gericht op individuen, op groepen en op de bredere context van de wijk. Vervolgens is bekeken of deze activiteiten worden verricht vanuit de gezondheidszorg, gezondheidsbevordering en/of sociaal werk; of ze los van elkaar staan of elkaar raken en hoe. Deze invalshoek is beschreven in de eerste paragraaf. In de tweede paragraaf heb ik de uitkomst van de analyse naar gehanteerde strategieën beschreven en of de strategieën bij een bepaald domein horen.

Toch omvat deze ordening niet alles. Uit de verhalen van de werkers spreken nog andere zaken, die ik aan de hand van tekstgebonden coderingen naar boven heb gehaald en in drie groepen geclusterd. Het betreft basale kenmerken hoe de werkers contact maken; wat zij met hun inzet beogen en welke verlangens, welke waarden daaraan ten grondslag liggen; hoe zij samenwerken om hun doel te bereiken. In de drie volgende paragrafen bespreek ik deze clusters. In een laatste paragraaf zijn bovenstaande elementen gezamenlijk uitgewerkt in een casus: ‘De Stroom’.

In dit hoofdstuk zijn de activiteiten, strategieën, werkwijzen en attitudes van de werkers beschreven. Het hoofdstuk is een antwoord op de onderzoeksvraag: “Hoe werkt wijkgericht gezondheidswerk in de praktijk en wie doet wat?”

10.2. Een indeling van activiteiten

De werkers omschrijven werkzaamheden, die plaats vinden in individuele contacten of in groeps- en wijkgerichte activiteiten. De 3 (para)medische beroepskrachten hebben -zoals

verwacht- voornamelijk individuele contacten. Het grootste deel van de werkzaamheden van de beroepskrachten in het gezondheidscentrum bestaat uit individuele contacten. Patiënten bespreken hun klachten en problemen meestal in individuele contacten met hulpverleners; soms komt een (echt)paar of komen gezinsleden samen. De huisarts omschrijft zijn activiteiten binnen individuele contacten als volgt:

“Nou, ik vind het leuk om met mensen in een één-op-één- contact gewoon (...) dingen te verkennen; ook heel simpele dingen zoals een spuitje zetten of gewoon een abces open maken of (...) een wonderlijke tumor ontdekken of gewoon (...) medische dingetjes (...) en afen toe ook complexe problematiek. Gewoon, gewoon langzaam uitpluizen (...) en proberen het handen en voeten te geven.” (Bram, B.4.1)

In deel II hebben we gezien dat de beroepskrachten van het gezondheidscentrum in de beginperiode groeps- en wijkgerichte activiteiten verrichten. Na verloop van tijd concentreren de medische en paramedische beroepskrachten zich op de individuele contacten. In de verhalen van de respondenten is deze omslag te horen:

“Nou ik denk dat ik dat zicht voor een gedeelte ben kwijt geraakt, gewoon omdat (...) mijn werkzaamheden (...) als huisarts zo veel tijd kosten, dat ik daarmee het zicht op de kwaliteit van de wijk kwijt ben. De wijk komt als ware druppelsgewijs bij mij binnen. [...] Ik ben meer op de vierkante centimeter aan het werken dan [...] het wat grootschaliger naar dingen kijken.” (Bram, B.4.1)

Achter individueel ervaren problemen zien zij een maatschappelijke achtergrond. Een voorbeeld van een maatschappelijk werker:

“Nou, op mijn werk, op mijn werk ben ik veel individueel bezig natuurlijk. [...] Het individu is belangrijk, maar als iets (...) met meerderen te maken heeft, dan betekent dat, dat het maatschappelijke problemen zijn. Maatschappelijke problemen moet je niet alleen individueel aanpakken en het individu hiervoor verantwoordelijk stellen. Hier moet je naar bepaalde systemen kijken.” (Kaja, B.4.11)

In het gezondheidscentrum begeleiden maatschappelijk werk, fysiotherapie en een preventiewerker groepsactiviteiten. Maatschappelijk werkers en fysiotherapeuten werven mensen voor groepsactiviteiten vanuit hun individuele contacten; de groepsactiviteit is een vervolg op de individuele contacten. De preventiewerker binnen het gezondheidscentrum werft mensen voor groepsactiviteiten zoals ontspanningscursussen, slaapcursussen, stoppen-met-roken cursussen of afslankgroepen via de contacten van andere beroepskrachten in het gezondheidscentrum of via contacten in de wachtkamer van het gezondheidscentrum. Deze werving kost moeite zoals op te maken is uit de volgende opmerking van de preventiewerker verbonden aan het gezondheidscentrum:

“Ik merk dat de werving vaak gruwelijk moeilijk is. Zo moeilijk dat ik wel eens het idee heb van nou, als ik de groep er heb zitten dan is 75 procent van het werk eigenlijk al klaar. En dan gebeurt er in die groep van alles. De chemie van de mensen en het thema van de groep dat gaat dan aan de gang en dan zie je dat mensen steeds verbaasd zijn over wat ze zelf te zeggen hebben of wat ze aan belangstelling blijken te hebben of wat ze meenemen ervan of wat ze kunnen met andere mensen. [...] Zo van hé, dat kan ik en die verbazing die spreken mensen ook vaak met elkaar uit.” (Wilma, B.5.1)

Refererend aan het theoretische kader wordt hier een aansluiting gemaakt tussen de op het individu gerichte activiteiten vanuit de medische benadering en de groepsaanpak vanuit de leefstijlbenadering. Wilma benoemt het arbeidsintensieve traject om individuen te motiveren om deel te nemen aan een groep. Zij vindt deze inzet de moeite waard, omdat zij vervolgens ziet dat in de groepen veel gebeurt met mensen. De deelnemers ontdekken in de groepscontacten nieuwe kwaliteiten bij zichzelf.

De preventiewerker van de GGD werkt anders; zij zoekt haar ingang bij bestaande groepen in de wijk.

“Ik wil aansluiten bij groepjes die er al zijn. En de groepjes die er al zijn dat zijn heel vaak (...) groepjes bewoners al dan niet in combinatie met professionals. Hier in de wijk is echt een betrokkenheid van de bewoners en een belangstelling ook om er iets van te maken met elkaar. Om het leefbaar te houden en (...) ja ze staan ook open voor [...] signalen rondom gezondheid [...] Dat zouden misschien af en toe (...) wat meer kunnen, maar dat is dan weer mijn behoefte.” (July, B.4.12)

July zoekt aansluiting bij bestaande groepen in de wijk. Deze groepen zijn ontstaan vanuit de behoeften aan sociaal contact of voor educatieve en recreatieve activiteiten. July hoeft op deze manier minder energie te besteden aan de werving, maar vraagt zich af of ze voldoende ruimte kan creëren in de groepen voor haar gezondheidsboodschap:

“Nou je zit dan zelf wel eens te denken wat heeft dit nou (...) nog met wijkgezondheidswerk te maken weet je wel. Kan ik dit wel verantwoorden dat ik me hier mee bezig houd? Een dan moet je het altijd wat breder maken en dan kan dat wel. Ja, het houdt ergens op natuurlijk.” (July, B.4.12)

De beroepskrachten en I/Ders die werkzaam zijn in het opbouwwerk en in de buurthuizen organiseren vooral groepsactiviteiten. Binnen deze activiteiten besteden zij in mindere of meerdere mate aandacht aan individuele groepsdeelnemers. Zij komen in deze contacten als vanzelf in aanraking met gezondheid. Een opbouwwerker hierover:

“Als je het hebt over de gezondheidsitems [...] alles gaat over wat niet mag. Dus het is toch in die zin wat bevoogdend. Je mag niet roken, je mag niet te vet eten, je mag niet, je moet. Ik denk dat de boodschap beter binnenkomt, als je het gewoon (...) op een andere manier verpakt. En dan merk je ook dat het eerder aanslaat en dan moet je ook dicht bij huis blijven, bij de groepen zelf die je benadert. [...] Er zijn zo gauw verbanden te leggen naar gezondheid.” (Gwen, B.4.5)

Medisch/sociale en sociale beroepskrachten en I/Ders combineren individuele en groeps- en wijkgerichte activiteiten hoewel hun eerste insteek verschillend kan zijn. De coördinator van de kinderopvang:

“Op een gegeven moment, dat gebeurt wel eens vaker, dan komt een moeder het kind hier brengen en dan is er ook de moedergroep of de opvoedcursus [...] En nee, daar kunnen ze echt niet bij blijven, daar zijn ze te ziek voor. En dan zeg ik, kom toch gewoon een half uur naar die moedergroep, een kopje koffie drinken (...) en dan ga je gewoon weer lekker naar huis [...] je hoeft niks te zeggen, kom er gewoon gezellig bijzitten. En dan blijven ze vervolgens de hele ochtend. [...] Dan is het niet meer zwaar, dan kunnen ze dus ook gewoon er bij zijn. [...] Dus ik denk (...) als je per vrouw zou kunnen kijken wat die echt nodig heeft, ja, dan zou je wat gezondere vrouwen hebben hier in de wijk.” (Marijke, B.5.4)

Zij maakt de opstap voor de vrouwen gemakkelijk om aan een groepsactiviteit deel te nemen.

Bij de vrijwilligers valt op dat de ‘zorgvrijwilligers’ voornamelijk een combinatie van individuele en groepsactiviteiten verrichten. Een vrijwilligster in het verzorgingshuis zegt hierover:

“Dat eetproject loopt. Ik doe de menu’s en ik doe de zon- en feestdagen. [...] Met de menu’s (...) komen wij bij alle mensen; ook bij degenen die weinig bezoek krijgen. [...] En dan ga ik terug en dan ga ik gezellig een babbeltje maken. Hoe is het eten geweest; daar begin ik meestal mee. En dan komt het gesprek wel los.” (Clara, B.6.5)

De ‘welzijnsvrijwilligers’ verrichten voornamelijk groeps- en wijkgerichte activiteiten. Toch is bij deze vrijwilligers ook te zien dat zij binnen deze groepsactiviteiten aandacht hebben voor zieke wijkbewoners:

“Ik heb een oudere man bij ons in het buurthuis, die komt bij ons kaarten. [...] Belt hij me op zegt hij; ik kan niet meer komen kaarten, want ik kan niet meer geven (kaarten uitdelen, MP) en ik kan mijn kaarten niet meer vasthouden. Ja, en ik heb net zolang geregeld dat die man toch komt en iemand geeft voor hem en hij heeft een houder waar hij zijn kaarten in kan zetten, maar hij moet komen. Want die moet een keer in de week buurten, dat vind ik dan weer, z’n eigen lekker voelen. Dat hij niet aan zijn ziekte zit te denken.” (Henk, B.6.13)

De activiteiten van de werkers zijn onder gebracht in een schema, dat een overzicht geeft van de soort activiteiten. De eerdere indeling van de werkers naar sector (medisch, medisch/sociaal en sociaal) staat in de eerste kolom, uitgesplitst naar beroepskrachten, I/Ders en vrijwilligers en is afgezet naar individugerichte, groep/wijkgerichte of gecombineerde activiteiten.

Tabel 10.1 Indeling activiteiten

		Individugerichte activiteiten	Groeps/wijkgerichte activiteiten	Gecombineerde activiteiten
Medisch	Beroeps	2		1
Medisch/sociaal	Beroeps			3
	I/Der	1	2	1
	Vrijwilliger			9
Sociaal	Beroeps		1	5
	I/Der		1	2
	Vrijwilliger		9	2
Totaal		3	13	23

De huisartsen (medische sector) en een van de preventiewerkers van gezondheidscentrum Samen Beter (medisch/sociaal) hebben enkel individuele contacten; in totaal 3 werkers. Groeps/wijkgerichte activiteiten worden uitgevoerd door twee I/Ders (sociaal/medische sector), een opbouwwerker (sociale sector), een buurthuiswerker (I/D en sociaal) en negen wel-

zijnsvrijwilligers; in totaal 13 werkers. Alle overige werkers, fysiotherapeut, maatschappelijk werkers, opbouwwerkers, zorgvrijwilligers, verrichten zowel op individuen als op groepen of de wijk gerichte activiteiten; in totaal 23 werkers. Bij de geïnterviewde werkers ligt het zwaartepunt bij de gecombineerde activiteiten.

Refererend aan het theoretische kader hebben de groeps- en wijkgerichte activiteiten hun basis in de leefstijl- en sociale omgevingsbenadering van gezondheid. De individuele focus hoort bij de medische benadering. Enkele beroepskrachten in het gezondheidscentrum en de GGD-preventiewerker maken doelgericht een aansluiting tussen de activiteiten die horen bij de verschillende gezondheidsbenaderingen. De sociale werkers en de vrijwilligers nemen de aandacht voor gezondheid niet specifiek, maar als onderdeel op in hun activiteiten. In het vorige hoofdstuk is beschreven hoe vrijwilligers vanuit hun beleving van en omgaan met gezondheid komen tot het opzetten van activiteiten. Ook daarin was de combinatie van individuele en groepscontacten te zien.

Het totaal van de activiteiten die de respondenten omschrijven bevat een mix van de medische, leefstijl en sociale omgevingsbenadering.

10.3. Een indeling van strategieën

De WHO-definitie van gezondheid impliceert dat de mens in relatie tot gezondheid subject is en dat gezondheid meer is dan de afwezigheid van ziekte. De oriëntatie op ziekte en gebrek kenmerkt de medische benadering van gezondheid, waarbij de mens vooral object is. In de interviews komt deze tegenstelling tussen subject/objectoriëntatie niet naar voren. De verschillen tussen de werkers liggen genuanceerder. Er is een verschil tussen het in eerste instantie oog hebben voor de beschadigde kant van mensen (de ziekte, de problemen, de klachten) en hoe zij hieronder lijden of voor de sterke kant van mensen, voor hun potenties. Alle mensen waar de werkers over spreken, beschikken over een beschadigde én een sterke kant. In het wijkgericht werken komen de werkers die twee kanten van wijkbewoners tegen. Wijkbewoners komen in aanraking met de gezondheidszorg vanuit hun beschadigde kant. Ze worden actief vanuit hun potenties, waarop ze aangesproken worden. In de bescherming van een spreekkamer of een individuele vertrouwensrelatie laten mensen hun beschadigde kant zien. In de wijk, in de groep, in relaties, in activiteiten kunnen zij hun sterke kant, hun potenties tonen.

Daarnaast is bij de werkers een verschil te constateren in de richting die ze kiezen om te werken aan oplossingen. De een is uitkomst- of actiegericht, op direct resultaat gericht. Zij spelen hierbij in op de directe vraag van wijkbewoners: het opheffen van pijn, van een klacht of probleem. Andere werkers leggen de nadruk op het proces van mensen zelf om aan de oplossing te werken. Zij passen zich aan bij het tempo van de wijkbewoners en werken naar een oplossing c.q. resultaat toe, op een manier die indirecter en diffuser is.

De oriëntatie op de ziekte, het probleem, het gebrek (op de deficiëntie) of op de potenties

en anderzijds de gerichtheid op een direct resultaat of op het proces worden in de volgende voorbeelden beschreven.

Een huisarts:

“Nou ja, de verwachtingen liggen vaak heel dicht bij het lijf, wat ze voelen. Ja, zo van ze hebben ergens last van en willen daarvan af of zijn daar ongerust over en willen daar uiteindelijk een mening over die goed uitpakt. Maar soms [...] ook zaken die heel vervelend voor de patiënt kunnen zijn.” (Bram, B.4.1)

Een opbouwwerker:

“Nou, wat ik zie als mijn taak als opbouwwerker is om [...] samen met bewoners op de bres te gaan staan, ze te motiveren en te stimuleren om wat bij hen speelt ook proberen te veranderen.” (Lex, B.4.10)

Een vrijwilliger:

“Die (bewoners van de GGZ-huizen) zijn heel lang echt gepest door de jongeren. Er waren zelfs jongeren die met bivakmutsen op 's avonds voor de ramen gingen staan en dan wist niemand wie het was. En dan kwam ik ze tegen en sprak ze daar op aan. Kom eens hier. Heb jij dat gedaan? Ja, dat heb ik gedaan. Ik zeg, die mensen zijn zichzelf kapot geschrokken [...] Met een doos bonbons naar die mensen toe, sorry dat we jullie hebben laten schrikken.” (Harry, B.6.14)

Deze huisarts, opbouwwerker en vrijwilliger zien een klacht, probleem of onrechtvaardigheid en ondernemen direct en gerichte actie om hieraan iets te doen. Patiënten en wijkbewoners spreken de huisarts en opbouwwerker op deze strategie aan; zij doen wat er van hen verwacht wordt. De vrijwilliger voldoet aan een algemener moreel appèl om in te grijpen bij het constateren van onrecht. De huisarts hanteert de strategie binnen een individueel hulpverleningscontact, de opbouwwerker bij groepen wijkbewoners en de vrijwilliger in zijn rol als verantwoordelijke wijkbewoner. In deze strategie combineren zij een deficiëntieoriëntatie en uitkomstgerichtheid.

Bij een andere groep werkers is een deficiëntieoriëntatie in combinatie met procesgerichtheid te zien. Bijvoorbeeld bij de fysiotherapeut:

“Ik denk dat dat juist een belangrijk deel van de behandeling is. (...) Dat je gewoon zo samen met mensen er achter komt wat speelt er mee en ook gewoon zoekt of probeert. Kun je daar zelf iets aan veranderen of (...) en wat denk je bijvoorbeeld (...) dus het is onderdeel van de behandeling. Ook dat lukt toch vaak wel (...) of het lukt mensen, patiënten vaak om daar toch kleine dingetjes in te veranderen als het inzicht er eenmaal is.” (Chris, B.4.2)

En bij een verpleegkundige die werkt met chronisch zieken:

“Een luisterend oor (...) heel belangrijk (...) niet eens zozeer het verplegen of wat dan ook (...) het is veel meer het praten, praten over wat hen bezig houdt en waar ze mee zitten en (...) dat je ze daarin ook een stukje op weg kan helpen, advies kunt geven en (...) dingen uitleggen. Maar ook over de hele regelgeving (...) hoe alles georganiseerd is binnen de gezondheidszorg (...) Daar hebben we het ook veel over. Dat is zo'n wirwar van regeltjes en dingen die mensen niet weten. [...] Chronisch zieken die toch blij zijn dat ze hun hart een keer kunnen luchten (...) Ook op een andere manier kunnen

praten dan dat ze met familieleden doen over hun ziekte, want dan willen ze niet altijd een zeur zijn.” (Helma, B.4.6)

Een opbouwwerker verwoordt deze strategie als volgt:

“Terwijl het binnen het Welzijnsproject Oost heel duidelijk was: Wie ben jij? Wat is jouw behoefte, wat is jouw nood, wat wil je? Waar wil je bij geholpen worden? Kan ik je er überhaupt bij helpen? En hoever komen we dan? Dan zien we wel hoever we komen. Ik denk dat (...) ik geleerd heb in die tijd en ook naderhand om veel bescheidener te worden. Om niet te denken van: nou als ik er maar bij betrokken word dan zullen we wel ‘s zorgen dat (...) Ik ben nog steeds erg oplossingsgericht bezig, dat zit gewoon in de aard van het beestje natuurlijk. Ik merk dat heel erg in het netwerk jeugdhulpverlening. Dan wil ik ook veel te snel en elke keer dan denk ik: nee, terug, terug naar waar de mensen zelf zijn en wat ze zelf aangeven. En willen ze het niet, dan willen ze het niet. En dat, dat moet je dan ook accepteren.” (Gwen, B.4.5)

Deze fysiotherapeut, verpleegkundige en opbouwwerker hebben een oriëntatie op de lichamelijke klacht, het gebrek, de nood van patiënten en wijkbewoners. Zij verwoorden hun aanpak echter in proces termen ‘zoeken en proberen, luisteren en een stukje op weg helpen’ en ‘dan zien we wel hoever we komen’. De uitkomst ligt niet vast, is diffuser; zij zijn gericht op het proces om ‘ergens’ te komen. Zij combineren een deficiëntieoriëntatie met een procesgerichtheid.

De oriëntatie op potenties gaat bij sommige werkers samen met een uitkomstgerichtheid, zoals bij deze vrijwilliger:

“Dat neem ik dus niet over van die kinderen (...) dat gaan bellen en contact leggen. Ik ben er bij en ik hoor het aan. Ik knijp soms mijn tenen bij elkaar als ik hoor dat kinderen voor de derde keer een afspraak met de wijkagent maken die dan na de derde keer nog niet komt [...] en dan is voor mij de neiging heel groot om die wijkagent te bellen zo van ja dit kan je toch niet maken, maar dat doe ik dus niet. Want dat wil (...) ik bij hen laten. Ik heb ook tegen hen gezegd wat vind je daar nou eigenlijk van (...) want ik wil wel dat het gevoel boven tafel komt. Ja, we vinden dat heel vervelend en die mijnheer komt zijn afspraken niet na, en dan zeg ik van wat zou je dan kunnen doen.” (Paul, B.6.16)

Deze strategie wordt gehanteerd door een aantal vrijwilligers. Het is een oriëntatie op datgene dat mensen kunnen, in zich hebben en waarop zij vertrouwen. Het gaat hierbij om praktische zaken gericht op een praktische uitkomst. Zij combineren een potentieoriëntatie met een uitkomstgerichtheid.

De potentieoriëntatie in combinatie met procesgerichtheid zien we bij weer een andere groep werkers. Bijvoorbeeld bij een maatschappelijk werker, die refereert aan haar beginjaren in Den Bosch-Oost, toen ze werkte bij het buurtmaatschappelijk werk:

“Ja, toen was er heel veel tijd voor contactopbouw, gewoon maar bij de mensen zijn, een praatje maken (...) spelen met een kind (...) de tijd nemen om hun verhaal aan te horen. Ik kan me nog een gezin herinneren waar eigenlijk steeds de hulpverlening kapot liep. En ik ben daar gewoon gaan zitten en maar luisteren en maar vragen en heel empathisch mensen eigenlijk helpen om hun verhaal te vertellen

[...] Ik weet die vrouw bracht toen op een gegeven moment een incestverhaal en toen zei ze dit heb ik nog nooit kunnen vertellen. Ik zei, hoe komt het dan dat je het nu wel vertelt. En toen zei ze (...) jij geeft mij ruimte om het op een bepaald moment te kunnen of durven vertellen, ik hoef dat van jou niet meteen te vertellen. Dat vraagt dus dat je lang bij iemand (...) mag zijn om iemand het vertrouwen te geven zodat het verteld kan worden. [...] op zich was dat ook een eerste stap eigenlijk om een heleboel andere problemen aan te kunnen gaan pakken.” (Annelies, B.4.4)

Een vrijwilliger omschrijft haar eigen proces: hoe zij na een postnatale depressie langzaam aan enkele vrijwillige activiteiten oppakt en daarna projectleider wordt van enkele wijkinitiatieven. Zij herkent dit traject bij andere vrijwilligers in de wijk:

*“Nou, dan noem ik mij zelf als voorbeeld, dat vind ik daar een goede van. Ja, er zijn zoveel verhalen van vrouwen uit de wijk. Er heeft ooit jaren geleden een leuk artikel in (...) *Zorg en Welzijn* gestaan over vrouwen die een hele carrière maken in de wijk Oost. En dan denk ik, nou dat is nou waar het om draait. Dat maakt (...) dat het gevoel van welbevinden hartstikke omhoog gaat.” (Sandra, B.6.6)*

Een andere vrijwilliger gebruikt deze strategie om waardevolle contacten te leggen tussen ouderen en kinderen in wijk:

“Bovendien en dat vind ik heel belangrijk. Die oude mensen hebben zoveel te geven aan kinderen. Er zitten hier veel boeren, daar kan ik nog zoveel van leren. Die zouden mee moeten kunnen gaan naar het dierenpark en de kinderen daar van alles vertellen van wat ze weten. En er zit hier ook een vrouw die heeft heel veel pleegkinderen gehad. Die weet hoe je met kinderen om moet gaan. Die vrouw kan zoveel betekenen voor de kinderen als ze eens mee zou gaan naar de Oosterplas.” (Ella, B.6.15)

Vooral de werkers behorend tot de sociale sector in Den Bosch-Oost hanteren deze strategie van potentieoriëntatie en procesgerichtheid. Ook in problematische situaties richten zij zich op de potenties, waarover mensen beschikken. Het proces is van lange duur, de uitkomst ongewis, de resultaten diffuser: uiteindelijk zetten zij een stap, soms komt een carrière op gang of leggen zij een betekenisvol contact.

De meeste werkers hebben een ‘hoofdstrategie’; bij sommigen is te zien dat zij al naar gelang de situatie wisselen van strategie. Bram, de huisarts, hanteert niet alleen de deficiëntie/uitkomst strategie zoals hierboven omschreven. In paragraaf 10.2 is een citaat van hem opgenomen waarin te lezen is dat hij bij complexe problematiek de deficiëntie/proces strategie hanteert. Iris, maatschappelijk werker, hanteert de potentie/proces strategie als hoofdstrategie, maar soms eveneens de deficiëntie/proces strategie:

“Een getraumatiseerde vrouw; zij heeft zoveel mee gemaakt. Echt optimaal zal het niet worden, ik denk dat ze altijd wel hulp nodig zal blijven hebben.” (Iris, B.4.8)

In het hier volgende overzicht zien we welke strategieën 37 respondenten als belangrijkste strategie benoemen; die zijn aangemerkt als hun hoofdstrategie. Van 2 vrijwilligers is niet aan te geven welke strategie zij hanteren; daarom is het totale aantal 37 in plaats van 39.

Tabel 10.2 Indeling strategieën

		Deficiëntie/ uitkomst strategie	Deficiëntie/ proces strategie	Potentie/ uitkomst strategie	Potentie/ proces strategie
Medisch	Beroeps	2	1		
Medisch/sociaal	Beroeps	1	2		
	I/Der	1			1
	Vrijwilliger	3	1	2	2
Sociaal	Beroeps	1	1		4
	I/Der	2			1
	Vrijwilliger	1	1	4	6
Totaal		11	6	6	14

In de vergelijking zijn er 20 potentieoriëntaties en 17 deficiëntieoriëntaties. De procesgerichtheid is 20 en de uitkomstgerichtheid is weer 17. Op basis hiervan mogen we concluderen dat er verdeeld over deze werkers van Den Bosch-Oost aandacht is voor de beschadigde én de sterke kant van wijkbewoners en dat in de strategieën aandacht is voor doelgerichte oplossingen én voor de langere processen van wijkbewoners. Op deze verdeling kom ik later terug.

Refererend aan het theoretische kader past de deficiëntie/uitkomst strategie bij de medische gezondheidsbenadering binnen de gezondheidszorg; ofwel de ziekte-zorg kant (ZZ) zoals gezondheidscentrum Venserpolder in Amsterdam deze benadering noemt. De deficiëntie/proces strategie past in de conservatieve leefstijlbenadering, waarin op basis van risicofactoren groepsmatig gewerkt wordt aan gedragsverandering. De potentie/uitkomst strategie is te herkennen in de nieuwe gezondheidsbevordering, die de leefstijlbenadering combineert met de sociale omgevingsbenadering. Er wordt gewerkt aan veranderingen op basis van de potenties van mensen zoals bij het gezond gedrag (GG) van gezondheidscentrum Venserpolder. De potentie/proces, maar ook de deficiëntie/proces strategie passen binnen de sociale omgevingsbenadering en het sociale domein, zoals in hoofdstuk 9 beschreven in de casussen van Clarisse, Deria en Fien.

De gerichtheid op uitkomsten past bij de verwachtingspatronen van wijkbewoners naar professionals. Bij een bezoek aan een huisarts of fysiotherapeut verwacht men pijn of een klacht snel kwijt te raken. In deze situaties is de deficiëntie/uitkomst strategie noodzakelijk en een logische keuze. De gerichtheid op directe resultaten past eveneens bij de managementcultuur van de laatste jaren, waarin directe en duidelijke resultaten verwacht worden van de inzet door professionals. De procesgerichtheid is het werk van de lange adem en resulteert in versterking van mensen zelf, wat soms een minder direct zichtbaar resultaat heeft. De

nadruk ligt op het proces van mensen zelf, het volgen van hun tempo, het werken naar een resultaat is indirect en diffuser. Voor deze benadering is in de huidige 'afrekencultuur' helaas weinig plek.

Bij sommige ervaren werkers is een combinatie te zien: zij winnen het vertrouwen van mensen door uitkomstgericht te werken. Vanuit het opgebouwde vertrouwen pakken ze dieperliggende problemen op een proceswijze aan en benutten daarbij de samenwerking met andere beroepskrachten en vrijwilligers in de wijk. Hoewel de laatste jaren voor de beroepskrachten druk is komen te staan op de tijd die ze kunnen besteden aan een hulpverlening en aan het proces om mensen een 'doorgaand plekje' te bieden zoals Annelies, maatschappelijk werker, het verwoordt:

"Nou er is natuurlijk zo veel weg bezuinigd [...] jeugdjongerenwerk beroepsmatig weg bezuinigd is. Er een hoop opbouwwerk weg bezuinigd is, dan denk ik ja, dan loop ik ook vast natuurlijk in een hulpverlening. En dan trek ik me ook terug in mijn kamertje met die ene persoon. En tegelijkertijd als er nieuwe werkers komen die, die wijkwaarde niet kennen dan zie je dat het in het kamertje gehouden wordt en geen betekenis gegeven wordt aan wat een wijk kan betekenen voor mensen. En dan doe je hulpverlening in tien keer en dan moet je dat afbouwen en dan vervolgens zitten ze na een half jaar weer bij je terug, omdat ze nergens een doorgaand plekje wordt gegeven." (Annelies, B.4.4)

Als een hulpverlening in tien keer afgebouwd moet worden, heeft dat tot gevolg dat sommige mensen niet goed geholpen zijn en weer terugkomen; indien ze terugkomen en niet teleurgesteld afhaken. Voor deze situaties is het een fout gekozen of opgelegde strategie.

Uit de interviews komt naar voren dat de werkers verschillende strategieën hanteren al naar gelang de situatie. Op wijkniveau komen eveneens alle strategieën voor. In Den Bosch-Oost is nooit een keuze gemaakt voor uitsluitend de ene of de andere strategie. Er is altijd aandacht geweest voor zowel de beschadigde kant van mensen én voor de sterke kant; een én-én keuze. In de casus over De Stroom in paragraaf 10.7 werk ik de strategieën praktisch uit en wordt de betekenis van de combinaties zichtbaar.

10.4. Contact maken

In de omschrijving van de werkwijze gebruiken de werkers vaak de woorden aansluiten, luisteren, volgen, begrijpen, vertrouwen en 'nabij zijn'. Het zijn proces termen die uitdrukken hoe de werkers contact maken. Uit de interviews spreekt een bewustzijn van wat bij contact maken van belang is. Bram (huisarts) zegt dat hij het belangrijk vindt om alle patiënten persoonlijk op te halen uit de wachtkamer en ze te begroeten met een handdruk ondanks de structureel ingeplande zes patiënten per uur. De vrijwilligers wijzen erop dat wijkbewoners gemakkelijker contact leggen, omdat zij hen kennen. Wijkbewoners ontmoeten hen als gastvrouw in de wachtkamer, als vrijwilliger bij de Zonnebloem of in het buurthuis, op straat of in de supermarkt en zij krijgen door die vele korte contacten een 'bekend en vertrouwd gezicht'. Die bekendheid en vertrouwdheid brengen met zich mee dat wijkbewoners gemak-

kelijk contact zoeken. De vrijwilligers leren omgaan met privacy, die daarbij noodzakelijk is. Een voorbeeld:

“Ja, dan belde ze op [...] en dan had ik ze een kwartier aan de telefoon gehad, van hartstikke bedankt dat je hebt willen luisteren. En dan zag ik ze een andere keer bij Samen Beter en dan keek ze me niet aan. En dan dacht ik ‘wat een rotwijf, heeft ze me gisteren zo lang aan de telefoon gehouden en nou zegt ze niks’. Maar later ging ik begrijpen, althans dat werd me dan ook wel een beetje uitgelegd, dat je daar nooit iets van mocht verwachten, dat ze zich schamen dat ze dat hele verhaal verteld hebben. En dan dacht ik naderhand ook weer van nou dat is best fijn dat ze je dat toevertrouwen, want ik zou het niet vertellen aan iemand die ik niet vertrouwde. Ik (...) heb er ook nooit over gepraat tegen andere mensen.” (Anna, B.6.1)

De fysiotherapeut beschrijft hoe hij contact legt met individuele patiënten tijdens de behandeling, hoe fysiek contact tot gesprekken leidt, hoe hij een sfeer creëert en bewust gespreks- onderwerpen kiest, die passen bij de wereld van de patiënt:

“Dat is zeg maar de basis, je raakt toch altijd mensen aan, zelfs als je oefent met mensen dan moet je toch nog altijd veel aanraken, bijsturen en (...) dat geeft toch altijd al snel een vertrouwde band met mensen. En bijna iedereen (...) bijna alle patiënten gaan makkelijker praten. [...] Ja, je past je toch altijd aan bij iemand. Iemand met een wat hogere opleiding benader je op dat niveau qua gespreksstof en onderwerpen en ook als je daar dingen uitlegt dan doe je dat ook in (...) wat moeilijkere termen. Nou bij iemand met wat mindere scholing doe je dat gelijk in wat eenvoudigere begrijpelijke taal. Ja, dat gaat als vanzelf, daar hoeft je niet over na te denken.” (Chris, B.4.2)

Vanuit een individueel contact weet de fysiotherapeut in de beslotenheid van zijn behandelkamer contact te maken en in zijn gespreksstof aan te sluiten bij de verschillende leefwerelden van groepen patiënten. Hij zegt dat hij hier ‘als vanzelf’ bij aansluit.

De leerkracht vertelt over huisbezoeken en hoe ze de thuissituatie van de kinderen en de familieleden leert kennen door uit de beslotenheid van de school te stappen. Het betekent ook dat ze in contact komt met werelden, die haar vreemd zijn en die ze soms afwijst:

“Maar vanuit het begin was het (...) omdat ik ook meegegroeid ben met de school, wisten mensen ook wie ik was, dus kon je vrij gemakkelijk op huisbezoek komen. Het was toen ook heel normaal dat je minstens een keer per jaar op huisbezoek ging bij alle mensen. (...) Op een of andere manier stonden mensen daar ook open voor. Want je kwam gewoon over de kinderen praten en niet meteen (...) klachten of vervelende dingen; je vertelde waar ze goed in waren, waar ze aardig in waren, wat ze nog moesten leren en waar we mee bezig waren. Dus (...) dat was nog de tijd dat je mee kon blijven eten en zo [...] Daarna hebben we ook een nieuwe groep leerkrachten gekregen die de zin daarvan veel minder inzagen, die het tijdrovend vonden, terwijl ik het altijd als een kleine investering met een grote opbrengst heb ervaren. Ja, die drie kwartier die je bij mensen bent geweest, heb je zo veel meer band, je kunt zo makkelijker even kort iets afspreken of kortsluiten dus dat heeft me altijd veel meerwaarde gegeven. [...] Bij allochtone mensen ging dat in het begin ook heel goed ja ik moest even wennen; bij de een moest je wel de schoenen uit doen en bij de ander weer niet. [...]

In het begin vond ik dat de huizen er aangekleder uitzagen met bankstellen en een tafel en wat stoelen en dat ik de laatste jaren in veel huizen ben geweest met plastic tafels, met een plastic plakkleedje

erover en gewoon een paar stoeltjes en (...) dat ik dacht van nou nee ik hoef hier ook niks te drinken. [...] De laatste jaren staat overal de televisie aan en wordt er ook heel raar naar je gekeken als je vraagt of die uit kan. Dat is bij allochtone mensen altijd een buitenlandse zender (...) ik heb daar ook wel eens stukjes film gezien, waarvan ik dacht 'oh Jezus ik wist niet eens dat dat bestond', zo vrouwonvriendelijk en (...) absoluut niet geschikt voor kinderen, maar het staat er dus wel de hele dag aan." (Floor, B.4.3)

Een aantal beroepskrachten vertelt over de wijze waarop zij de eerste keer contact maken met de wijk. Fietsend door de wijk alle wijkvoorzieningen aandoen en praatjes maken. Voor het opbouwwerk een gewone handelwijze, maar voor bijvoorbeeld maatschappelijk werk niet. De beroepskrachten die later aansluiten, zoals de preventiewerker van de GGD en de GGZ-medewerker, zeggen zich te verbazen over de vele activiteiten in de wijk en de vele onderlinge samenwerkingsrelaties. De GGZ-medewerker neemt de kennismaking met de wijk op in hun begeleiding van de bewoners:

"De laatste vier maanden zijn we bezig met een cursus wegwijzen. Dat is vanuit het project samenhangende zorg vanuit Samen Beter ontstaan. Die groep (...) die groep cursisten, want zo noemen we ze, daarmee hebben we een omgevingspel gedaan. We hebben eerst met hen geïnventariseerd wat er in de wijk is; op allerlei gebieden van gezondheidszorg tot (...) vrije tijd, winkels. Ja, alles wat je maar kunt bedenken wat je gebruikt in een wijk. Daarna hebben we (...) ook met die cursisten vragen daarover geformuleerd. (...) Hoe veel fitnesscentra zijn hier in de wijk te vinden of hoe kom je met de bus naar het station nou al dat soort vragen en (...) met een groot ganzenbord. We hebben gewoon een spel gespeeld en [...] daarin konden we zien hoe goed ze hun omgeving in beeld hadden." (Diana, B.4.9)

Deria vertelt over hoe hij en zijn Somalische landgenoten geïnvesteerd hebben in de contacten met de Nederlandse gezondheidszorgvoorzieningen en wat volgens hem daarin van belang is:

"Er waren in het begin problemen en onbegrip. Door de verschillende stijlen van de organisaties in Nederland. [...] Ik praatte toen met de directeur, met jou, over de problemen en jij begreep dat en toen zijn we met die groep begonnen. Al na 2 weken. En we spraken over de problemen die we met de dokters hadden. En het goede deel was dat we toen praatten met G. en M. M., de vrouwelijke dokter, die begreep de problemen van de vrouwen en G. die begreep de problemen die de mannen hadden. Later toen werkten we in een vrijwilligersgroep. Van verschillende buitenlanders. De migrantengroep. We hielpen het onbegrip weg door gesprekken met de dokters en de patiënten. We vertelden de dokters over de problemen van de migranten. Deze groep bemiddelde tussen de dokters en de buitenlandse patiënten, Somalische, Marokkaanse, Turkse, allerlei nationaliteiten. En we legden uit hoe de dokters moesten omgaan met buitenlandse mensen. [...] We vertaalden en we vertelden de dokters welke impact hun gedrag had op ons (...) hoe we ons daardoor voelden. [...] Samen Beter was het enige centrum waar de mensen vrijuit konden spreken, waar ze hun problemen konden uitdrukken en waar begrip was voor hun problemen. Wat de pijn is en wat de oorzaken van de pijn zijn. Het belangrijkste is vertrouwen (confidence). Kun je vertrouwen (trust) geven aan de patiënten. Ons probleem is, is dat je

niemand kunt vertrouwen in de oorlog. Geen dokter, geen politieman, geen leger. Dus het belangrijkste voor ons is vertrouwen. Het tweede is dat je zoveel gezien hebt. Mensen die gedood werden. Kinderen die daarbij waren. Die mensen kunnen 's nachts niet meer slapen. Dat is allemaal veroorzaakt door de oorlog. Je moest steeds van de ene plaats naar de andere. Trauma's, die veroorzaakt zijn door de oorlog. Daar komt de pijn van. De honger, de pijn, de gevangenis. Alles wat je mee maakt in de oorlog. Daar komt de pijn van en de dokter moet dat begrijpen.” (Deria, B.6.8)

Contact maken om mensen echt te begrijpen, om dichtbij hen te komen. Hierover is in de interviews veel gezegd. De maatschappelijk werkster omschrijft haar contact met een buitenlandse vrouw kort en krachtig als volgt:

“En elke keer zeg ik: maar wat er in jouw hart zit (...) je moet gewoon ontdekken wat je zelf wil. Op deze manier stukje voor stukje ga je haar eigen waarde (...) terug laten geven. Nee, niet geven, maar ontdekken.” (Kaja, B.4.11)

Een jonge mantelzorger die samen met zijn moeder zorgt voor zijn gehandicapte zussen en in de patiëntenraad van Samen Beter zit, formuleert wat hij van de hulpverleners verwacht als volgt:

“Dat je een deel van je zorgen, je hulp over kunt dragen aan mensen die daar voor zijn. Vaak speelt daar ook je subjectieve beleving in mee, van kan ik die persoon vertrouwen, het is toch een vertrouwelijk deel dat je dan meegeeft.” (Divikar, B.6.10)

Uit deze omschrijvingen spreekt dat kennis van de wijk en de leefwereld van de verschillende groepen patiënten en wijkbewoners belangrijk is om contact te maken. Dat er vaardigheden vereist zijn om aan te sluiten bij die leefwerelden én een attitude noodzakelijk is, die mensen een vertrouwd gevoel geeft, hen op hun gemak stelt, zich thuis laat voelen. In alle citaten duikt het woord ‘vertrouwen’ op. De werkers hechten veel waarde aan het gegeven dat er vertrouwen is in een hulpverleningsrelatie. Vooral in de contacten waar verschillende culturen een rol spelen, is goed contact leggen en vertrouwen opbouwen cruciaal.

10.5 Werkdoelen en verlangens

Wat beogen werkers met hun activiteiten, met hun strategieën? In management- en projecttaal wordt gesproken over beoogde werkdoelen zoals goede kwalitatieve zorg en direct bereikbare en toegankelijke zorg. In de historische reconstructie is beschreven dat Samen Beter langs diverse wegen werkt aan een verbetering van de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Sommige beroepskrachten noemen beleidsdoelen van hun instellingen. Maar op de vraag wat ze willen bereiken met hun werk en waar ze hun inspiratie vandaan halen, komen andere verhalen naar boven. Deze antwoorden raken onderliggende verlangens, onderliggende waarden. Deze omschrijvingen heb ik samengevat in de woorden mededogen, rechtvaardigheid, autonomie en ontplooiing en aan de hand van de volgende citaten beschreven. Het gaat bij sommige werkers om basale zaken: iets willen doen voor mensen die ziek zijn of

problemen hebben. Vanuit mededogen of liefde opkomen voor zieke mensen. Henk, Lina en Theresa verwoorden dit als volgt:

“Misschien leeft dat in mijn onderbewustzijn wel mee, maar daar heb ik eigenlijk nog nooit over nagedacht. Het moet geen maatschappij zijn met allemaal zieke mensen. [...] En het is natuurlijk gemakkelijk dat ik dat kan zeggen, want ik heb het zelf niet. En dat vind ik dan het moeilijkste; zelf zou ik al die problemen van al die mensen wel willen dragen, een dag of twee dagen, dat die mensen zich dan ook weer eens een keer lekker gezond en lekker gelukkig voelen.” (Henk, B.6.13)

En

“Ik had het gevoel dat die mensen van binnen net als ik heel eenzaam waren (...) wel hard schreeuwen maar niet gehoord worden. Ik schreeuwde dan wel niet zo hard maar ja (...) en ik vond ook, dat vind ik van iedereen, mensen hebben veel te vertellen. Ik ben altijd heel erg geïnteresseerd in mensen, (...) en niet speciaal een klasse (...) ik hou gewoon van mensen.” (Lina, B.6.9)

Theresa werkt al vele jaren vrijwillig (en later als I/Der) voor de bewoners van de GGZ-huizen. Ze merkt op dat de GGZ in de beginjaren alles bepaalt voor de bewoners. In die tijd is ze meerdere keren ervoor opgekomen, dat mensen zelf keuzes mogen maken. Nu is er een wisseling in beleid en daarover zegt ze het volgende:

“Ze mogen zelf beslissen. [...] Het valt van het ene uiterste in het andere uiterste en daar zijn mensen bij die kunnen dat gewoon niet, die moeten hulp blijven hebben; die vallen nou in een gat die verwaarlozen zich zelf en de verpleging staat (...) stond er bij en die keek ernaar en dat is iets daar kan ik niet tegen en daar blijf ik voor vechten.” (Theresa, B.5.2)

Bij enkele al lang in de wijk werkende beroepskrachten spreekt een sterk rechtvaardigheidsgevoel door in hun verhalen. Zij maken er een punt van dat Samen Beter hulp blijft verstrekken aan onverzekerde patiënten en aan vluchtelingen; ook al komt daar geen geld voor binnen. Of ze geven extra behandelingen, omdat mensen de financiële mogelijkheden niet hebben om te gaan sporten. Ze krijgen uitgebreidere trainingsprogramma's voor thuis en blijven langer in begeleiding bij de fysiotherapie.

Voor andere professionals ligt het realiseren van hun onderliggende verlangens moeilijker. Zij keren zich vanuit een rechtvaardigheidsgevoel tegen het beleid van hun instelling. Zoals Ella, die als vrijwilliger in het dierenpark werkt, maar beroepsmatig in het verzorgingshuis werkt:

“Ik werk in de in- en aanleunwoningen [...] als verzorgende. De mensen die daar wonen, kunnen nog heel veel zelf, fysiek dan. Ze zijn allemaal tussen de 80 en de 100. Het moeilijke is het sociale [...] dat is mijn taak niet, dat moeten familieleden doen. Maar ik krijg door mijn werk een emotionele band met deze mensen. Ik kom gewoon zo vaak bij hen, dat ik er betrokken bij raak, dat is toch normaal!? Je hebt gekozen om met oude mensen te werken en dan krijg je daar een band mee. Omdat ik zag dat ze nooit ergens naar toe kunnen, wilde ik ze meenemen naar de carnavalsoptocht en naar het dierenpark en zo (...) gewone dingen samen doen. En omdat dat niet in mijn werk past, dacht ik, ik ga hier maar vrijwilligerswerk doen. Maar ik mag dat niet met deze mensen doen, alleen met mensen van andere afdelingen, die ik niet ken. [...] Volgens het protocol mag je geen vrijwilligerswerk doen op de afdeling

waar je werkt. Daarvan raken bewoners en collega's in de war zeggen ze. Dan weten ze niet of ik iets doe als vrijwilliger of als betaalde kracht. Het hoofd zei tegen mij: als je meer voor deze mensen wilt betekenen, moet je maar meer gaan werken.” (Ella, B.6.15)

Ella verzint een list en vraagt haar man om als vrijwilliger deze mensen op te halen. Ook Gwen maakt soms een keuze die niet past binnen het beleid van haar instelling:

“Ik ben natuurlijk een beetje ongehoorzaam af en toe hè, eigenwijs hè, hoe noem je dat? Kijk, we moeten registreren, uiteraard, maar ik heb uren netwerk en wat ik daar in doe dat bepaal ik zelf. Het komt zelfs voor dat, dat ik bijvoorbeeld een mevrouw bezoek die absoluut niet naar het ouderenwerk wil; ze is 68. Maar die zit met zoveel zorgen dat ik daar een keer in de twee, drie maanden naar toe ga. Dat is voor haar net voldoende om overeind te blijven. [...] Als ik dat belangrijk vind dan doe ik dat gewoon. Klaar.” (Gwen, B.4.5)

Bij meerdere vrijwilligers speelt een sterk gevoel van autonomie en trots op het feit, dat men het in de wijk ‘zelf doet’. Enkele citaten, waarin zij dit gevoel uitdrukken:

- *“We doen het zelf in de wijk.”* (Paul, B.6.16)
- *“Buurtbewoners nemen zelf het initiatief. Stappen ergens op af en er ontstaat een interessante activiteit. We hebben eigenlijk helemaal niks, behalve onze wilskracht, onze wil.”* (Mohammed, B.6.18)
- *“Samen in de wijk voor elkaar opkomen is belangrijk. Het gevoel dat wijkbewoners hebben bij het zelf opbouwen van iets: mijn buurthuis, mijn kinderopvang, mijn gezondheidscentrum.”* (Henk, B.6.13)
- *“Oost is eigenzinnig. De grootstedelijke aanpak heeft geen wijkbinding. Het zijn instituten, waar mensen zich niet bij betrokken voelen.”* (Toon, B.6.2)
- *“We steken de koppen bij elkaar, bundelen de krachten en zetten de activiteiten zelf op.”* (Harry, B.6.14)
- *“We doen het zelf in de wijk: klein beginnen en toch veel bereiken.”* (Anneke, B.6.4)

Diverse werkers -beroepskrachten, I/Ders en vrijwilligers- refereren aan hun verlangen om te willen leren, te groeien, zich te ontplooiën en hiervoor de ruimte krijgen. De beroepskrachten bij Samen Beter geven aan hoe belangrijk het is dat ze de ruimte hebben om te experimenteren, te leren, te groeien in hun vak. De I/Ders en vrijwilligers voegen hieraan toe dat ze door de begeleiding, door de aandacht van andere vrijwilligers en beroepskrachten veel geleerd hebben, hun kwaliteiten ontdekken en via het vrijwilligerswerk invulling aan hun leven kunnen geven. Twee citaten als voorbeeld:

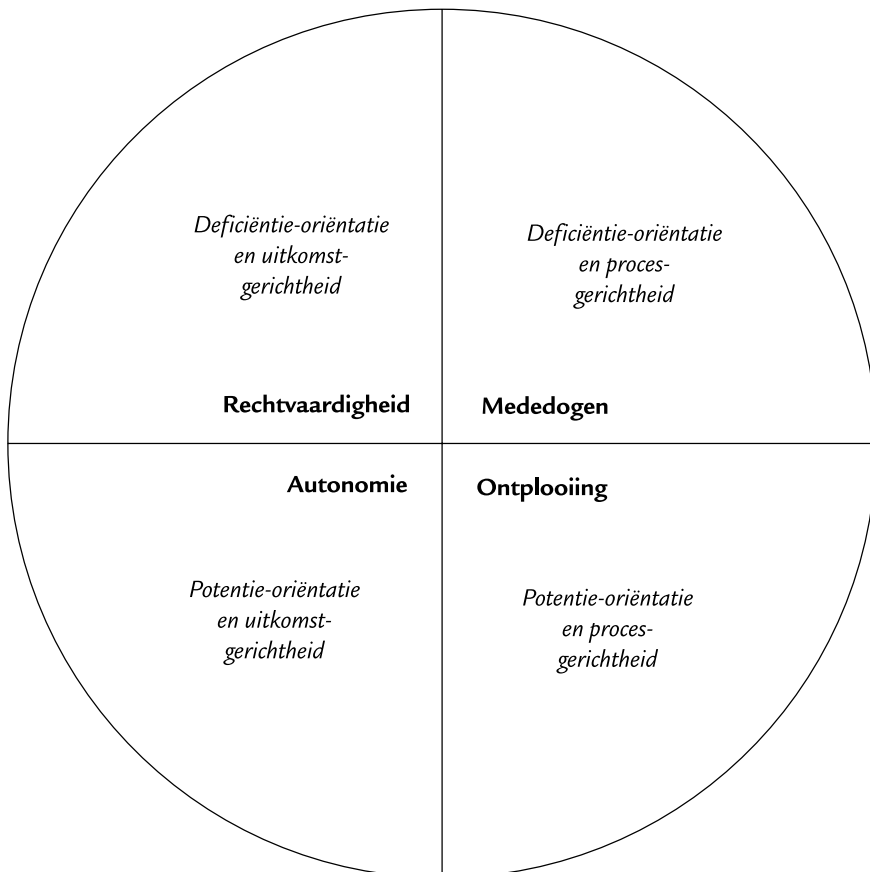
“Ik kom uit een gezin waarin nogal eens gemakkelijk werd gezegd, nou, probeer het maar niet, want het lukt je toch niet. Dus dat vond ik hier een enorme stimulans. Ik heb daar ook heel veel van opgestoken voor mezelf. En dat inspireert me wel om mee te denken en ik ontdekte ook daar mijn creativiteit [...] Dus mijn persoonlijke ontwikkeling (...) en mijn werkontwikkeling (...) die sloten heel mooi op elkaar aan. Daarom ben ik er ook zo lang gebleven denk ik, anders was ik waarschijnlijk al lang weggeweest.” (Wilma, B.5.1)

Loes, die in overleg met haar psychiater therapeutisch werkt bij Het Kruimeltje, zegt:

“Je doet iets wat je hartstikke leuk vindt (...) maar het is wel heel zwaar voor mij. Ik heb moeite met veel prikkels. Als het te druk wordt, dan word ik ook druk in mijn hoofd. Ja, en het zijn hier natuurlijk heel veel prikkels. Maar ik vind het zo leuk dat ik het ervoor over had. (...) Langzaam is dat steeds beter gegaan. [...] Ik kom hier graag naartoe. En, er is ook zo’n stukje zo van dat je mee kunt praten met mensen. Zo van, je zit op een verjaardag, kun je ook zeggen: nou, ik heb ook een leuke baan en (...) ik heb ook collega’s en ik heb ook (...) Want in die tijd dat ik niks deed, had ik ook heel weinig te melden natuurlijk hè. Ja, je gaat niet zitten praten van (...) ik zit in dagbehandeling en we zijn daar mee bezig. Ja, met goede vrienden misschien wel, maar niet zomaar op een verjaardag.” (Loes, B.6.21)

Door de waarden van de respondenten in de analyses te vergelijken met hun hoofdstrategieën komt naar voren dat mededogen, rechtvaardigheid, autonomie en ontplooiing als volgt bij hun strategieën passen:

Tabel 10.3 Indeling strategieën en waardeoriëntaties



Zoals eerder betoogd komen de strategieën naast elkaar voor in de wijk en worden door sommige werkers al naar gelang een situatie ingezet. Dit geldt ook voor deze onderliggende waarden. Ze komen naast elkaar voor in de praktijk van het wijkgezondheidswerk van Den Bosch-Oost. In de casus van De Stroom ga ik hier nader op in.

10.6. Samenwerken

De werkers spreken op diverse manieren over samenwerking en benoemen verschillende niveaus van samenwerken:

- de samenwerking van de werker met de patiënt of wijkbewoner
- de samenwerking tussen professionals onderling
- de samenwerking tussen professionals en vrijwilligers
- de samenwerking tussen de verschillende sectoren/organisaties

Het gaat hierbij vooral om praktische samenwerking in uitvoeringspraktijken. Soms relateren zij deze aan de samenwerking tussen instellingen op beleidsniveau.

Deze niveaus komen overeen met het schema van Hulpsector Oost (zie figuren 6.1, 6.2 en 6.3) wat betreft de samenwerking van de laatste drie gedachtenstreepjes. De samenwerking van de werkers met de individuele patiënten en wijkbewoners is in dat schema niet terug te zien. De samenwerking op individueel niveau zagen we wel terugkomen in het schema van Bracht 'de community als een organisatie'. (zie figuur 3.3). Hij onderscheidt de niveaus 'individual', 'subsystem', 'inter-relationship', 'community' en 'extra-systemic'. Onduidelijk in zijn schema is dat hij 'community' als een apart niveau opneemt, terwijl hij de niveaus 'individual', 'subsystem' en 'inter-relationship' beschrijft als zijnde de community binnen het 'extra-systemic level'. Brachts schema omvat alle sectoren in een wijk, die samen de community vormen. Hulpsector Oost beperkt zich tot de insteek zorg, welzijn en educatie en omvat daarmee slechts een deel van alle relaties die er zijn in de wijk.

- *De samenwerking van de werker met de patiënt of wijkbewoner*

In de voorgaande paragrafen van dit hoofdstuk is in diverse citaten al iets gezegd over samenwerken van de werkers met de patiënt of wijkbewoner; samen iets uitpluizen, samen iets ontdekken, samen iets ontwikkelen, samen iets opzetten. In de historische reconstructie zagen we, dat vanuit het 'basisdenken' vanaf het begin gekozen is om samen met wijkbewoners activiteiten te ontwikkelen. In de doelstelling van Samen Beter komt het samenwerken terug: eerstelijnszorg door en voor wijkbewoners. Het 'samen doen' is onderwerp van discussie binnen Samen Beter en er is nagedacht over de inzet van professionele deskundigheid en ervaringsdeskundigheid.

Een aspect in deze samenwerking blijft tot nu toe enigszins onderbelicht en dat is duurzaamheid. Rond een bepaalde zorgactiviteit kunnen langdurige relaties ontstaan van waar-

uit nieuwe activiteiten of voorzieningen ontstaan. Over een dergelijk voorbeeld doet Anneke verslag:

“Vanuit Samen Beter kwam de verloskundige op mijn weg en die had het erover dat (...) niks aan zwangerschapsgym werd gedaan [...] Ik zei zou het niet mogelijk zijn om vanuit de werkgroep (van Samen Beter, MP) (...) zwangerschapsgym hier in de wijk op te zetten. Zij benadrukte vooral dat heel veel vrouwen het eigenlijk nodig hadden, maar dat haar ervaring ook was dat vrouwen gewoon niet de wijk uit gingen. [...] En toen heb ik samen met een andere ouder en met (...) fysiotherapeuten en met verloskundigen zwangerschapsgym opgezet, waarbij we benadrukten dat we het heel erg belangrijk vonden dat mannen erbij waren. En ja toen ik zeven maanden zwanger was, zijn we begonnen met de eerste groep (...) en dat heeft heel lang bestaan die vorm van zwangerschapsgym. [...] Daarna hebben wij een gymclubje opgericht en later ook nog kinderopvang in de wijk. Eigenlijk voortbordurend op wat nodig was. Ja, en dat ben ik me toen ook bewust geworden, dat het niet gaat om van bovenaf gedropte ideeën. Maar gewoon kijken wat is er en wat kan je ermee. Heel klein beginnen en dan (...) veel bereiken.” (Anneke, B.6.4)

Anneke geeft hiermee aan, dat op basis van stevige sociale contacten tussen deze jonge ouders meerdere voorzieningen zijn ontstaan. In eerste instantie met hulp van de verloskundige en fysiotherapeuten voor de zwangerschapsgym en later voor de kinderopvang met hulp van het opbouwwerk. Deze kinderopvang is het eerder genoemde Kruiemeltje. In dit voorbeeld, maar ook bij de opbouw van andere wijkactiviteiten, zorgen de vrijwilligers voor deze duurzaamheid.²⁵

- *De samenwerking tussen professionals onderling*

Over de waarde van de samenwerking tussen professionals onderling spreken alle werkers van Samen Beter zich uit. Op verschillende manieren:

“Belangrijk is gewoon een goed team, een leuk team en leuke mensen (...) dat blijft de basis en dat is gebleven. En de mix van disciplines [...] ik heb ook zoveel geleerd in de loop der jaren van andere disciplines bezig zien. [...] Dat zie je alleen als je daar vrij dicht bij zit zeg maar en dat zou ik ook missen.” (Chris, B.4.2)

En

“Als je met een probleem zit dat bijvoorbeeld zeer maatschappelijk gerelateerd is (...) je pakt de telefoon, je belt een van de maatschappelijk werkers (...) Voor mijn gevoel gaat er een veld van maatschappelijk werk open. Achter het maatschappelijk werk zit ook weer een heel eigen netwerk.” (Emiel, B.4.7)

En

“Omdat het voor die mensen zelf ook al een heel hoge drempel is om naar een maatschappelijk werker

²⁵ In het kader van duurzaamheid is te melden dat in 2003 12 beroepskrachten, 5 I/Ders en 24 vrijwilligers geïnterviewd zijn. In 2007 zijn van de destijds geïnterviewden nog 6 beroepskrachten, 4 I/Ders en 21 vrijwilligers werkzaam in de wijk.

te komen, om hulp te moeten vragen. Vaak hebben ze (...) een duwtje nodig. Ook vaak van een huisarts, veel verwijzingen komen ook van een huisarts. [...] Voor mij is belangrijk als ik bepaalde signalen hoor over bepaalde problemen [...] dat ik de zorg kan delen met andere mensen. [...] Het uitwisselen van signalen denk ik, dat je hoort van 'oh dat heeft daar en daar mee te maken', 'oh dat wist ik eigenlijk niet nou snap ik het.' (Iris, B.4.8)

Uit de interviews komt naar voren dat samenwerken plezierig is; dat het hebben van korte lijnen en directe contacten, het aanspreken van andere kennis en het gemakkelijk verwijzen van belang is. Naast deze persoonlijk getinte behoeften geven beroepskrachten aan, dat zij door samen te werken nieuwe manieren van eerstelijnszorg ontwikkelen. Vooral in de zorg voor chronische zieken en de zorg voor mensen met psychosociale en psychiatrische problemen.

De meeste vrijwilligers vermelden hun contacten met de huisartsen en de assistentes. Enkele vrijwilligers beoordelen de samenwerking binnen Samen Beter vanuit het patiëntenperspectief. Deze opmerkingen komen van de hoger opgeleide vrijwilligers, die actief zijn in de patiëntenraad:

"Als patiënt vond ik het fijn dat als ik (...) bij de huisarts kom en dat de huisarts dan zegt, nou we hebben ook maatschappelijk werk, die kunnen je verder helpen met andere dingen." (Divikar, B.6.10)

En

"Het leek mij gewoon goede zorg die ik daar kon halen omdat het een en ander gecombineerd werd en er werd bijvoorbeeld ook nagedacht over het voorschrijven van medicatie. Ik bedoel (...) slapeloosheid kun je afdoen met slaaptabletten voorschrijven of een slaapcursus. En ik zag meer in het aanbod van een slaapcursus. Ik had toen (...) ook al nog eens last van mijn rug en ik kreeg daar geen medicijnen voor, maar gewoon fysiotherapie. Ik bedoel, ik geloofde meer in die methode, dat was effectiever. [...] De multidisciplinaire samenwerking op Samen Beter, dat sprak mij aan." (Sandra, B.6.6)

- *De samenwerking tussen professionals en vrijwilligers*

Over deze samenwerking is in voorgaande paragrafen gesproken rond het opzetten van gezamenlijke activiteiten; over de steun die vrijwilligers kregen van beroepskrachten om de stap naar vrijwilligerswerk te zetten. Enkele vrijwilligers wijzen erop dat nieuwe beroepskrachten deze samenwerking niet (direct) oppakken. Het kost vaak tijd alvorens men de contacten heeft en in staat is om deze samenwerking aan te gaan:

"Ik heb er in de kerngroep maatschappelijk werk een aantal keren op gewezen, dit werkt dus niet. Als jullie niet (...) meewerken, ja dan zitten wij. Er zijn zoveel vrouwen die zoveel kunnen gebruiken en ik zeg van komen jullie gewoon eens een keer kijken, dan weet je waar je over praat met die vrouwen. En vorige week, ja hoor, kwam er een maatschappelijk werker met een klant. En ik denk hè hè, zo daar heb ik toch een paar jaar over gedaan." (Lina, B.6.9)

En

"Al die nieuwe beroepskrachten die werken niet meer mee in de wijk." (Jeanne, B.6.3)

Welzijnswerkers beschikken over ervaring en deskundigheid wat betreft de samenwerking met wijkbewoners; het is onderdeel van hun werkwijze:

“Door heel simpele dingen. Zorg dat je regelmatig je gezicht laat zien (...) Zorg dat als die vrijwilliger jou nodig heeft, dat je er bent (...) Maar laat ook heel duidelijk merken doordat zij zich als vrijwilliger inzetten, dat jij veel ander werk kunt doen.” (Clara, B.6.5)

- *De samenwerking tussen de verschillende sectoren*

De samenwerking tussen de verschillende sectoren wordt afgestemd in Hulpsector Oost. Hierover is veel gezegd; enkele samengevatte citaten:

- Het belang van de aanwezigheid van het opbouwwerk in de Hulpsector, zodat ook de hardere zaken in beeld zijn in de wijk, niet alleen de zorgkant. (Opbouwwerker)
- Het enorme netwerk in de wijk. Als je daardoor heen loopt, dan merk je hoe veel mensen en organisaties je kent en dat je op zo vele plekken binnen kunt lopen. (Opbouwwerker)
- Veel inzet van wijkbewoners/ouders, creatieve vakken, feesten van de verschillende culturen; door de samenwerking in de wijk konden we veel opzetten. (Leerkracht)
- Het gemak van het netwerk in de wijk: alle mogelijkheden goed kennen of de mensen kennen die je weer de informatie kunnen geven en waarnaar je kunt verwijzen. (Verpleegkundige en coördinator kinderopvang)
- Ideale voorzieningen om op aan te sluiten; ik leer op deze manier de wijk kennen; de aansluiting lukt alleen als je allemaal de stap zet. (GGZ)
- Het netwerk Hulpsector Oost, waarin alle lijntjes in de wijk gespannen worden; de samenwerking tussen instellingen en organisaties zonder je iets te willen toe eigenen. (Trefpunt Oost)
- De verschillende groepen in het buurthuis die samen dingen doen zoals het Trefpunt en de gehandicapten die samen een keer per week eten. (Buurthuis)
- Ik zit zo'n beetje de binnen-en-buiten-verbinding van Samen Beter te onderhouden. (Preventiewerker)
- Zo kun je integraal werken. (Cliëntenraad)
- Het netwerk is heel belangrijk: dingen in de buurt verbinden, van elkaar leren, niet alleen aan het eigenbelang denken. Een voortrekker is belangrijk om het netwerk bij elkaar te houden. Die moet binding hebben met de wijk. (Vrijwilliger buurthuis)

Het zijn overwegend positieve opmerkingen over Hulpsector Oost, waarbij opvalt dat het elkaar kennen, de directe contacten en de gezamenlijke activiteiten genoemd worden.

Er zijn twee afwijkende meningen; een van Paul, die sinds kort deelneemt aan het overleg. Hij zegt:

“Ik heb het pas enkele keren mee gemaakt; het is teveel alleen uitwisseling wat de instellingen aan het doen zijn. Er is geen of te weinig aanpakken van signalen uit de wijk en omzetten in een gezamenlijke activiteit. Hulpsector Oost heeft die potentie wel, maar ik heb het niet mee gemaakt.” (Paul, B.6.16)

Hij wijst op het gevaar van een interorganisatieel overleg. Namelijk dat het overleg ver-

zandt in enkel uitwisseling. Jeanne wijst op een ander gevaar: de vele nieuwe werkers in het gezondheidscentrum 'die niet meer meewerken in de wijk'. Zij weet dat de samenwerking er niet vanzelfsprekend is en niet ontstaat door alleen het overleg. De samenwerking is gegroeid op basis van gezamenlijke activiteiten, waarin jarenlang is geïnvesteerd.

- *De samenwerking tussen instellingen op beleidsniveau.*

In de historische reconstructie is beschreven dat Hulpsector Oost de samenwerking vastgelegd heeft in een convenant. Hiermee wordt de samenwerking ook beleidsmatig gedragen. Hulpsector Oost omvat samenwerking op uitvoerend en beleidsmatig niveau en is daardoor een belangrijk vehikel voor het wijkgezondheidswerk.

Als gezamenlijke activiteiten ontbreken, verzandt de samenwerking in overleg en afstemming tussen beroepskrachten van verschillende organisaties. In deel I bleek integrale samenwerking voornamelijk hieruit te bestaan; er werd geen link gelegd naar de wijk als gemeenschap, naar de samenwerking met vrijwilligers. Hierop wijzen Paul en Jeanne. De opbouwwerker noemt een ander gevaar. In het interview refereert hij aan de fragiele basis van Hulpsector Oost en stelt dat het netwerk vooral functioneert bij de gratie van de actieve deelname van de diverse werkers. Het niet goed regelen van de voorwaarden voor een dergelijke samenwerking vanuit de organisaties, betekent dat de samenwerking alleen bestaat op basis van de motivatie van de deelnemers. Hoe de samenwerking functioneert binnen Hulpsector Oost wordt nader uitgewerkt in de casus over De Stroom.

10.7. De Stroom als casus

“Als ik kijk naar De Stroom (...) ze zijn zich er zelf misschien niet zo van bewust, maar ik denk dat daar gezondheid een heel belangrijk aspect is. Luister maar naar de gesprekken die daar gaande zijn. Daar zit toch altijd (...) vooral geestelijke gezondheid dan misschien, maar dat is ook gezondheid.” (July, B.4.12)

In deze casus beschrijf ik hoe een zorgvoorziening, De Stroom, in de wijk vanuit de samenwerking tussen beroepskrachten en professionals ontstaat. Alle elementen van het wijkgezondheidswerk zoals in de voorgaande paragrafen uiteengezet, zijn terug te zien bij De Stroom. Meerdere wijkvoorzieningen zouden op een zelfde wijze te beschrijven zijn. Ik heb voor De Stroom gekozen, omdat er veel materiaal beschikbaar is en ook omdat meerdere respondenten in hun interview refereren aan De Stroom. Bovendien ontving De Stroom in 1999 een WHO-Award als beste 'community based' project van Nederland. De Stroom kan als voorbeeldproject van het wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost en daarbuiten beschouwd worden. Voor de reconstructie van deze beschrijving heb ik naast de interviews ook andere bronnen aanvullend op het materiaal van de interviews gebruikt. Hiernaar wordt verwezen.

10.7.1. Het ontstaan van De Stroom

De Stroom is ontstaan in de wijk Den Bosch-Oost uit een initiatief van wijkbewoonsters en hulpverleners. Zij willen de al aanwezige vrouwenactiviteiten en vrouwenhulpverlening in de wijk zodanig stroomlijnen en verder ontwikkelen dat het mogelijk is dat vrouwen met ernstige psychosociale of psychiatrische problematiek binnen de wijk voldoende steun en hulp krijgen. Enkele wijkbewoonsters en maatschappelijk werkers vormen in 1987 een werkgroep om dit plan uit te werken en krijgen steun van een provinciale instelling (PON). De directe aanleiding is een uitspraak van een van de wijkbewoonsters na een opname van een vriendin in de psychiatrie:

“We hebben zoveel voor vrouwen in de wijk; wat jammer dat we die opvang niet zelf kunnen bieden. Dan zou ze niet weg hoeven te gaan bij haar man en kindjes.” (Paes, 1991)

Het kost vervolgens vier jaar alvorens met een driejarige particuliere gift aan de slag gegaan kan worden. Daarna bekostigt de ziektekostenverzekeraar de coördinatiekosten gedurende 5 jaar. Hieraan verbindt de verzekeraar de eis, dat De Stroom de registratiesystematiek van de GGZ volgt. In de beginjaren van De Stroom wil men geen registratie bijhouden van de vrouwen, omdat de vrouwen dit als belastend en bedreigend ervaren. Onder druk van buitenaf en ter wille van het voortbestaan wordt deze registratie ingevoerd. De coördinator van De Stroom weet een manier te vinden hoe deze eis op een acceptabele manier in te passen is in De Stroom. Vanaf het jaar 2000 stelt de gemeente subsidie beschikbaar via een stedelijke instelling voor vrouwenopvang onder voorwaarde dat De Stroom de werkwijze invoert in andere wijken in de stad. Vanaf 2000 is deze stedelijke stichting de verantwoordelijke rechtspersoon voor De Stroom en stelt coördinatie-uren beschikbaar.

Tussen 1991 en 2000 ontwikkelt De Stroom zich succesvol. Steeds meer vrouwen nemen deel aan de integrale programma's, waarin ervaringsdeskundigen²⁶ (wijkbewoonsters) en verschillende instellingen samenwerken. Er is een grote praktische betrokkenheid vanuit de directie, het maatschappelijk werk, het preventiewerk en de gastmensen van gezondheidscentrum Samen Beter bij De Stroom. Na 2001 raakt De Stroom in de problemen, waarover verderop meer.

10.7.2. De activiteiten van De Stroom

De Stroom biedt via individuele programma's hulp op maat, die beroepskrachten en vrijwilligers c.q. ervaringsdeskundigen uitvoeren. De Stroom is bedoeld als een plek dicht bij het

²⁶ Ervaringsdeskundigen zijn vrouwen, die een probleem of moeilijke situatie in hun leven hebben leren overwinnen of hanteren en die vervolgens geleerd hebben hoe zij hun eigen ervaringen kunnen inzetten ten behoeve van andere vrouwen. Zij zijn geen professionele hulpverleners, maar kunnen op basis van hun verwerkte ervaringen de problemen bij andere vrouwen herkennen en vanuit deze herkenning steun bieden.

gewone leven De Stroom biedt verschillende mogelijkheden, waardoor nieuwe perspectieven in de hulpverlening ontstaan en nieuwe impulsen gegeven kunnen worden. Door samen te werken worden oplossingen gevonden voor zeer moeilijke situaties. Soms zetten vrouwen een nieuwe stap of behoedt het programma hen voor een verder wegzakken in hun problemen. Een individueel hulp-op-maat programma van De Stroom kan bestaan uit een of meer van de volgende onderdelen:

- *Ontmoeting, opvang en nazorg hoofdzakelijk door ervaringsdeskundigen*

Ervaringsdeskundigen en medewerkers van De Stroom en het welzijnswerk Divers organiseren en begeleiden inloopochtenden, vieringen en creativiteitsochtenden. De ervaringsdeskundigen nemen de inloopochtenden voor hun rekening. Kenmerkend voor de inloopochtend is de lage drempel; geen verplichtingen voor de bezoekers, zij kunnen incidenteel of met intervallen komen; zij kunnen gesprekken voeren, spelletjes doen of hun hart uit storten. Het bezoek van de inloopochtend is soms, maar niet altijd onderdeel van een hulp-op-maat programma.

“Ik kan mijn problemen niet bij mijn familie kwijt en dat kan ik wel bij De Stroom. De Stroom vervangt mijn familie. In mijn familie kunnen ze niet zwijgen. Ze hebben daar niet in de gaten wat ze mij aandoen.”

- *Begeleiding door beroepskrachten*

Maatschappelijk werkers en andere beroepskrachten van Samen Beter en GGZ bieden individuele begeleiding/behandeling en groepsbegeleiding en behandeling. De meeste vrouwen die een programma bij De Stroom volgen, hebben individuele begeleiding van een professionele hulpverlener. Soms is maatschappelijk werk de eerste ingang voor De Stroom, soms is bijvoorbeeld de inloopochtend de opstap voor professionele begeleiding.

“Via de inloopochtend ben ik in contact gekomen met maatschappelijk werk. Ik heb veel aan die gesprekken gehad. De maatschappelijk werkster hielp me mijn persoonlijkheid opkrikken. Ik voelde me zo mislukt in het leven. Zij heeft mij van dat gevoel af geholpen. Ondertussen bleef ik naar de inloopochtend gaan. Daar kon ik me zelf zijn. Ik had het gevoel dat ik heel goed begrepen werd en heb daar veel verdriet gedeeld.”

Voor vele vrouwen is deelname aan een groepsactiviteit een onderdeel van het hulp-op-maat programma. Sommige vrouwen nemen deel aan een steungroep of een creativiteitsgroep, anderen aan een ontspanningscursus of yogagroep op het gezondheidscentrum of aan een therapeutische groep begeleid door maatschappelijk werk. De professioneel begeleide groepen worden niet specifiek voor de vrouwen van De Stroom aangeboden. Het is een bestaand aanbod in de wijk waar vrouwen van De Stroom aan kunnen deelnemen. Op deze manier neemt De Stroom mogelijkheden tot hulp op in het programma, zodat De Stroom dit allemaal niet apart hoeft te organiseren. Tevens leren de vrouwen op deze manier andere vrou-

wen buiten De Stroom kennen:

“In het begin is het best moeilijk. Maar na een paar keer lukt het wel. Het is fijn als je kunt ontspannen. Het kan je helpen bij hyperventilatie of om van de medicijnen af te komen; van bepaalde pijnen die je hebt als je erg gespannen bent.”

- *Ondersteunende en praktische begeleiding door beroepskrachten en ervaringsdeskundigen*

Ervaringsdeskundigen, medewerkers van De Stroom en maatschappelijk werk bieden samen duo-hulpverlening, zelfhulp/steungroepen en ondersteuningstrajecten (onder andere zorg en werk) aan. Aansluitend op of in plaats van de contacten op de inloepochtenden maken ervaringsdeskundigen met sommige vrouwen afspraken voor individuele contacten. Dit is soms gekoppeld aan een contact over een gelijksoortige ervaring; bijvoorbeeld incest of mishandeling. Dan is er sprake van lotgenotencontact. Het kan ook zijn dat het niet gaat om een zelfde soort ervaring, maar om een tijdelijk maatje in het leven. Een beroepskracht en een ervaringsdeskundige nemen in deze duo-hulpverlening ieder een deel van de hulpverlening op zich. Zij maken hierover afspraken met de betreffende vrouw.

“De vrijwilligers hebben in hun eigen leven gelijke ervaringen gehad en dat was voor mij heel belangrijk. Ik heb veel vertrouwen in hen. Van een van hen heb ik het telefoonnummer. Ik heb het gelukkig nog nooit nodig gehad.”

- *Preventie en educatie door beroepskrachten en ervaringsdeskundigen*

Themabijeenkomsten en educatieve activiteiten zijn een gezamenlijke taak van de ervaringsdeskundigen, medewerkers van De Stroom en professionals en vrijwilligers van Hulpsector Oost

“Nadat ik al enige tijd op de inloepochtend kwam, ging ik meer en meer denken: wat jullie kunnen dat kan ik ook. Ik zag vrijwilligers die in dezelfde situatie gezeten hadden als ik en eruit gestapt waren. Zij waren zelfstandige en onafhankelijke vrouwen, die zich ontwikkelden. Ik stond stil en was jaloers. Maar meer en meer ging ik voelen: als ik echt wil, kan ik mijn situatie ook veranderen en dat zal ik dan zelf moeten doen.”

- *Afstemming en coördinatie van alle bovenstaande onderdelen door de coördinator*

Een hulp-op-maat programma wordt in overleg met de betreffende vrouw samengesteld en bestaat uit verschillende onderdelen. Deze programma's zijn bij uitstek geschikt voor vrouwen die met vele problemen tegelijk te maken hebben. De coördinator stelt het programma met de betreffende vrouw samen na overleg met een beroepskracht en een ervaringsdeskundige en volgt het verloop ervan op afstand. Het opzetten en begeleiden van een dergelijk programma vergt een goede kennis van de mogelijkheden in de wijk en van de 2e lijns gezondheidszorg.

“Vrijwilligers en professionals investeren veel tijd en energie in de hulp-op-maat programma’s. Maar als we dit niet zouden doen, zouden de betreffende vrouwen zeker opgenomen moeten worden. Door de samenwerking in het buurtnetwerk kan deze investering over meerdere mensen verdeeld worden.”

In het kader van een evaluatie in 2000 is een onderzoeksrapport verschenen; hierin is opgenomen dat het aantal vrouwen dat gebruik maakt van een alles omvattend hulp-op-maat programma tussen 1992 en 2000 groeit van 23 naar 47 op jaarbasis. Het aantal bezoeken aan inloopochtenden op jaarbasis stijgt van 160 naar 457. (LCO, 2000) Van de daarop volgende jaren zijn deze cijfers niet op deze wijze beschikbaar.

10.7.3. Werkwijze

De beschrijving van de verschillende onderdelen van het programma laat zich lezen als een behandelplan. Zo werkt het in de praktijk echter niet. Het hart van De Stroom vormen de inloopochtenden, waarin vrouwen uit de wijk de sfeer bepalen. De vrijwilligers, ervaringsdeskundigen, zijn voornamelijk vrouwen uit de wijk. Zij kennen de leefwereld van de bezoekers en horen daarbij. Als buitenstaander kan het moeilijk zijn om je daarbij thuis te voelen. Lina, die in eerste instantie als stagiaire bij De Stroom komt werken, heeft dit ervaren zo is te lezen in het volgende citaat:

“Hard getaald en ’s zomers en ’s winters een trainingspak aan en slippertjes en blote voeten en dan keek ik daarnaar en dan dacht ik ja zo. [...] Ja, dat klitte allemaal en dat kletste allemaal en dat buurtte allemaal en ik hoorde er helemaal niet bij.” (Lina, B.6.9)

Er gelden wel enkele regels tijdens de inloopochtenden. Een daarvan is ingesteld door de vrouwen die De Stroom mee opgericht hebben. Een regel vastgelegd op een bordje, dat bij binnenkomst in De Stroom direct opvalt. De tekst luidt: “Alles wat je hier hoort, mag niet doorverteld worden.” Het is een afspraak die de basis vormt voor de werkwijze en waarover elke keer weer met nieuwe bezoekers gesproken wordt. Een afspraak die de bezoekers op die manier elke keer weer opnieuw met elkaar maken.

Vanuit deze inloopochtenden worden bruggen geslagen naar andere onderdelen van het programma dat De Stroom te bieden heeft. Dat is geen verplichting; vrouwen kunnen ervoor kiezen alleen de inloopochtenden te bezoeken. Soms jarenlang. De omgeving van De Stroom, het contact met de andere vrouwen en de vrijwilligers, het contact met de beroepskrachten maakt het echter mogelijk dat de vrouwen wel stappen zetten naar andere onderdelen en op die manier hun wereld vergroten. De meest nabije stappen zijn deelnemen aan een creatieve groep of een steungroep begeleid door een vrijwilliger.

In De Stroom is een combinatie van strategieën te zien: vooral de potentie/proces strategie en deficiëntie/proces strategie. Maar ook de deficiëntie/uitkomst strategie, die in het verhaal van Clarisse beschreven is. Zij ontbeert contacten en door te leren fietsen kan ze gemakkelijker naar De Stroom. Het ontstaan van De Stroom als voorziening is te beschouwen als een potentie/uitkomst strategie van een groep wijkbewoonsters en beroepskrachten.

De strategieën worden zowel door vrijwilligers als door beroepskrachten gehanteerd. De

vrijwilligers krijgen persoonlijke begeleiding van de coördinator en volgen studiedagen en vergroten op die manier continu hun kennis en vaardigheden; zij worden op die manier ervaringsdeskundig. De vrijwilligers van De Stroom zijn soms bezoekers geweest of vrouwen die op een andere manier De Stroom via het netwerk in Den Bosch-Oost hebben leren kennen. De Stroom maakt zichtbaar over welke kwaliteiten vrouwen in de wijk beschikken. Deze vrouwen zijn een voorbeeld voor de andere bezoekers.

10.7.4. De Stroom en empowerment

Het concept empowerment biedt eveneens de mogelijkheid om de werkwijze van De Stroom te onderzoeken. De theorie zoals door Steenbrink beschreven in zijn onderzoek in Den Bosch-Oost, wordt als basis gebruikt. (Steenbrink, 1992) In de theoretische verkenning en de historische reconstructie is de benadering van Steenbrink geplaatst ten opzichte van de andere benaderingen van empowerment in de literatuur. Empowerment staat voor het proces, waarin mensen afscheid nemen van een leven in onmacht en in staat zijn sturing te geven aan het eigen bestaan. Centraal hierbij is het opsporen én versterken van kwaliteiten waar mensen over beschikken. Empowerment steunt op twee pijlers: mensen veranderen attitudes én zij bouwen vaardigheden en kennis op. Wat het eerste betreft gaat het vooral om de houding van het individu ten opzichte van zichzelf: om het ontwikkelen van een positief en actief zelfbeeld, het krijgen van zelfvertrouwen. Via de tweede pijler verandert de houding ten opzichte van de omgeving, men gaat de sociale omgeving als beïnvloedbaar ervaren. Grondstof voor empowerment is de ervaring: ervaring die leidt tot begrip, tot verandering van attitudes en tot het opbouwen van vaardigheden. In het betrekken van kwetsbare groepen bij wijkactiviteiten is het proces van empowerment herkenbaar. Het gaat om een proces op lange termijn, waarin een viertal fasen te onderscheiden zijn:

Fase 1: Het begin

De begin- of activeringsfase voor het proces van empowerment is gebaseerd op ervaringen. Het proces wordt niet in gang gezet door bewustmaking, intellectuele analyse of dwang, maar door een emotionele ervaring.

Fase 2: De vooruitgang

Het individu ontdekt de samenhang tussen de individuele situatie en de maatschappelijke context. In deze fase is het contact met lotgenoten van groot belang en de aanwezigheid van een mentor, iemand die als vertrouwenspersoon en als voorbeeld fungeert.

Fase 3: De integratiefase

De periode van rijping van het nieuwe zelfbeeld, van de nieuw verworven vaardigheden en kennis. Integratie van het besef dat men baas is over het eigen leven.

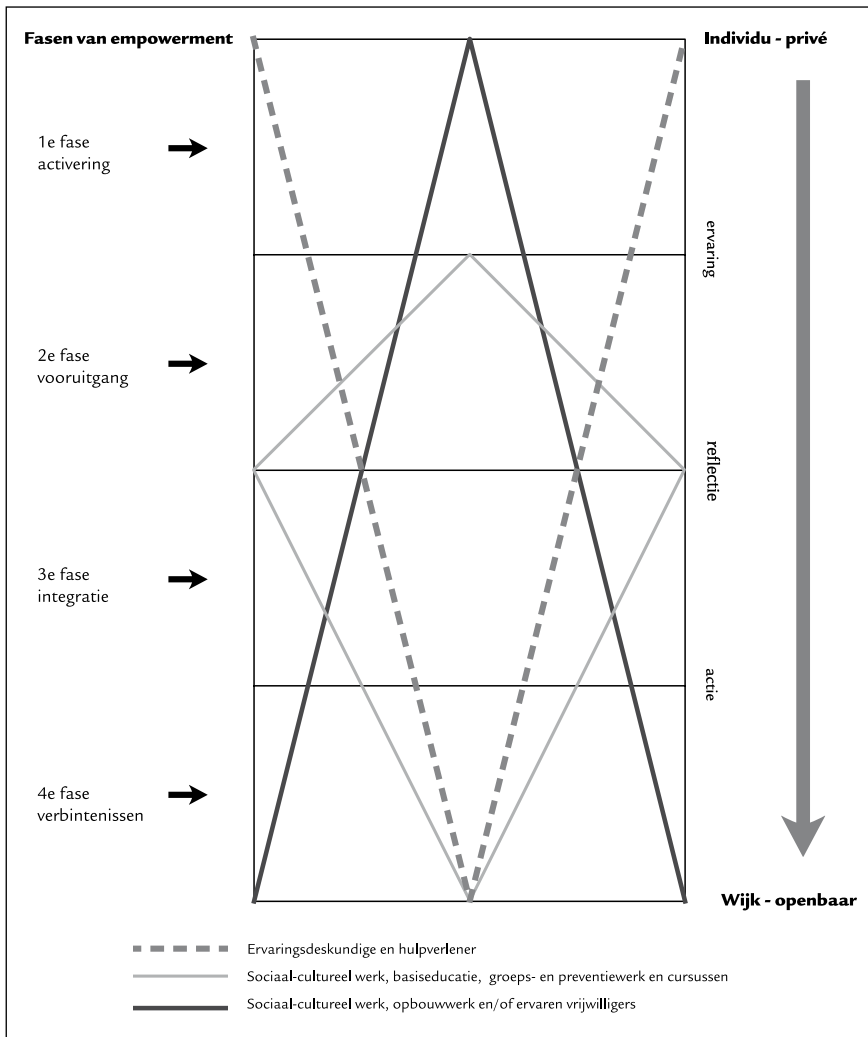
Fase 4: De verbintenissen

De kern van de 4e fase, de fase van verbintenissen, van commitment, is de maatschappelijke inzet van de nieuwe kwaliteiten, inzichten en vaardigheden. Soms de start voor een nieuwe maatschappelijke loopbaan.

In de regel begint het leerproces met een diepe ingrijpende en vaak pijnlijke ervaring in het leven van betrokkene; bijvoorbeeld een ernstige ziekte, verlies van een partner, verlies van werk. Zaken waarmee men vaak naar een arts of hulpverlener gaat. Het startpunt van het leerproces wordt niet in gang gezet door cognitieve bewustmaking of een intellectuele analyse, maar door een sterk emotioneel geladen confrontatie. Er is in de praktijk niet altijd zo duidelijk sprake van die ene emotioneel geladen ervaring. In vele situaties is er een opeenstapeling van gebeurtenissen en wordt de situatie van mensen bepaald door een diffuus gevoel van onmacht. Vele aspecten in iemands leven kunnen bijdragen aan een gevoel slachtoffer te zijn. Het is zaak om in de verhalen van mensen te ontdekken waar zij zich door klem gezet voelen en waar elementen te vinden zijn van hun kwaliteiten. In evaluaties van groepen komt bijna altijd naar voren dat een leerproces op gang komt op het moment dat mensen spontaan over een aantal onderwerpen beginnen te praten. Onderwerpen die niet altijd gepland zijn, maar onderwerpen die hen raken. Onderwerpen waarover ze ervaringen en gevoelens delen.

Fasen zijn te onderscheiden van elkaar, maar volgen elkaar niet altijd lineair op. Zo kan de een de veiligheid van een groep, de verhalen van anderen nodig hebben, om te kunnen/durven ontdekken waar de eigen pijn zit. Soms worden mensen actief op basis van ervaringen in fase 2 en ontdekken aan de hand van deze ervaringen wat ze allemaal kunnen. Ze worden actief; gaan dingen organiseren of vrijwilligerswerk doen. In deze activiteiten ontdekken ze hun kwaliteiten, ontwikkelen al doende hun nieuwe zelfbeeld, krijgen inzicht in de samenhang tussen hun individuele situatie en de maatschappelijke context. Elementen van fase 1, 2, 3 en 4 komen naast elkaar voor. Samenwerken is van belang: diverse instellingen en sectoren hebben een inbreng in de verschillende fasen van het empowermentproces. Dat is ook bij De Stroom te zien.

Figuur 10.1 Empowermentproces



Ervaringsdeskundigen en hulpverleners komen vooral in aanraking met fase 1 (stippellijn). Zij vervullen de functies ondersteuning, begeleiding, behandeling van een klacht, probleem of ervaring. Zij motiveren vrouwen en ondersteunen hen om de stap naar de tweede fase te zetten. In de tweede en volgende fasen houden ervaringsdeskundigen en hulpverleners de ondersteunende rol, maar deze neemt in belangrijkheid geleidelijk af. De relatie tot de betrokkene ontwikkelt zich van afhankelijkheid naar zelfstandigheid.

Sociaal-cultureel werk, basiseducatie, groeps- en preventiewerk en cursussen zijn van belang in fase 2 en 3 (grijze lijn). Op basis van ervaringen vergroten en verbreden mensen hun inzichten (reflectie) en leren of oefenen nieuwe vaardigheden, die toepasbaar zijn in de alledaagse

werkelijkheid (actie). Sociaal-cultureel werk, opbouwwerk en/of ervaren vrijwilligers zijn nodig in fase 4 (zwarte lijn). Zij ondersteunen processen, waarin bewoners nieuwe inzichten en vaardigheden om zetten in activiteiten, in acties. Zij vervullen de bemiddelingsfuncties in de naar buiten gerichte acties: het aangaan van verbintenissen.

Niet elke vrouw doorloopt al deze fasen; sommige vrouwen bereiken uiteindelijk fase twee of drie en zoals we zagen in de vorige paragrafen kan een fase ook jaren duren.

Voor het totale empowermentproces is samenwerking tussen instellingen nodig. Niet een vastgelegde geïnstitutionaliseerde samenwerking, maar een samenwerking waarin werkers van verschillende instellingen op verschillende momenten coalities vormen om samen datgene te bieden dat voor een bepaalde kwetsbare groep nodig is. Instellingen hebben hiervoor een lichte netwerkachtige samenwerkingsstructuur nodig, zodat de werkers elkaar weten te vinden en elkaar kunnen aanspreken voor gezamenlijke activiteiten. Een netwerk op wijkniveau biedt de mogelijkheden om binnen een bepaald territorium elkaar te vinden en te gebruiken, passend bij de behoeften van de mensen die in die wijk wonen.

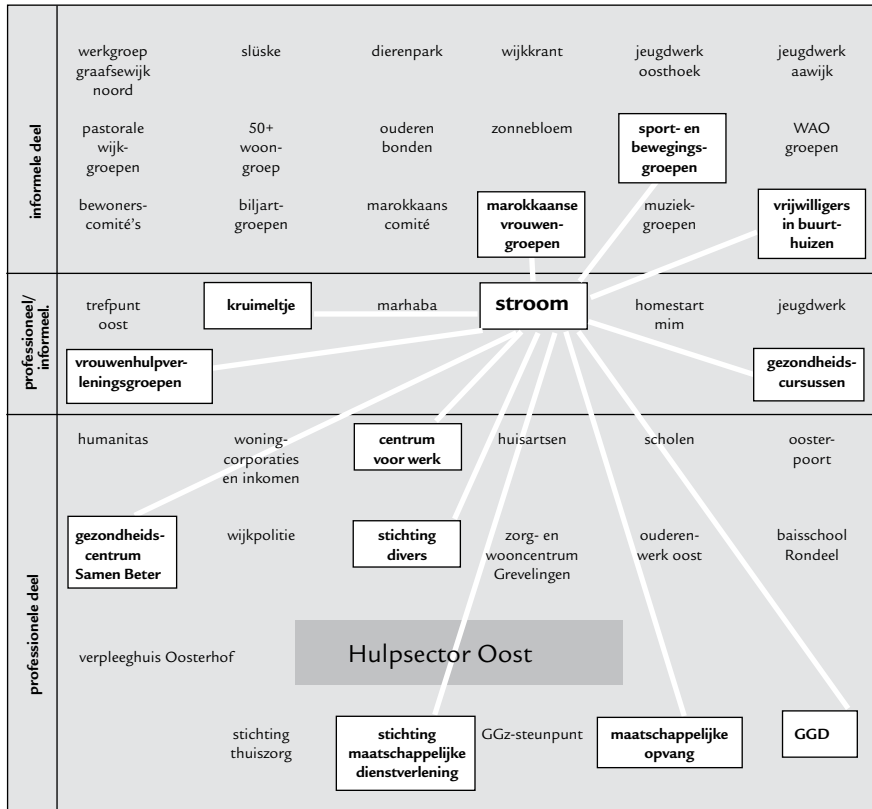
Empowerment speelt zich niet alleen af op individueel niveau. De ontwikkeling van De Stroom en andere wijkvoorzieningen zijn eveneens vanuit het empowermentproces te begrijpen. Daarvoor is nodig om naar de ontwikkeling door de jaren heen te kijken.

10.7.5. De Stroom door de jaren heen

De cijfers in het onderzoeksrapport van 2000 laten een gestage groei zien van De Stroom. Geconcludeerd wordt naar aanleiding van de cijfers dat De Stroom opnames in psychiatrie en rusthuizen weet te voorkomen. In 2000 wordt geconcludeerd dat De Stroom zich ontwikkeld heeft tot een wijkvoorziening, die niet meer weg te denken is. Er zijn op inhoudelijk vlak steeds opnieuw uitdagingen om aan te werken. De Stroom organiseert elk jaar een of meerdere studiedagen om de samenwerking tussen beroepskrachten, medewerkers en vrijwilligers te blijven verbinden en activeren. In 2000 wordt bijvoorbeeld een studiedag voorbereid om het werken met allochtone vrouwen voor te bereiden. Uit een bij de voorbereiding samengestelde lijst komen onder andere de volgende knelpunten naar voren: onbekendheid en onwetendheid van andere waarden en normen, de taalbarrière, de juiste verhouding tussen aansluiten en het bewaken van de eigen grenzen (bijvoorbeeld bij geweldservaringen), de discriminatie vanuit de bestaande bezoekersgroep. (Domen, 2001) Deze gevoelens en ideeën zijn onderwerp van gesprek op studiedagen. De begeleiding biedt de vrijwilligers de mogelijkheid om kwaliteiten, waarover ze beschikken, te ontwikkelen en zich als ervaringsdeskundigen te ontplooiën. Voor een aantal vrijwilligers leidt dit tot een nieuw perspectief in hun leven, zoals bij Clarisse (zie paragraaf 9.6.2.). Sommige vrijwilligers zetten gesterkt door deze ervaring een volgende stap in hun leven. De samenwerking met ervaringsdeskundigen

en de blijvende scholing biedt de professionele werkers nieuwe inzichten en vaardigheden. In de wijk hebben activiteiten zoals De Stroom een verbindende werking. De vrijwilligers en medewerkers van De Stroom nemen deel aan Hulpsector Oost en andere wijkactiviteiten en fungeren als verbindende schakel in de wijk en zijn onderdeel van het wijknetwerk. Zij maken het wijknetwerk groter en sterker. (zie figuur 10.2)

Figuur 10.2 De Stroom in Hulpsector Oost



Ondanks deze positieve resultaten blijkt het gedurende al deze jaren moeilijk te zijn om, naast de reguliere inzet van verschillende instellingen in de uitvoering, een aantal specifieke werkzaamheden structureel te financieren zoals de coördinatiekosten en de kosten voor de begeleiding van de ervaringsdeskundigen. In de vele gesprekken die hierover gevoerd zijn, blijkt de integrale aanpak van De Stroom het struikelblok te zijn. Beleid en daarop gebaseerde financieringsstromen zijn nog steeds niet integraal. De overheid verwijst naar de zorgverzekeraar en visa versa. Binnen de gemeente verwijst de ene afdeling naar de andere. Hierdoor is de situatie ontstaan dat een inhoudelijk goed programma dat nationaal en internationaal

bekend en beschreven is, geen structureel financieel draagvlak op wijkniveau krijgt. In 2001 wordt De Stroom ondergebracht bij een stedelijke instelling en de coördinator die vele jaren vanuit een grote betrokkenheid met de vrouwen in de wijk gewerkt heeft, vertrekt. Na 2001 volgen moeilijke jaren voor De Stroom; hieraan refereert Lina, die ten tijde van het interview (2003) acht jaar bij De Stroom werkt:

“Door alle wisselingen. En ik denk, wat ik heel belangrijk vond bij De Stroom was de scholing. Je kunt dat meteen in de praktijk toepassen en dat was altijd heel goed, L. (vroegere coördinator) gaf dat perfect. Ik bleef leren en dat vond ik heel belangrijk. Blijven leren, intervisie vond ik heel belangrijk. [...] Ik werd gedwongen om na te denken. (...) Dat is nu niet meer, dus de uitdaging is daar weg. [...] Nou in ieder geval, bij de laatste coördinator ging het er niet over wat je in huis had, maar of je betaalde kracht was of vrijwilliger. En ik weet nog dat de gastvrouwen begeleid zouden worden en ik dacht “ja, dat lijkt me leuk”. Maar ik was geen betaalde kracht dus ik [...] werd niet eens gehoord.” (Lina, B.6.9)

10.7.6. Conclusies over De Stroom

Kijkend naar de eerder in dit hoofdstuk gegeven omschrijvingen van het wijkgezondheidswerk is De Stroom aan te merken als een praktijk met gecombineerde activiteiten: op het individu, groep en wijk gericht. Er ligt een sterke nadruk op de potentie/proces strategie, maar er is tevens plaats voor de efficiëntie/proces strategie. Ook de twee andere strategieën zien we terug op de verschillende niveaus. De aspecten, die belangrijk zijn om contact te maken zijn onderdeel van de werkwijze van De Stroom. De ervaringsdeskundigen en medewerkers van De Stroom hebben kennis van de wijk en de leefwereld van de verschillende groepen patiënten en wijkbewoners; zij ontwikkelen vaardigheden om aan te sluiten bij die leefwerelden en een attitude om mensen een vertrouwd gevoel te geven, zich thuis te laten voelen. Deze aspecten zijn er niet zomaar vanzelf; er zijn ook mechanismen van uitsluiting, onbegrip voor elkaars leefwereld. Hieraan besteedt De Stroom aandacht in scholingsbijeenkomsten.

In de werkdoelen en onderliggende waarden ligt een nadruk op mededogen, ontplooiing en autonomie. De Stroom is een plek waar vrouwen met problemen een veilige plek vinden, die hen de mogelijkheid biedt om te leren gaan met hun problemen en een opstap is om eigen kwaliteiten te ontdekken. De vrijwilligers zijn hierbij een voorbeeld voor de deelnemers.

De Stroom is in staat gebleken op alle niveaus invulling aan samenwerking te geven; echter niet structureel op beleidsniveau. De keuze om coördinatie veilig te stellen door de samenwerking met een stedelijke instelling pakt fout uit. De coördinatie vanuit een stedelijke instelling blijkt niet aan te sluiten bij de vrijwilligers en langzaamaan verwateren de contacten met de werkers van het gezondheidscentrum. De kennis over en de aansluiting op de wijk is nodig op coördinatie-niveau én op uitvoerend niveau. De Stroom raakt die kwijt.

10.8. Conclusie

De gezondheidsactiviteiten, die zich de afgelopen jaren in Den Bosch-Oost hebben ontwikkeld, zijn het resultaat van een groei- en leerproces. Het jarenlang investeren in relaties tussen beroepskrachten en wijkbewoners is de basis voor de huidige werkwijze. Er is een infrastructuur ontwikkeld voor gezondheidsactiviteiten waarin de ene keer de professionals het initiatief nemen en de andere keer wijkbewoners de aanzet geven tot een nieuwe ontwikkeling. De activiteiten ontstaan vanuit de contacten in de wijk, vanuit de kennis die aanwezig is in de wijk. Er zijn bij de start van deze activiteiten geen uitgebreide statistische gegevens als grondslag gebruikt. De activiteiten ontstaan omdat wijkbewoners en beroepskrachten vanuit hun kennis van de wijk en hun contacten de noodzaak voor de start van deze activiteiten ervaren en zich daarvoor willen inzetten.

In de gezondheidsbevordering omarmt men de wijkbenadering, maar blijft tegelijkertijd vasthouden aan de planbaarheid van de van bovenaf opgelegde en wetenschappelijk vastgestelde thema's van gezondheidsachterstand, die in de wijken uitgezet moeten worden en waarvan de effecten en resultaten gemeten moeten worden. Zo luidt een van de conclusies van Voorham:

“De gemeenschapsbenadering kan het beste worden opgevat als een implementatiemethode van gezondheidsbevorderingsinterventies. De evaluatie kan dan aard, omvang en kwaliteit van de uitgevoerde interventies vaststellen.” (Voorham, 2003)

In 's-Hertogenbosch gebeurt hetzelfde. De gemeente stelt het gezondheidsbeleid vast en kiest hierin als speerpunt het wijkgericht werken. Het wijkgericht werken wordt ingevuld met een aantal grote gezondheidsthema's zoals overgewicht en stoppen met roken om meer samenhang in de wijkgezondheidsactiviteiten te bewerkstelligen. July, de preventiewerker van de GGD, wijst hierop en verwoordt haar dilemma. Die werkwijze betekent namelijk dat je met je programma niet aansluit bij wat mensen zelf willen:

“Wij zijn zelf ook aan het kijken van nou hè wat is het effect daarvan. Moeten we niet met wijkgericht werken [...] een rode draad proberen aan te brengen; dat we een bepaald thema kiezen per jaar voeding en overgewicht bijvoorbeeld. Want dat is gewoon een vastgesteld gezondheidsprobleem. Moeten wij daar niet wat meer mee gaan doen. [...] Dus niet alleen eenmalig een voorlichtingsbijeenkomst maar ook proberen op andere aspecten dat gedrag of die houding of wat dan ook te beïnvloeden. Dat is ook wat de afdeling gezondheidsbevordering wil bereiken. [...] Dat is toch een wat meer structurele en meer harde gezondheidsverbetering. En dat ad hoc achtige als je dat zo naast elkaar zou zetten, bijt dat elkaar eigenlijk. Terwijl als ik kijk naar het project wijkgericht werken en ja dat je gewoon ook een gezicht en een plek moet krijgen in de wijk dan is dat ad hoc achtige eigenlijk heel goed.” (July, B.4.12)

Programma's centraal ontwikkelen en vervolgens implementeren in een wijk is een fundamenteel ander uitgangspunt dan in het wijkgezondheidswerk van Den Bosch-Oost wordt gehanteerd. Bij De Stroom bijvoorbeeld is niet het programma of thema het uitgangspunt, maar is de vrouw het uitgangspunt en op haar (of op de groep vrouwen) wordt het programma aangepast. De vrouwen bepalen de rode draad; niet de instellingen.

De activiteiten van het wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost zijn op het individu, op de groep en op de brede context van de wijk gericht. Vele werkers voeren combinaties van activiteiten uit. In de activiteiten wordt een aansluiting gemaakt tussen de gezondheidszorg, gezondheidsbevordering en het sociaal werk. De wijze waarop contact gemaakt wordt is gebaseerd op kennis over de wijk en de leefwereld van de verschillende groepen patiënten en wijkbewoners. De vrijwilligers en de beroepskrachten beschikken over vaardigheden om aan te sluiten bij die leefwerelden én hebben een attitude, die mensen een vertrouwd gevoel geeft, hen op hun gemak stelt, zich thuis laat voelen.

Kenmerkend voor Hulpsector Oost zijn de verschillende niveaus van de samenwerking. Daardoor ontstaan en bestaan gezamenlijke activiteiten en wordt gemakkelijk naar elkaar verwezen. Hulpsector Oost is een belangrijk vehikel voor het wijkgezondheidswerk. Als niet alle niveaus van de samenwerking ingevuld worden, verzandt de samenwerking in overleg en afstemming tussen beroepskrachten van verschillende organisaties. Het niet goed regelen van de voorwaarden voor een dergelijke samenwerking vanuit de organisaties is een ander struikelblok. Voor de samenwerking zijn voorwaarden nodig, motivatie van de deelnemers én een verbondenheid met de wijk. In de casus over De Stroom is te zien dat de uitbesteding van de coördinatie naar een stedelijke instelling betekende dat De Stroom het contact met de wijk verloor.

De laatste jaren wordt de zelfwerkzaamheid van mensen benadrukt; hierdoor komt er opnieuw een onjuiste spanning te staan op de relatie tussen de zieke, beschadigde kant van mensen en de potenties van mensen. Begin jaren tachtig zet het team van Samen Beter zich af tegen de medische benadering met de focus op de klacht, op het probleem. Die benadering reduceert mensen, ontnemt het zicht op de potenties van mensen; op mogelijkheden om zelf aan gezondheid te werken. Het wijkgerichte werken is een poging om een andere invulling te geven aan de medische gezondheidsbenadering binnen de gezondheidszorg, die mensen alleen als een zieke persoon benadert. De huidige overmatige aandacht voor potenties ontwikkelt zich in een richting als zouden mensen alles zelf kunnen. Dit betekent dat er weer gewezen moet worden op het gegeven dat aandacht, nabijheid en steun belangrijk zijn.

De gerichtheid op uitkomsten past bij de verwachtingspatronen van wijkbewoners naar professionals. In vele situaties is handelen dat gericht is op een direct resultaat noodzakelijk en de juiste keuze. De procesgerichtheid is het werk van de lange adem en resulteert in versterking van mensen zelf, wat soms een minder direct zichtbaar resultaat heeft. De nadruk ligt op het proces van mensen zelf, het volgen van hun tempo, het werken naar een resultaat is indirect en diffuser. Bij sommige ervaren werkers is een combinatie te zien: zij winnen het vertrouwen van mensen door uitkomstgericht te werken. Vanuit het opgebouwde vertrouwen pakken ze dieperliggende problemen op een proceswijze aan. Piet Willems, voormalig opbouwwerker in Den Bosch-Oost omschreef deze combinatie als volgt:

“Pak mensen hun probleem niet af, maar maak het probleem tot het vertrekpunt; ga uit van hun kracht om hun probleem zelf aan te pakken.”

11. DE WERKERS OVER RESULTATEN

“Ze hebben misschien wel dokters.” (Bram, B.4.1)

In het vorige hoofdstuk zijn de strategieën en werkwijze van de werkers in Den Bosch-Oost onderzocht. Strategieën en werkwijzen, die zij hanteren in de relaties die zij aangaan met wijkbewoners rond gezondheid in de context van de wijk. In dit hoofdstuk neem ik wat de werkers zeggen over de resultaten van hun werk onder de loep. Niet uitgedrukt in cijfermatige gegevens, hen niet de ‘maat’ nemend wat betreft de effecten van hun inzet, maar zoekend naar wat zij verwoorden als resultaten van het wijkgezondheidswerk. Welke betekenis hebben hun werkzaamheden voor wijkbewoners en voor vrijwilligers; welke resultaten zien zij op individueel niveau. Vervolgens wordt gekeken naar de infrastructuur, waarbinnen het werk plaats vindt; welke rol spelen gezondheidscentrum Samen Beter en Hulpsector Oost in de wijk en welke invloed hebben zij indirect op de gezondheid van de wijkbewoners. Wat beoordelen de werkers positief, waar zitten twijfels en wat is niet gelukt? Met dit laatste hoofdstuk zoek ik een antwoord op de vraag: welke betekenis heeft 25 jaar wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost?

11.1. Worden wijkbewoners en vrijwilligers gezonder?

Draagt het wijkgezondheidswerk bij aan een verbetering van de lichamelijke, psychische en/of sociale gezondheid van wijkbewoners en dan vooral voor bewoners uit een lage SES (sociaal-economische situatie)? Wat is terug te vinden in de interviews over dit aspect? In de eerste subparagraaf beschrijf ik wat de werkers benoemen als resultaten van hun werkzaamheden. In de volgende subparagraaf zijn verhalen opgenomen van enkele respondenten over hun eigen situatie. Een aantal van deze verhalen staan ook in hoofdstuk 9; deze verhalen zijn nu bekeken vanuit het perspectief of de werkzaamheden hun gezondheid verbeteren.

11.1.1. De gezondheid van wijkbewoners

De beroepskrachten antwoorden genuanceerd op de vraag welke resultaten zij zien van hun werk. Annelies bijvoorbeeld; zij is vele jaren maatschappelijk werker bij Samen Beter geweest en actief betrokken bij De Stroom en Hulpsector Oost. Zij maakt een indeling om te benoemen welke verbeteringen zij ziet bij mensen. Zij maakt het volgende onderscheid, waarbij ik haar termen overneem:

- mensen die iets willen

“Ik merk toch dat mensen die wat meer tot inzicht kunnen komen over dingen makkelijker een stap zetten om eruit te komen. Dus zelf een belastende situatie doorbreken. En (...) dat gaat ook niet meteen hoor, daar kan ook wel een periode aan vastzitten. [...] vooral te maken met of iemand het gevoel heeft zelf in staat te zijn een nieuw leven op te bouwen los van het oude patroon. (...) Als jij financieel afhankelijk bent dan blijf jij makkelijker in de situatie zitten ook al is het niet goed in tegenstelling tot degenen die weten dat ze daar zelf wel voor kunnen zorgen. Dat vind ik ook wel heel bijzonder in de wijk om te ontdekken hoe bijvoorbeeld de bijstand gezorgd heeft dat veel mensen uit heel belastende situaties konden stappen. Waar ze vroeger gewoon in gevangen zaten. Dus enerzijds zijn er materiële dingen soms nodig om een stap vooruit te kunnen maken, maar soms ook inzicht natuurlijk, cognitieve dingen. En dat zag ik wel in de wijk gebeuren. Dus het is persoonlijkheidsstructuur, maar ook materiële omgeving om het te kunnen, om ergens iets te doorbreken.” (Annelies, B.4.4)

- de actieve mensen (hiermee bedoelt ze de vrijwilligers in de wijk):

“Ik denk (...) een zekere trots op zichzelf (...) ik ben belangrijk en ik wil niet dat dit met mij gebeurt en (...) daarin bood vrijwilligerswerk natuurlijk een kans om contact te maken en te kunnen laten zien (...) maar wij kunnen meer dan alleen maar aan de kant zitten. En ze hadden denk ik ook vermogens die ze daar in konden ontwikkelen. Dus ze hadden enerzijds de trots en aan de andere kant wilden ze zichtbaar maken wat ze konden in hun ontwikkeling.” (Annelies, B.4.4)

- de groep die in de hulpverlening blijft dobberen

“Nou, ik heb toch wel heel veel gezien dat dat een cirkel bleef, en dat vond ik ook wel eens moedeloos makend, [...] dat ging dan over zo’n gezin. [...] Ik geloof niet meer dat je daar nog veel kunt met (...) met al die nieuwe projecten [...] het enige wat je hier kan doen is liefdevolle aandacht geven. Gewoon zorgen dat die mensen voelen dat, dat ze, dat ze voor jou belangrijk zijn, voor jou persoonlijk. [...] En toen heb ik gedacht ik moet haar helemaal niet (...) kijk vanuit die vrouwenhulpverleningsvisie weet je wel. Ik heb toen steeds vanaf dat moment gezegd als jij er aan toe bent dan stap jij er wel uit. En dat hield het ook open, het contact, want anders was ze natuurlijk weggegaan als ze gedacht had die wil mij alsmaar laten scheiden en dat wil ik helemaal niet. En dat bedoel ik met die spiraal hè, van als wij onze norm opleggen wat voor die mensen goed is (...) dan ben je weer bezig hen te zeggen wat ze moeten doen.” (Annelies, B.4.4)

Zij past haar werkdoelen aan bij de situaties van deze wijkbewoners. De onderliggende waarden zoals in het vorige hoofdstuk beschreven, waarvan zij in deze drie soorten hulpverleningssituaties uitgaat, zijn respectievelijk ontplooiing, ontplooiing/autonomie en mededogen. Haar aanpak heeft vooral betekenis voor de psychische en sociale gezondheid van deze mensen. Het is een indeling die eveneens in wat andere bewoordingen doorspeelt in beschrijvingen van andere werkers zoals bij Chris, de fysiotherapeut. Hij geeft aan dat hoe lager mensen opgeleid zijn, hoe minder ziekte-inzicht er is. Zij begrijpen ook na veelvuldige

uitleg dingen niet en blijven zoeken naar een pijnoorzaak en zijn minder gemotiveerd tot gedragsverandering. Met deze groep maakt hij andere afspraken: hij heeft minder hoge verwachtingen. Ook heeft hij er oog voor dat mensen niet dezelfde financiële mogelijkheden hebben om bijvoorbeeld te gaan sporten. Zij krijgen uitgebreidere trainingsprogramma's voor thuis en blijven langer in begeleiding.

Bram, huisarts, wijst eveneens op de verschillende mogelijkheden van mensen in het omgaan met hun gezondheid. Hij zegt bijvoorbeeld dat via zijn spreekkamer 'de wereldellende binnenkomt' en ziet bij zijn huisbezoeken dat de vluchtelingen 'de nieuwe armen' in de wijk zijn. In zijn verhalen speelt sterk zijn onderliggende waarde rechtvaardigheid door.

"Kijk vanuit puur het gedachtengoed als dokter (...) de eed van Hippocrates, dat je zonder aanzien des persoon, van politieke kleur, van religieuze achtergrond, whatever (...) wat zou deze man of vrouw nodig hebben (...) dat is een concept dat staat recht overeind en daar werk je ook voor. [...] als iemand ernstig ziek is en niet verzekerd of hij is (...) niet in staat zijn onkosten te dekken (...) dan vind ik dat we de morele plicht hebben om te helpen. Niet eerst zeggen van hoe is het met je creditcard en vervolgens bereid zijn te helpen." (Bram, B.4.1)

De betekenis van toegankelijke zorg voor iedereen blijft belangrijk door de jaren heen, ook al verandert de samenstelling van de wijk of het patiëntenbestand.

De aard van een individueel contact kan soms na jaren een andere wending en tot een onverwacht resultaat leiden volgens Iris, maatschappelijk werker:

"Ze kwam puur bij mij alleen voor praktische vragen, hoe ik het ook wende of keerde. (...) Wil je misschien op Nederlandse les; wil je misschien dit of dat. "Nee, dat hoeft allemaal niet: ik heb het te druk met mijn kinderen." Wat ik wel heel mooi vond is, dat ze toen ze een aantal jaar geleden bij me kwam, en de kinderen zaten op school, het kleintje was net geboren geloof ik [...] en toen zei ze: ik zou eigenlijk wel op Nederlandse les willen. Na 2 jaar ongeveer [...] toen kwam ze zelf vanuit haar eigen motivatie: ik wil wel op Nederlandse les; dus nou zit ze op Nederlandse les. [...] Dan zie je pas dat het echt lange adem nodig heeft in deze wijk." (Iris, B.4.8)

Het is werk van lange adem; maar ook werk vol twijfels. Nog een keer Iris:

"Pas geleden heb ik een keer twee cliënten afgesloten, omdat ik dacht (...) ik ben hier eeuwenlang mee bezig (...) dat is voor je zelf ook niet gezond, vind ik." (Iris, B.4.8)

Ook Annelies twijfelt, ervaart grenzen en trekt zich soms uit zelfbehoud uit een hulpverleningssituatie terug:

"Nou als ik vanuit mijn functie kijk naar zo'n multiprobleemgezin (...) het valt niet mee om voortdurend door te gaan met liefdevolle aandacht geven. Ik voel natuurlijk, ik, daar zal iedereen misschien ook een andere grens in hebben, dat weet ik niet zo, dat is natuurlijk ook iets persoonlijks. Maar kijk, ik voel toch dat het (...) je kunt niet altijd mensen op je schouders hebben. Die zet je graag, die draag je een tijd lang bij je en vervolgens zet je ze weer af. [...] En als dat niet gebeurt dan ga je volgens mij uit zelfbehoud toch trek je je dan een stukje terug. Tenminste ik doe dat wel. Ik doe dat wel. En misschien is dat ook goed, ik weet niet." (Annelies, B.4.4)

Sommigen gaan teleurgesteld weg uit de wijk zoals Floor, nadat ze bijna 20 jaar als leerkracht

heeft gewerkt en daarover het volgende zegt:

“Dat was frustrerend. Eigenlijk dat je als je nieuwe problemen kreeg, dat je dacht eigenlijk moet je meteen het AMK²⁷ bellen dat kind moet daar uit huis. Want op termijn zal het daar toch van komen en (...) in mijn beleving dacht ik daar vijftien jaar geleden nog wel iets aan te kunnen doen. Of was dat mijn naïviteit en heb ik het niet door gehad, dat je hulp bood of gesprekken had, dat het wel weer de goede kant op (...) ging. Er is ook wel een tijd geweest dat ik dacht nou moet ik maar eens weg (...) ik kan me daar niet meer honderd procent voor geven. [...] Al weer zo’n schulden kwestie, alweer een onhygiënisch boeltje daar thuis [...] en je moest het dan ook van ver halen; je zag weinig (...) resultaat. [...] Als ik alleen maar kijk hoe de groepen acht van school gingen en dan kijk ik niet naar de prestaties maar wel naar de samenhang. De eerste groepen waren echt groepen (...) met zijn allen samen verdrietig dat ze weg gingen. De laatste jaren kwamen kinderen niet op het afscheid en waren er kinderen van wie geen ouder aanwezig was. Ja, dat doet iets met je (...) de betrokkenheid die dan zo klein is.” (Floor, B.4.3)

Zij ervaart het als frustrerend dat ze geen vertrouwen meer heeft in resultaat van haar inzet en ze vraagt zich af of ze vroeger naïef was. Ze legt een relatie naar het feit dat het werken in deze situaties een 100% motivatie vraagt en ervaart het ontbreken van betrokkenheid tussen kinderen en tussen kinderen en ouders als een negatief resultaat. Het gaat niet om de resultaten van prestaties, maar wel of het lukt door de jaren heen betrokkenheid op te bouwen met de kinderen en de ouders. In Floors verhaal klinkt door dat voor het werken met mensen in achterstandssituaties een sterke motivatie nodig is.

Andere beroepskrachten blijven in de wijk werken en stellen hun verwachtingen en ideeën bij:

“Als ik er nu over nadenk dan denk ik (...) dat was naïef (...) wat ongenueanceerd. De wereld in zwart/wit-beelden plaatsen (...) waarin ik dan ook een rol heb. Dat mijn positie in deze ook heel bescheiden is. En ik ook uiteindelijk (...) bijvoorbeeld machteloosheid bekruipt me nu. Ook al zit ik met een team van mensen te werken die enerzijds zelfstandigheid in mensen heel hoog achten en het eigen richting geven in hun eigen leven. Gelijktijdig zie ik ook dat we daar maar een heel bescheiden bijdrage aan kunnen geven.” (Bram, B.4.1)

Huisartsen beëindigen vrijwel nooit een contact met een patiënt; zolang mensen als patiënt blijven ingeschreven volgen zij mensen; soms een leven lang. Zij trekken zich niet terug uit een te zware situatie zoals Annelies verwoordt; zij trekken hun grenzen door vanuit ‘bescheidenheid’ hun mogelijkheden onder ogen te zien. Ook fysiotherapeuten volgen mensen lange tijd. Behandelingen worden afgesloten, maar mensen met chronische klachten keren terug. Fysiotherapeuten zijn in staat om over langere periodes resultaten op te merken. Chris, fysiotherapeut, noemt een algemeen resultaat van zijn werk:

“(Vroeger) Toen moesten we veel meer uitleggen; ook tegen bijna iedereen zeggen dat spanning een rol speelt. Ja, en dan weten ze nu vaak zelf veel duidelijker aan te geven. [...] De bereidheid ook om (...) om dat in te zien is groter dan vroeger, je moest vroeger echt veel meer praten en uitleggen.” (Chris, B.4.2)

27 Meldpunt voor kindermishandeling

Nadia, de Marokkaanse voorlichtster-eigen-taal, vertelt over de voorlichting die zij geeft aan Marokkaanse vrouwen over de oproep voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker:

“Sommige mensen zijn (...) bang. Bang om naar de huisarts te gaan (...) of omdat de huisarts mannelijk is of (...) omdat ze bang zijn dat ze iets hebben. En wat ik (...) leuk vind is, dat ik aan die mensen kan uitleggen en kan vertellen dat ze (...) als zij die uitnodiging krijgen, dat het beter is als zij naar de huisarts gaan. Als hun huisarts een mannelijk arts is, kunnen ze wel naar de vrouwelijke arts vragen. [...] Want sommige vrouwen zijn bang om naar de huisarts of naar de gynaecoloog te gaan. Ze zijn bang dat ze hun baarmoeder kwijt raken. [...] En toen heb ik de uitnodiging vertaald en heb ik hen kunnen (...) geruststellen, dat zij niet bang hoeven te zijn en zo. En dat had zo'n goed resultaat. Ik had (...) dinsdag voorlichting gegeven en donderdag kwamen drie vrouwen, die hebben een afspraak bij ons gemaakt voor een (...) uitstrijkje en dat vond ik echt heel erg leuk. En nou zeggen zij: 'Ja, jij hebt het ons uitgelegd. Wij zijn jou dankbaar.'” (Nadia, B.5.5)

Zij beoordeelt de resultaten vanuit haar kennis over de leefwereld van de wijkbewoners en haar kennis opgedaan uit haar opleiding tot voorlichtster. De beoordeling van hun werk is gebaseerd op kennis, opleiding, ervaring en voortdurende verdieping daarvan. De werkers die lange tijd werken in de wijk zoals Bram en Gwen gebruiken het woord bescheidenheid. Een woord dat niet past bij de huidige wijze van verantwoorden van werkresultaten. Hierop wordt terug gekomen in paragraaf 11.4. Het valt op dat geen van de beroepskrachten antwoordt met gemakkelijke of voor de hand liggende resultaten. Zij gaan in op de complexe en moeilijke situaties waarmee ze in hun werk te maken hebben. Soms is een resultaat pas na jaren zichtbaar, soms is geen enkel resultaat te benoemen, maar blijft een contact bestaan. Uit bovenstaande citaten blijkt dat zij de resultaten verwoorden passend bij hun verlangens en de onderliggende waarden rechtvaardigheid, mededogen, ontplooiing en autonomie. Als dit niet meer lukt, zoals bij Floor, haken zij af. Zij gaan in de antwoorden niet in op registraties en dergelijke of de gemakkelijk meetbare resultaten zoals het aantal afgeronde behandelingen. Zij gaan allemaal in op de complexe situaties; blijkbaar liggen daar de echte uitdagingen en zijn het deze al dan niet positieve resultaten, die er voor hen toe doen.

11.1.2. De gezondheid van vrijwilligers

In hoofdstuk 9 is uiteengezet hoe een aantal wijkbewoners omgaat met hun eigen gezondheid en hoe van daaruit wijkactiviteiten tot stand komen. Ik benader deze verhalen in deze paragraaf vanuit het perspectief welke invloed deze activiteiten hebben gehad op hun gezondheid.

Het eerste verhaal was van Clarisse, die haar ziek-zijn als een belemmering ervaart en aangeeft hoe ze hiermee omgaat.

Casus 11.1 Clarisse

Clarisse is wegens allerlei klachten met werken gestopt. Ze heeft veel problemen en is depressief. Zij heeft lange tijd gestreden tegen de uitspraken van artsen en specialisten dat haar klachten psychisch zouden zijn. Zij is pas later gaan accepteren dat je ook 'psychisch ziek' kunt zijn en dat dit niet betekent dat je gek bent. Ze is voor haar contacten afhankelijk van De Stroom en de vrouwen die ze daar heeft leren kennen. Het leven overkomt haar; over haar huisarts spreekt ze waardierend en zegt: "Had ik maar eerder naar hem geluisterd". In relatie tot hem blijft ze in haar ziekerrol: "Ik ga naar hem toe als ik niet lekker in mijn vel zit". De vrijwilligers en coördinator van De Stroom noemt ze "goede". In de contacten met het wijkproject De Stroom ontstaat het gevoel dat ze iets wil aanpakken: gastvrouw zijn en leren fietsen.

In deze situatie is de huisarts gedurende vele jaren het aanspreekpunt voor lichamelijke klachten en de ziekmakende arbeidsomstandigheden. Op dit punt zijn niet veel resultaten geboekt. Wel blijft deze relatie vol van vertrouwen, waarop Clarisse steeds terug valt als ze zich niet goed voelt. Ze wordt door de huisarts verwezen naar maatschappelijk werk en psycholoog en vanuit deze contacten komt ze bij De Stroom terecht. Door De Stroom verandert haar leven enigszins en verbetert haar sociale gezondheid, wat tevens een positieve invloed heeft op haar psychische gezondheid.

Het verhaal van Deria die naar aanleiding van een probleem in de gezondheidszorg als vrijwilliger actief is geworden.

Casus 11.2 Deria

Deria ziet dat er communicatieproblemen zijn tussen de staf van Samen Beter en buitenlandse patiënten. Ook is er geen vertrouwen. Dankzij Samen Beter is hij wegwijz geworden in de Nederlandse samenleving. Door met de mensen in Nederland te werken, heeft hij meer begrip voor ze gekregen. Hij heeft de mensen hier leren vertrouwen en de goede kanten van de Nederlandse samenleving leren waarderen. Morele steun geven aan zijn landgenoten en voor hen tolken bij de hulpverleners beschouwt hij als een belangrijke taak.

Deria zorgt voor een verbetering van de toegankelijkheid en voor meer begrip van de gezondheidszorgvoorziening voor zijn landgenoten. Hiermee verbetert de zorg voor hen. Deria

heeft hierin een actief aandeel en deze gebeurtenis en de er uit voort vloeiende activiteit maakt dat hij een zinvolle bezigheid koppelt aan nieuwe sociale contacten. Hierdoor heeft zijn inzet positieve gevolgen voor de gezondheid van zijn landgenoten én voor de sociale en psychische gezondheid van hem zelf.

In het derde verhaal van Fien is het accepteren van steun in een moeilijke situatie de opstap geweest om de eigen ervaringen ten behoeve van anderen in te zetten.

Casus 11.3 Fien

Fiens man is chauffeur geweest en zij moest het gezin vaak alleen draaiende houden. Haar man wordt ziek en is afhankelijk van haar en dat gaat niet goed. Ze neemt deel aan een mantelzorggroep. Ze is inmiddels vele jaren weduwe. Na het overlijden van haar man valt ze in een gat, maar heeft veel steun aan de mensen van de mantelzorggroep. Bij Samen Beter heeft ze geleerd met verschillende mensen om te gaan. Ze is een sociaal mens, en ‘als je geeft, krijg je daar ook wat voor terug’ zo is haar ervaring. Ze heeft in een eigen wereldje gezeten, maar daar is ze uitgestapt. Haar wereld is groter geworden. Ze blijkt over onvermoede kwaliteiten te beschikken. Ze probeert anderen tot steun te zijn, maar vindt dat ze daar (nog) niet genoeg capaciteiten voor heeft. Fien geniet van haar nieuwe situatie en ondanks haar reuma zegt ze vaak, dat ze zich zo fit voelt als een jonge meid.

Fien heeft gewerkt aan de verbetering van haar sociale gezondheid (zinvolle bezigheid en nieuwe sociale relaties), die vervolgens een positieve invloed heeft op haar psychische gezondheid. Fien meldt eveneens dat er sprake is van een verbeterde lichamelijke gezondheid. In het verhaal van Dorus, die na zijn ziekbed actief wordt en een houtbewerkinggroep opzet voor WAOers, zijn dezelfde elementen te ontdekken. Een zinvolle bezigheid ten behoeve van anderen en sociale contacten hebben een positieve uitwerking op zijn gezondheid; zowel lichamelijk, psychisch als sociaal. De verandering wordt in gang gezet door de verbetering van zijn sociale gezondheid. Dit gaat ook op voor Paul. Zijn aanknopingspunt zit bij zijn kinderen. Over zijn keuze in zijn leven (baan opzeggen en in de wijk gaan werken) zegt hij het volgende:

“Dat heeft mij enorm verrijkt dat is echt [...] de mooiste baan van mijn leven. Dit is echt geweldig en [...] als ik nu kijk naar wat ik nu mag doen; ik mag precies doen wat ik eigenlijk wil. [...] Ik zie ook nog hoe geweldig die kinderen daar op floreren dus dat is gewoon geweldig, een geweldige baan. Als het dan ook nog zo mag zijn dat (...) ik de mogelijkheden krijg om dit straks ook toegankelijk te maken voor anderen nou ja dan is dat echt geweldig voor de kinderen in onze wijk” (Paul, B.6.16)

De verhalen van Jeanne en Theresa, die werkzaam zijn bij de psychiatrische dagopvang Trefpunt Oost liggen in het verlengde van Pauls ervaringen. Zij hadden echter een langere en moeizamere weg te gaan. Beide vrouwen hebben een ‘carrière’ in de wijk gemaakt. Zij zijn

laag opgeleid; Jeanne: “gewoon zes klassen lagere school en twee huishoudschool en dat was het” en Theresa een beroepsopleiding tot verzorgende. Vervolgens hebben zij deelgenomen aan diverse vrouwengroepen, de basisacademie (zie deel II) en aan de vrouwenhulpverlening in de wijk. Zij hebben zich ontplooid en hun nieuw ontdekte kwaliteiten ingezet ten behoeve van psychiatrische wijkbewoners. Jeanne is een van de oprichtsters van Trefpunt Oost; Theresa sluit zich later aan. Zij verwoorden de betekenis van hun carrière verschillend. Jeanne zegt over haar eigen ontwikkeling het volgende:

“En bij de vrouweninitiatief groep dat was meer (...) voor mij zelf. Mijn eigen ontwikkeling. En ja, toen ik aan het psychiatrieproject begon, dacht ik ja, dat is toch wat meer met mensen, mensen helpen, dat kan ik nou wel aan. Ik had in die tijd ook wel heel veel geleerd denk ik (...) en niet zo zeer over de psychiatrie, maar ik had wel heel veel geleerd wat mensen bezig hield in de wijk. [...] Ik denk dat het belangrijkste is, dat het door vrijwilligers gedragen wordt, geen beroepskrachten (...) en dat het dichtbij is waar zij wonen; dat is ook belangrijk.” (Jeanne, B.6.3)

Jeanne is overtuigd van het feit dat de psychiatrieopvang in de wijk moet plaats vinden los van de GGZ-instelling en dat het project gedragen moet worden door wijkbewoners, door vrijwilligers. Zij gaat steeds opnieuw het gevecht aan met de instellingen, die het project proberen in te kapselen. Haar verlangen naar autonomie is groot. Voor Theresa speelt het volgende vooral een rol:

“En toen bij Samen Beter [...] daar is het eigenlijk officieel begonnen, want vandaar uit heb ik me helemaal ontwikkeld [...] We werden op gelijk niveau behandeld(...) het was een samenspel en vandaar uit ben ik eigenlijk verder gegroeid en daar heb ik heel veel van geleerd. [...] Een van de dingen is de dingen kunnen doen die je graag wilt doen en ik ben iemand dat weet ik zeker als ik met mensen omga (...) ik voel me goed als ik voor mensen iets kan betekenen.” (Theresa, B.5.2)

Uit de vele voorbeelden in de vorige hoofdstukken zijn eveneens resultaten te destilleren. De allochtone vrijwilligers en I/Der noemen in hun definiëring van gezondheid de aanwezigheid van goede gezondheidsvoorzieningen. Ook enkele oudere vrijwilligers benadrukken het belang van de toegankelijkheid van goede voorzieningen. Het feit dat men gezondheidscentrum Samen Beter beschouwt als een toegankelijke voorziening is te beschouwen als een resultaat van de inspanningen van het gezondheidscentrum. Hierop kom ik terug in paragraaf 11.2.

De uitspraken van deze vrijwilligers raken wat Baart zegt over resultaten van de contacten die pastores hebben:

“Allereerst moge het duidelijk zijn dat, inhoudelijk gesproken, het helpende gesprek in het teken staat van bevrijding en van herstel van eer en gezondheid. Het herstellen van relaties beoogt de opnemings van de pastorant in een dragend sociaal netwerk en dus de vervulling van de sociale voorwaarden om sterk te staan. De beraadslagende begeleiding helpt om de toekomst te openen en aanvaardbare doelen en bestemmingen te ontwikkelen. De ‘trajectbegeleiding’ staat vooral in het teken van het verkrijgen van toegang, participatie en rechten. De materiële noodleniging mikt op het vervullen van heel concrete bestaansvoorwaarden. Nog eens anders gezegd gaat het om:

- *bevredigend jezelf kunnen zijn (of: vredig met jezelf kunnen zijn)*
- *bij betekenisvolle anderen behoren (of: betekenisvol bij anderen behoren)*

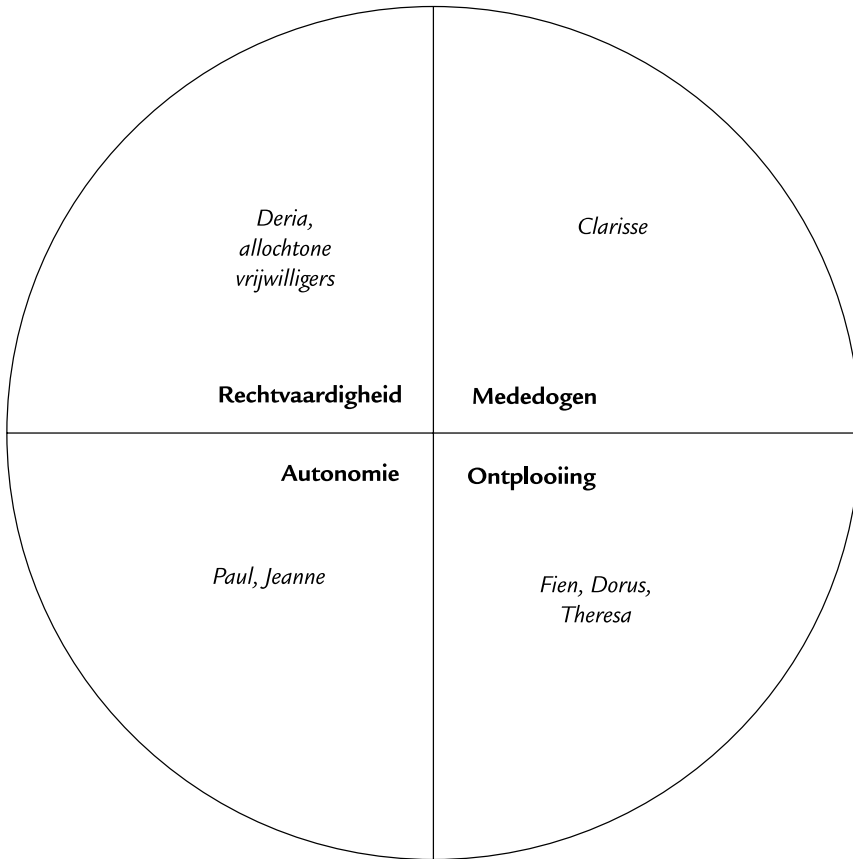
- *een zinvolle toekomst vóór je zien (of: een zinvolle toekomst voor jezelf zien)*
- *metterdaad voldoende invloed en rechten hebben*
- *je leven zeker zijn en nuttig weten.*” (Baart, 2001; pg. 629)

Het gaat in Den Bosch-Oost niet over pastoranten, maar over wijkbewoners, die een nieuw dragend netwerk opbouwen via hun activiteiten en op deze manier via de sociale omgeving hun gezondheid verbeteren. Het verschil zoals ook aangegeven in hoofdstuk 10 zit in de beginoriëntatie van het presentiewerk namelijk 'het herstellen van relaties'. De beginoriëntatie van de werkers in Den Bosch-Oost is gelegen in 'werken aan de lichamelijke, psychische en sociale gezondheid van de wijkbewoners voor en samen met hen'. Zoals we in deze paragraaf zien is het 'opnemen van de wijkbewoners in een dragend sociaal netwerk' daarvoor een belangrijke voorwaarde.

Uit de verhalen van Clarisse, Fien, Jeanne en Theresa spreekt echter nog een ander aspect, dat in de presentietheorie niet zo sterk naar voren komt. Zij zetten stappen in een 'empowermentproces'. Een ervaren onvrede, of emotionele gebeurtenis is de aanleiding om te veranderen. In het proces van verandering is deelname aan groepen met lotgenoten belangrijk; zij leren nieuwe vaardigheden die zij later gaan toepassen ten behoeve van anderen in de wijk. Soms 'klein' zoals Clarisse, die gastvrouw is bij De Stroom of 'groot' zoals Jeanne, die een nieuwe voorziening voor de wijk van de grond tilt. Door dit leerproces creëren zij een nieuwe toekomst en weten zij zich nuttig. In hun empowermentproces is te zien dat het enerzijds gaat om het individuele emancipatieproces en anderzijds om de gerichtheid op de ander, op de omgeving. Een betere gezondheid als gevolg van de interactie tussen psychisch en sociaal welbevinden, dat in sommige situaties eveneens de lichamelijke gezondheid verbetert of draaglijker maakt.

Deze omschrijvingen van vrijwilligers zeggen iets over de verbetering van hun gezondheidssituatie en beleving, maar raken eveneens de onderliggende waarden en verlangens, die benoemd zijn in hoofdstuk 10. Zij benaderen de verandering in hun leven, de resultaten van het proces dat zij hebben door gemaakt, vanuit een verlangen en onderliggende waarde. Hun gezondheid staat in relatie tot deze waarde, zoals aangegeven in tabel 11.1.

Tabel 11.1 Resultaten en waardeoriëntaties



11.2. Gezondheidscentrum Samen Beter als een community based voorziening

Alle uitspraken over Samen Beter zijn in de interviews gecodeerd. De coderingen zijn samengevoegd via familiecodes en vervolgens in de volgende drie clusters onder gebracht:

- Samen Beter als vertrouwde en toegankelijke gezondheidsvoorziening
- Samen Beter als ontmoetingsplek en opstap voor gezondheidsactiviteiten
- Samen Beter als verbindende wijkorganisatie

De werkers zeggen overwegend positieve zaken. Maar er zijn ook kritiekpunten, twijfels en hoopvolle verwachtingen voor de toekomst.

11.2.1. Samen Beter als vertrouwde en toegankelijke gezondheidsvoorziening

De allochtone vrijwilligers noemen de aanwezigheid van gezondheidsvoorzieningen een belangrijk aspect van gezondheid, wat aansluit op de WHO-definitie over gezondheid, waarin de gezondheidsvoorzieningen als een van de determinanten van gezondheid zijn opgenomen. Op de vraag wat ze van Samen Beter vinden, antwoorden zij als volgt:

Samuel, een Antilliaanse man die sinds 8 jaar in Nederland woont met zijn gezin:

“Ik ben altijd patiënt geweest bij gezondheidscentrum Samen Beter. Toen wij hier kwamen wonen heeft de buurvrouw verteld over Samen Beter. Dat er fijne dokters zijn daar. Ik kom altijd bij G. en M. Dat zijn goede dokters. Ze vragen altijd wat je zelf denkt en zelf wilt. Als het nodig is om een foto te maken dan regelen ze dat voor je. Ze zijn altijd heel vriendelijk. De assistentes ook. Het is wel moeilijk om ze op te bellen. Dan moet je lang wachten. Het is goed dat er een gezondheidscentrum is in de wijk. Mensen weten waar ze naar toe kunnen gaan als ze ziek zijn of als ze problemen hebben.” (Samuel, B.6.19)

Mohammed, een 18-jarige Marokkaanse jongeman, die in Nederland geboren is:

“Ik vind Samen Beter als ik daar ben, als ik bijvoorbeeld een blessure heb opgelopen met voetballen en als ik er dan kom (...) het is gewoon prettig om daar te zijn (...) allerlei soorten mensen (...) rijk en arm. [...] De mensen doen heel gewoon, het is heel normaal. We kennen G. en M. (huisartsen) en de anderen. Het zijn gewoon normale mensen, die voelen zich niet meer dan anderen. Het is echt niet zo, kijk ik kom er aan. Ja, mijn moeder komt er bijvoorbeeld met hoofdpijn. En dan gaan ze kijken hoe komt dat (...) Het is heus niet dat ze alleen maar zeggen hier heb je paracetamol en dat was het dan weer. Maar het is echt van hoe is het thuis, misschien stress en hoe is het met de kinderen en ze gaan steeds meer doorvragen. Niet alleen maar hier heb je de medicijnen en dat was het dan. Het zijn echt (...) dat ze meer dingen gaan zoeken. Ik vind het heel goed; mijn moeder vind het ook heel fijn om er heen te gaan.” (Mohammed, B.6.18)

Elena, een vluchteling uit Bosnië, heeft slechte ervaringen met de gezondheidszorg tijdens haar verblijf in het asielzoekerscentrum. Ze heeft reuma en wil doorverwezen worden naar een specialist. Ze wordt in eerste instantie niet geloofd. Nadat de situatie verslechtert, komt ze bij een specialist, bij wie zij het gevoel heeft een proefkonijn te zijn. Ze heeft toen alles op alles gezet om naar een andere specialist te kunnen gaan; nu wordt ze naar tevredenheid behandeld. Over Samen Beter zegt ze het volgende:

“Gewoon huisarts, secretaresse, afspraak maken, gewoon wachttijd; wachten af en toe beetje te lang wachten, maar maakt mij niet uit. [...] Ik ben helemaal tevreden. Ik weet ook niet wat ik moet zeggen gewoon tevreden.” (Elena, B.6.22)

Over de ervaringen van Deria, een Somalische vluchteling is in de vorige hoofdstukken al beschreven hoe hij zelf een stap zette om tot goede zorg te komen voor zijn landgenoten.

Enkele vrijwilligers die Samen Beter al lang kennen, de oprichting meegemaakt hebben en lange tijd patiënt zijn, volgen Samen Beter kritisch. Zoals Anna, die in de werkgroep zat, die Samen Beter opgericht heeft en in het interview steeds spreekt over ‘ons soort mensen’.

Ze heeft vanaf de beginperiode veel waarde gehecht aan inloopsprekuren en aan een eigen weekenddienst van de huisartsen van Samen Beter. Beide zaken zijn er niet meer zoals beschreven in deel II.

“En in het begin had je altijd een eigen arts in de weekenddiensten. Dat heeft heel veel voor veel mensen betekend. En als je dan eenmaal patiënt bent dan (...) ga je als er veranderingen zijn ook niet meer weg. En dat je ook heel veel disciplines onder een dak hebt. En dat je met heel veel dingen toch terecht kan bij Samen Beter, ik denk dat dat wel heel veel invloed heeft gehad. Want er zijn ook mensen die tegen mij zeiden van ‘oh god, ik heb zo lang geaarzeld, maar oh had ik het tien jaar geleden maar gedaan, want ik ben zo tevreden’. En dat vind ik dan altijd fijn om te horen, want ja, ontevreden mensen heb je altijd.” (Anna, B.6.1)

Toon is al meer dan 30 jaar als vrijwilliger bij vele activiteiten betrokken; onder andere bij de start van Samen Beter. Hij beschrijft zijn worsteling met het groter en professioneler worden van Samen Beter.

“Dat ideaal en dat gezondheidscentrum, dat was heel belangrijk voor de wijk. [...] En nu heeft het gezondheidscentrum heel veel naar binnen gehaald..[...] Nu zijn er heel veel professionele krachten bij gehaald, in de wijk. En (...) daar is niks op tegen, maar dat betekent dat het centrum zo groot is geworden, dat je daarnaast weer verschillende clubjes moet vormen om in de wijk te kunnen blijven. Dat directe contact dat vervalt dan. [...] En de jeugd groeit daar mee op en die vinden het maar heel gewoon, behalve dat ze zo lang moeten wachten. Want dan mopperen ze. En de garde van mij (...) Je slikt het, want in feite is het niet goed, de grootte.” (Toon, B.6.2)

Het gevoel dat Samen Beter te groot en te afstandelijk is geworden, verwoorden meerdere werkers. Hun mening staat in schril contrast met het gegeven dat Samen Beter door financiers nog steeds als een te kleine organisatie wordt beschouwd zoals beschreven in deel II. Niet alleen de vrijwilligers die betrokken zijn bij de oprichting van Samen Beter constateren deze verandering. Ook anderen zijn kritisch ten opzichte van de veranderingen. Veranderingen, die zowel voor- als nadelen hebben zoals Mary verwoordt, die als I/Der in buurthuis de Oosthoek werkt:

“Want ik vind Samen Beter ook niet altijd even gezellig en prettig. [...] Het zijn er tegenwoordig zo verschrikkelijk veel. Die bijvoorbeeld in dat hokje (balie) zitten. Je krijgt niet echt met iemand een contact in die zin dat je vroeger wel had. [...] Het beleid is natuurlijk anders, maar ik heb het ook wel eens een paar keer met die meiden aan de stok gehad. Want ik vind, ik hoef me niet te laten behandelen als een onmondig klein kind. [...] Een gedeelte bij Samen Beter is zakelijk, en een gedeelte is menselijk en je moet de menselijke kant juist hebben voor de zorgprojecten. [...] Nee, ik vind Samen Beter in die omvang zoals ze nu zijn, met al die vele mensen, (...) het warme wordt wat minder [...] die warme sfeer, die mis ik. [...] Het gebouw is prachtig, daar valt niks op af te dingen en die gastvrijheid met koffie, dat is ook hartstikke goed. [...] Maar het is zakelijker geworden [...] als je de dokter ergens over wilt spreken, dan word je genoteerd en dan word je terug gebeld [...] Maar dat kan natuurlijk ook niet anders, zo'n dokter kan niet permanent aanspreekbaar zijn voor mensen die opbellen, dat gaat niet. [...] Want nou is het echt zó groot met alles erop en eraan, dat is alleen maar makkelijk natuurlijk.

[...] Want ik bedoel de contacten met M. (huisarts) is altijd hetzelfde en als ik bij G. (huisarts) kom is altijd prima en kom ik bij H. (fysiotherapeut) helemaal geen probleem.” (Mary, B.5.4)

Wijkbewoners die niet zo lang in de wijk wonen hebben minder hoge verwachtingen en beoordelen Samen Beter positiever, zoals Loes:

“Ja, je loopt daar gemakkelijk binnen. (...) Helemaal niet zo’n drempel van (...)we gaan naar de huisarts of naar de (...) Je loopt daar heel makkelijk binnen en het ziet er heel gemoedelijk uit, overal staan kopjes koffie en [...] ik kom daar ook voor de diëtiste en voor W. en de mensen die ik daar spreek, die zijn hartstikke aardig en hartstikke leuk en [...] toen met die groep, was ook meteen (...) heel gemoedelijk [...] ik vind dat heel belangrijk. Want ik weet nog goed dat ik voor de allereerste keer naar het RIAGG ging, dat vond ik verschrikkelijk. Ik vond dat gebouw verschrikkelijk, dan moest ik daar nog eens naar binnen en ik durfde eigenlijk niet en ik moest allemaal dingen gaan zeggen die ik niet durfde te zeggen (...) Dus een vriendin van mij is meegegaan en die heeft daar zitten wachten, want ik vond dat een heel vervelend gebouw (...) dat weet ik nog goed. Heel kil en koud en echt zo’n wachtkamer met zo van die stoeltjes waar je zo dan moest zitten.” (Loes, B.6.21)

Voor de in de wijk wonende psychiatrische patiënten is Samen Beter een vanzelfsprekende basisvoorziening, die in één adem wordt genoemd met bijvoorbeeld de EDAH en het postkantoor.

Naast de vele opmerkingen over de toegankelijkheid, de sfeer en uitstraling en de aanwezigheid van meerdere disciplines, zeggen enkelen iets over de kwaliteit van de hulpverlening, zoals Samuel en Mohammed in eerder aangehaalde citaten. Sandra, die lid is van de patiëntenraad van Samen Beter zegt het volgende:

“De bottom up werkwijze, de laagdrempelige zorg; ook dat de zorg geboden wordt voor (...) de mensen (...) met achterstand. [...] En vooral het veel samen doen [...] niet op een eilandje werken. [...] en er wordt bijvoorbeeld ook nagedacht over het voorschrijven van medicatie (...) ik bedoel slapeloosheid kun je afdoen met slaaptabletten voorschrijven of een slaapcursus. En ik zag meer in het aanbod van een slaapcursus. Ik had toen ook al last van mijn rug en ik kreeg daar geen medicijnen voor, maar gewoon fysiotherapie. [...] De multidisciplinaire samenwerking op Samen Beter, dat sprak mij aan. [...] En ook de poging om (...) de zorg goedkoop te houden met bijvoorbeeld het voorschrijfbeleid. (...) Is wel een druppel op een gloeiende plaat denk ik maar alle kleine beetjes helpen.” (Sandra, B.6.6)

Ondanks de kritiekpunten die er zijn, is gezondheidscentrum Samen Beter te typeren als een brede, toegankelijke gezondheidsvoorziening voor de wijk. Men kent het gezondheidscentrum, weet wie er werken en waardeert de samenwerking van de verschillende disciplines. De indruk dat het gezondheidscentrum te groot en afstandelijk is geworden, hebben vooral degenen die de begintijd mee gemaakt hebben.

Uit de kritiekpunten blijkt dat Samen Beter een voorziening is in de wijk, waar men zich mee bemoeit, waar men een mening over heeft. Het is geen anonieme instelling, maar een instelling, waar men iets van verwacht.

11.2.1. Samen Beter als ontmoetingsplek

In de uitspraken in de vorige paragraaf worden de wachtkamer en de gastvrouwen een aantal keren genoemd. Velen die Samen Beter voor het eerst bezoeken noemen de uitstraling van de wachtkamer die van een buurthuis, een uitstraling passend bij de wijk Den Bosch-Oost. Het is geen kale en ongezellige wachtruimte, maar een ruimte die een betekenis heeft. Dit element binnen Samen Beter werk ik nader uit. Hierbij heb ik materiaal uit de interviews gebruikt en ook eerder geschreven teksten. (Penninx en Prinsen, 2000)

Ongeveer tien tot twaalf voornamelijk uit de wijk afkomstige vrouwen (en soms een enkele man) vormen jarenlang de gastmensen-groep van gezondheidscentrum Samen Beter. De laatste jaren is de groep kleiner geworden, zoals beschreven in deel II. Zij zijn ieder een vast dagdeel aanwezig in het gezondheidscentrum. Zij ontvangen de patiënten, zorgen voor koffie en thee in de wachtkamer, richten de wachtkamer gezellig in, houden de kinderen bezig als hun ouders ongestoord met de huisarts of een andere hulpverlener willen praten. Zij maken een praatje met de bezoekers van het gezondheidscentrum of vangen iemand die het moeilijk heeft nog even op in hun eigen ruimte. Sommige eenzame mensen, verdrietige mensen, storten hun hart na hun bezoek aan de arts ook nog eens uit bij de gastman of gastvrouw. Zij zijn behulpzaam bij het inrichten van de wachtkamer rond een bepaald gezondheidsthema en reiken informatiemateriaal aan bezoekers uit. Zij zorgen kortom voor de sfeer in de wachtkamer. Maar zij zijn meer:

- *De ogen en oren:*

De gastmensen die deze functie langere tijd vervullen, worden geziene personen in de wijk. Zij leren veel mensen kennen en gaan een natuurlijke contactfunctie vervullen. Zij weten wat er aan de hand is in de wijk; weten wat mensen bezig houdt:

“Ja, ik ben heel lang gastvrouw geweest. Dat vond ik heel fijn. Omdat je dan allerlei mensen ontmoette die je normaal eigenlijk nooit meer zag. Want heel vaak dat er iemand binnenkwam van ‘oh ben jij ook hier?! ‘En hoe is het met de dochter en hoe is het met dit en met dat?’ Dan hoorde je wederzijds een hele hoop dingen van elkaar die je anders nooit meer aan de weet kwam.” (Anna, B.6.1)

- *De steunpilaren:*

Zij steunen mensen in hun contacten. Mensen vertellen soms hun zorgen en problemen. Mensen voelen zich begrepen door iemand die dichtbij hen staat.

“Maar ook dat mensen al hun verhaal gingen vertellen en dat ik zei van dat moet je niet doen. Als je dat wilt vertellen dan kan ik wel iemand voor je roepen en je mag ook wel iets aan mij vertellen maar dan moet je maar even in de koffiekamer komen of zo. En dat waren allemaal kleine dingen waar je op ging letten en die jou meer waarde als gastvrouw gaven. Niet dat je alleen maar een kop koffie moest zetten.” (Anna, B.6.1)

- *De voorbeelden:*

Het gedrag of de mening van gastmensen geldt als voorbeeld. Als een van hen stopt met roken, volgen binnen korte of langere tijd meerdere mensen in hun persoonlijke netwerken dit voorbeeld. Als zij zich openlijk uitspreken tegen racisme en discriminatie heeft dit een duidelijk effect op de omgeving.

“Maar ook als er bijvoorbeeld buitenlandse mensen in de wachtkamer zaten en dan werd daar vaak op afgegeven en dan zei ik ‘ja, wat heb je daar nou aan?’ Die mensen doen toch niemand kwaad? En dat die dan met vier of vijf tegelijk komen, ja dat is hun cultuur, dat moet je dan maar pikken. En daar ben ik altijd een beetje op ingegaan in de wachtkamer. En dat werd ook niet altijd in dank afgenomen want je kreeg ook wel eens scheldwoorden naar je kop, maar meestal werd er toch wel naar geluisterd. En dat vond ik waardevol als gastvrouw.” (Anna, B.6.1)

- *De intermediairs:*

Bij het ontwikkelen en opzetten van nieuwe activiteiten zijn zij belangrijke boodschappers. Zij verspreiden informatie, motiveren anderen tot deelname of nemen zelf deel aan activiteiten en helpen daardoor anderen over een drempel.

“Dat probeer je dan te vertellen. Ik wil geen priester of geen dokter zijn, maar negen van de tien keer merk je wel dat ze er iets van opgestoken hebben. [...] Ik vertel wel hoe ik het ervaren heb, en wat ze er dan mee doen, dat is natuurlijk aan hen. [...] Bijvoorbeeld zwemmen; op zich is dat voor iedereen goed, want (...) in het water kun je alles. [...] Ik kan daar wel uren over praten. [...] Je zegt (...) wat denk je daarvan (...) en ik zeg nou dan ben ik er ook. Gewoon het idee dat ze jou kennen, dat ze iemand kennen. Dat het makkelijker maakt. [...] Nou, en bepaalde typen mensen die spreekt dat blijkbaar aan.” (Fien, B.6.7)

- *Het klankbord:*

Voor de professionals vormen zij een klankbord om nieuwe ontwikkelingen en tendensen mee te bespreken. Op thema-avonden of in gesprekken tussendoor worden ideeën getoetst en krijgen professionals groter inzicht en beter begrip voor de wijk.

“Nou goed, alle vrijwilligers komen uit de wijk en [...] ik kwam daar als onervaren arts en [...] via hen mijn weg in de wijk proberen te vinden. Niet zozeer de straatnamen etc., maar (...) door contact met die vrijwilligers kreeg ik ook een idee van wat leeft er in de wijk. [...] Ik noem bijvoorbeeld, iemand als N. [...] die als (...) vrijwilligster binnen de Oosthoek heel veel heeft betekend voor de groep van psychiatrische patiënten. (...) deze patiënten, die geen belangrijke rol binnen de maatschappij schijnen te spelen, om hen toch ook een soort van een (...) waardig gevoel te geven; wij tellen mee, er zijn mensen die om ons geven. Ik denk dat dit een heel belangrijk basisgevoel is, dat je mensen kan geven en ik denk dat mensen, de vrijwilligers, dat veel beter kunnen bieden (...) dan ik als professional.” (Emiel, B.4.7)

De gastmensengroep werkt de nieuwe leden zelf in. De jarenlange ervaring opgeslagen in deze groep wordt op deze wijze doorgegeven. De functie gastmensen blijkt vooral voor oudere mensen een zinvolle tijdsbesteding te zijn, waaraan zij veel waarde hechten en waardoor zij erkenning voor hun kwaliteiten krijgen. Voor jongere gastmensen is de functie vaak een overgang naar een nieuwe stap in hun leven.

De gastmensen voegen een aspect toe aan Samen Beter als gezondheidszorgvoorziening, dat ik onderzoek aan de hand van de theorie van Blokland over ontmoetingen in de wijk en de theorie van Kal over 'kwartier maken'.

Gezondheidscentrum Samen Beter in de wijk Den Bosch-Oost heeft niet alleen een instrumentele betekenis, waar patiënten naar toe komen vanwege een 'transactie' of een instrumenteel-rationele handeling. Het doel van de patiënten is het bezoek aan een huisarts, fysiotherapeut of andere hulpverlener. Uit alle voorbeelden tot nu toe spreekt echter dat de ontmoeting met de hulpverlener én de ontmoetingen met de gastmensen betekenisvol zijn en daarmee in Bloklands schema (paragraaf 3.2.3) passen onder verbindingen en soms banden. De ontmoetingen in het gezondheidscentrum krijgen soms een vervolg en leiden tot hechtere contacten in bijvoorbeeld groepen en activiteiten of bij de opzet van nieuwe wijkinitiatieven.

Door de toevallige ontmoetingen van patiënten en wijkbewoners in de wachtkamer biedt gezondheidscentrum Samen Beter in termen van Blokland publieke familiariteit. Publieke familiariteit is er in een wijk als mensen elkaar toevallig ontmoeten bij het gebruik van voorzieningen. Wijkbewoners zijn hierdoor bekend met elkaar; niet in de zin van een affectieve relatie, maar men kan elkaar identificeren als wijkbewoner. Toevallige ontmoetingen in wijkvoorzieningen dragen bij aan het sociale weefsel van een wijk. Volgens Blokland staat het stedelijk sociale weefsel onder druk door segregatie van economische en sociale netwerken, segregatie van arm en rijk in ruimtelijke en sociale zin en segregatie van sociale netwerken door grote afstanden. Zoals we eerder zagen is de bevolkingssamenstelling van de wijk én van het patiëntenbestand van Samen Beter gemêleerd en ontmoet allochtoon en autochtoon, arm en rijk, elkaar in de wachtruimte van gezondheidscentrum Samen Beter. Blokland pleit voor vanzelfsprekende ontmoetingsruimten in wijken. (Blokland, 2006) De wachtkamer van Samen Beter is een dergelijke ruimte waar men elkaar vanzelfsprekend en vluchtig kan ontmoeten.

Kal heeft in haar studie over 'kwartier maken' onderzocht hoe gewerkt kan worden aan een gastvrij onthaal in buurtcentra en vrijwilligerswerk voor de 'vreemde ander'. De 'vreemde ander' zijn de mensen met een psychiatrische achtergrond. Zij houdt een pleidooi voor het maken van 'niches', dat wil zeggen gastvrije plekken met een aansprekend aanbod en met mensen die emotioneel steunend zijn en tijd hebben. Zij stelt dat verantwoordelijkheid moet worden genomen om de gewone gang van zaken te onderbreken en het aspect van gastvrijheid (programmatisch) vorm te geven. Dan opent zich een ander perspectief, dat een echte ontmoeting met de 'vreemde ander' mogelijk maakt, integratie effectueert en kwaliteit geeft.

(Kal, 2001) Trefpunt Oost is in de wijk een dergelijke ‘niche’. De bezoekers van het Trefpunt Oost komen als patiënt bij Samen Beter en hebben ‘vluchtige ontmoetingen’. De gastmensen van Samen Beter ontvangen hen gastvrij en dragen daarmee bij aan de integratie van de in de wijk wonende patiënten met een psychiatrische achtergrond. Dit geldt eveneens voor mensen met een andere beperking.

Deze functie van de wachtkamer en de functie van de gastmensen staan in een gespannen relatie tot de roep om privacy vanuit het gezondheidszorgdomein. Ook daar heeft Samen Beter mee te maken. De momenten dat de wachtkamer het beeld biedt zoals hierboven omschreven, worden afgewisseld met momenten van zwijgend naast elkaar zittende bezoekers. Het afschermen van de gesprekken die patiënten voeren met de centrumassistentes is voor sommige patiënten erg belangrijk; voor anderen weer niet. Het omgaan met deze verschillende verwachtingen stelt hoge eisen aan het functioneren van de gastmensen én aan de inrichting van de wachtkamer. In de wachtkamer en in de functie van de gastmensen raken de domeinen van de gezondheidszorg en het sociaal werk elkaar.

11.2.2. Samen Beter als wijkorganisatie

Samen Beter is door een aantal beroepskrachten en wijkbewoners opgericht, zoals beschreven in deel II. Via Hulpsector Oost, via de gastmensen en via wijkactiviteiten van beroepskrachten worden verbindingen met de wijk onderhouden. Samen Beter is daardoor een in de wijk gewortelde organisatie, die tot de verbeelding spreekt van een bepaalde groep wijkbewoners. Samen Beter is een plek waarin vrijwilligers inzichten en vaardigheden opdoen door praktisch mee te doen in de organisatie. Anna hierover:

“Je mocht meedenken met hoe het ging gebeuren. Je was betrokken bij de koop van een huis(...) Het inrichten er van (...) het schoonmaken, dat werd toen nog door een beroepskracht en een vrijwilliger elke week bij toerbeurt gedaan [...] Want die vonden het zelf heel gewoon, dus wij vonden het ook heel gewoon. Dat je meegroeide, ook met hen. Want ze zeggen wel, alle mensen zijn gelijk, en dat is echt niet waar, maar je kunt wel gelijkwaardig met elkaar omgaan. En dat werd daar gedaan, en dan merkte je ook dat dat heel veel voldoening geeft. Ook voor je zelf. [...] ik zat in de visiegroep en ik heb mee gewerkt met het krantje maken en zo (...) dingen schrijven en (...) iedere maand een gedichtje in de wijkkrant zetten en ook (...) vaak over het gezondheidscentrum. En later ben ik ook bij het bestuur gekomen. En dat hoor je ook nergens dat een gewone vrouw uit de wijk mee in het bestuur zit en dat daar best aandacht aan geschonken wordt. En ik kon niet op jullie niveau meepraten, want daar had ik nooit iets van geleerd, maar ik kon wel nadenken en mijn mening geven als er iets was en daar werd naar geluisterd.” (Anna, B.6.1)

Toon gaat vooral in op de nieuwe relaties die ontstaan door de komst van het gezondheidscentrum in de wijk en wat dat voor wijkbewoners betekent:

“Dat heb ik vanaf het begin, vanaf de kennismaking [...] dan gaat er een wereld open, dat weet ik nog heel goed. [...] Want dat was wat, met een aankomende dokter aan tafel te zitten of een psycholoog,

(...) maar dat bleken heel goede mensen te zijn, net zo gewoon als ik. En dan trek je daar later samen door de wijk mee op. [...] dat is geweldig, dat heeft zo 'n impact gehad op mij (...) op heel veel mensen, want anders hadden er nooit zoveel bij jullie, als Samen Beter blijven hangen, nu nog. Vanaf het eerste uur zitten er nu nog mensen, en ik praat er nog bewogen over. Want het is en blijft anders! Alleen het moment van toen en nu, daar zit een groot verschil in, en dat moet. Je moet meegroeien. Dat geeft een binding. [...] Samen Beter, die hadden de vertakkingen heel snel in heel de wijk, in heel de buurt, overal. Heel snel. Dat netwerk, dat toen al zo genoemd werd, dat werd heel snel (...) uitgebreid. Draggers. Dat waren mensen, dat zeg ik altijd, met het hart op de goede plaats en dat hebben ze nog. Maar als die dan daar wegvallen dan valt er een gat.” (Toon, B.6.2)

Zowel Anna en Toon benadrukken wat het voor de ‘gewone’ wijkbewoners betekent dat zij in directe contacten samenwerken met hoogopgeleiden. Zij leren hierdoor én krijgen hierdoor zelfvertrouwen. Hoe belangrijk zelfvertrouwen in relatie tot gezondheid is, kwam naar voren in hoofdstuk 10 in de beschrijving van De Stroom. Het zijn vooral de vrijwilligers die betrokken waren bij de oprichting en de beginjaren die niet uitgepraat raken over de betekenis van die periode in hun leven. Zij dragen het over op jongere wijkbewoners. Zo vertelt Divikar over zijn deelname aan de patiëntenraad:

“Ik heb zoiets van nou waarom doe ik het? Ik had eerst zoiets van (...) ik kom uit de buurt, en specifiek ken ik Samen Beter ook heel goed. Mijn vader, toen hij hierheen kwam, is door Samen Beter geholpen, daar was hij ook patiënt. Samen Beter hebben we eigenlijk zien groeien. En de kracht die daar achter zit, het samenwerken van mensen, van verschillende disciplines, vond ik leuk, en ook goed om te zien dat dat kan. Dat je uit heel weinig iets heel groots opzet. En daarbij wilde ik mijn eigen bijdrage aan toevoegen als patiënt.” (Divikar, B.6.10)

Jeanne benadrukt een andere kant van Samen Beter; namelijk de functie die Samen Beter inneemt naar de wijk. Haar man is patiënt bij een huisarts van een ander gezondheidscentrum, waarmee zij Samen Beter vergelijkt:

“Nou, ik vind dat het een heel belangrijke functie heeft voor de wijk, ik denk er is niet een gezondheidscentrum die zo met de wijkbewoners altijd betrokken is geweest als Samen Beter. Want ik denk dat een andere arts, als je op een gezondheidscentrum komt met dingen waar wij mee kwamen, ja heel het wijkgebeuren speelde zich daar ook af [...] En ik denk dat andere gezondheidscentra toch wat afstandelijker zijn. Die doen alleen de gezondheid, wat ze moeten doen.” (Jeanne, B.6.3)

Diverse vrijwilligers spreken over ‘wij’ en ‘ons’ gezondheidscentrum en zijn er trots op dat de wijk een dergelijk gezondheidscentrum heeft. Ook vrijwilligers die zelf geen patiënt zijn bij het gezondheidscentrum uiten zich op deze manier over het gezondheidscentrum, zoals Harry, die in zijn familie een vervelende situatie heeft mee gemaakt met een van de huisartsen van Samen Beter:

“Ik denk dat de functie van Samen Beter in de buurt heel belangrijk is en heel goed is en ik zeg al die ervaring, die kwaai ervaring dat wil ik achter me laten, dat is verleden tijd. Maar gewoon het sociale gebeuren vanuit Samen Beter wat er gebeurt, is alleen maar goed en de mensen hechten er ook heel veel waarde aan. Dat hoor ik terug op heel veel plaatsen. [...] Ik denk in het hele sociale gebeuren,

niet alleen in het gezondheidsgebeuren. Er zit meer bij Samen Beter, sociaal werk, ik denk dat dat heel belangrijk is in een wijk als dit. Die samenhang van het geheel. [...] gewoon mensen die sociaal, privé, financieel problemen hebben die via via via op de een of andere manier bij mensen van Samen Beter terecht komen en die uit de brand geholpen worden. Die dus de hulp krijgen, de steun krijgen. Mensen die psychisch een trauma ergens aan overhouden, die worden toch gewoon geholpen door Samen Beter en dat vind ik gewoon heel belangrijk dat dat soort dingen er zijn.” (Harry, B.6.14)

Henk is ook geen patiënt, maar ziet Samen Beter als een voorbeeld voor de wijk:

“Samen Beter heeft een bepaalde uitstraling. Het heeft een bepaald iets. Iedereen kijkt, dat wil niet zeggen allemaal, maar Samen Beter is toch (...) een gegeven iets in de wijk. Het is (...) eigenlijk het centrale in de wijk, iedereen kijkt daar een beetje tegen op. [...] Ik denk dat het voor Oost heel goed is en ik denk dat zoiets in andere wijken in Den Bosch ook gaat komen in de toekomst. [...] voor mij persoonlijk heeft het best heel veel betekenis”. (Henk, B.6.13)

Anneke noemt de brede betekenis van Samen Beter; het is meer dan een gezondheidscentrum:

“Ik heb op een gegeven ogenblik gemerkt dat de welzijnsinstelling Divers die dus in de wijk nauwelijks nog actief is dat een heleboel dingen eigenlijk min of meer overgenomen zijn door Samen Beter en eigenlijk is dat heel vreemd, dat een gezondheidscentrum die positie inneemt. [...] Ik heb al gedacht het zou nog breder uit te werken zijn.” (Anneke, B.6.4)

Theresa noemt Samen Beter kort en bondig ‘als een moeder verbonden met de wijk’ en ook in het verhaal van Marijke, de coördinator van de kinderopvang lopen vele lijnen en contacten via Samen Beter. Samen Beter is een rode draad in haar werk, waar ze op terug valt en activiteiten samen mee oppakt.

De beroepskrachten noemen vooral de kleinschaligheid als een groot goed zoals Helma verwoordt, die eerst in een grote thuiszorgorganisatie werkte:

“In een grote organisatie als de thuiszorg in ieder geval veel meer lagen. (...) Veel moeilijker om een boodschap op de juiste plek te krijgen, om er iets mee te doen, terwijl dat hier natuurlijk veel makkelijker gaat. [...] En zo’n grote organisatie is heel veel bezig met het organiseren, van: hoe hou je alles overeind. Terwijl ik in een gezondheidssituatie ook zoiets heb van: jongens, het gaat uiteindelijk om de mensen die verzorgd moeten worden, de zorg aan het bed, dat moet in ieder geval draaien. En niet alle lagen die daarboven zitten, dat die maar door blijven draaien; daar gaat het uiteindelijk niet om.” (Helma, B.4.6)

Beroepskrachten die de beginjaren van gezondheidscentrum Samen Beter niet hebben mee gemaakt, maar er later zijn komen werken, laten zich positief uit over de volgende zaken:

- Echte nabijheid voor de wijkbewoners van veel disciplines; bewoners kunnen daar veel halen
- Opvallend hoeveel vertrouwen wijkbewoners hebben in de beroepskrachten
- Aardige en spontane werkers, gemakkelijk aanspreekbaar en goede onderlinge contacten
- Betrokkenheid van vrijwilligers
- Bijzondere geschiedenis; Samen Beter als familie; geen hiërarchische organisatie

Emiel wijst op de verbindende elementen binnen Samen Beter, die door het groter worden onder druk komen te staan:

“Vertrouwen hebben in elkaar. [...] wij delen toch een beetje (...) dezelfde ideologie, om het maar even zo te zeggen. En dus van daaruit heb ik ook vertrouwen in de (...) capaciteiten van de mensen, in ieder geval maar ook het vertrouwen dat (...) ze zich ook met hetzelfde zorggevoel werpen op de problematiek hier in de wijk. [...] Ik had vroeger veel meer een familiegevoel dan nu... (...) Er zijn zoveel differentiaties aanwezig binnen Samen Beter. [...] en dat maakt dat bepaalde persoonlijke contacten een beetje verwateren en daar moet je een beetje voor waken, dat je niet alleen een zakelijk contact met elkaar hebt, maar ook moet leren om toch ook een beetje naar een ander niveau te liften. [...] Patiëntenzorg is heel belangrijk (...) dat moet primair zijn, maar je moet daar niet in opgaan. Dat je ook je oog hebt voor elkaar, voor de meest gewone dingen. Dat je ook samen bij elkaar kan komen, de rust kan zoeken om (...) de dingen die je tegenkomt in de praktijk op een heel rustige manier kan bepraten. En als die rust om elkaar weer te kunnen aanspreken er is, dan zijn er ook weer genoeg mogelijkheden om de persoonlijke contacten weer aan te halen.” (Emiel, B.4.4)

Lex de opbouwwerker noemt Samen Beter een stevige, gesettelde organisatie in de hele wijk, niet alleen in een paar buurtjes, maar overal; ook in de Bartjes. Wijkbewoners kennen Samen Beter en zijn er positief over. Samen Beter hoort bij de historie van de wijk en die is hem al vaak verteld door wijkbewoners. Dit aspect benadrukt Annelies, maatschappelijk werker, ook. Een bepaalde groep wijkbewoners heeft het gevoel ‘dat is iets dat we zelf hebben opgezet; we hebben dat mooi voor onze wijk voor elkaar gekregen’. Dat geeft zelfvertrouwen en dat is een geschiedenis die steeds doorverteld wordt, zodat dat gevoel blijft bestaan. Samen Beter voegt op deze manier iets bij aan de collectief gevormde betekenis, die in de tijd wordt overgedragen en niet zomaar ingewisseld kan worden voor een nieuwe werkelijkheid. (d en Hortulanus, 1999)

De overeenkomst in de betekenissen, die de werkers Samen Beter toedichten zijn groot. Samen Beter is een in de wijk geïntegreerde brede basisvoorziening, die een centrale positie in de wijksamenwerking inneemt. Een voorziening opgebouwd door de wijk zelf, een voorziening ‘van ons’, iets waar men trots op is en waar men ‘bij hoort.’ Het feit dat het gezondheidscentrum geen buurthuis is, maar een gezondheidszorgvoorziening geeft hieraan een extra dimensie, omdat het minder voor de hand liggend is dat een dergelijke band bestaat met een medische voorziening. Het is een wijkorganisatie waarmee men zich verbonden weet en die bijdraagt aan de door Blokland genoemde symbolische betekenis die de wijk heeft; zoals eerder beschreven in hoofdstuk 9 en 10. Samen Beter komt uit deze beschrijvingen naar voren als een organisatie, waarin zowel de beroepskrachten als de vrijwilligers de ruimte en gelegenheid hebben om te leren. Het is een organisatie waarin fouten gemaakt worden en waarin niet alles goed loopt. De onvrede hierover wordt uitgesproken en zoals in deel II beschreven, is de onvrede de aanleiding voor verbeteringen via bijvoorbeeld een kwaliteitskring. Samen Beter scheidt de voorwaarden voor goede hulp en dienstverlening en draagt daarmee bij aan de gezondheid van de wijkbewoner niet vanuit de smalle medische gezondheidsopvatting,

maar vanuit een brede invulling van gezondheid. Die brede invulling en het beeld dat Samen Beter uitstraalt, verwoordt Bram, een van de huisartsen als volgt:

“Het fenomeen gezondheidscentrum wordt niet meteen geassocieerd met de huisarts. Mensen denken: ‘ze hebben misschien wel dokters.’” (Bram, B.4.1)

11.3. De geïntegreerde aanpak via Hulpsector Oost

In de interviews is de vraag gesteld welke betekenis Hulpsector Oost heeft voor de wijk. De werkers laten zich zeer verschillend uit over Hulpsector Oost. Voor vele vrijwilligers is Hulpsector Oost te abstract. Zij gooien Hulpsector Oost en Samen Beter op een hoop. Samen Beter is tastbaarder. Sommigen hebben het over personen die bij Hulpsector Oost horen. Zoals Lina van De Stroom:

“Ja, die hele Hulpsector verder, ik zou het sociale netwerk goed moeten kennen maar het (...) zegt me eigenlijk niks. Nee, Samen Beter wel, daar heb ik heel veel contact mee gehad. A. die was echt geweldig.” (Lina, B.6.9)

Het is moeilijk om woorden te geven aan een abstract samenwerkingsverband:

“Ja (...) Hoe heet het (...) de Hulpsector, die heeft daar zeker een groot ding in, die moeten zeer zeker die wijk vasthouden. Het netwerk.” (Jeanne, B.6.3)

En

“Alleen de naam Hulpsector zal ik maar zeggen is niet zo bekend bij de mensen in de wijk Oost [...] ik vind het heel belangrijk en zeg maar ik vind het met elkaar verbonden zijn van ja ik weet niet het is toch ook vanuit Samen Beter ontstaan de Hulpsector. Zo die lijntjes die zijn zo belangrijk.” (Henk.6.13)

Hulpsector Oost is een netwerk van groepjes, activiteiten, bijeenkomsten met als thema gezondheid. Er is een keer per twee maanden een intersectoraal overleg. In deel II is de uitleg over Hulpsector Oost opgenomen. De opmerkingen in relatie tot Hulpsector Oost zijn als volgt gerubriceerd:

- Het intersectorale overleg (het praten)
- De intersectorale activiteiten (het doen)
- De noodzaak van de coördinatie (het bij elkaar houden)

Deze drie onderdelen worden in de volgende subparagrafen beschreven.

11.3.1. Het praten

Annelies en Gwen nemen vele jaren deel aan de Hulpsector-overleggen. Annelies, maatschappelijk werker, meldt in een eerder gebruikt citaat, dat Hulpsector Oost de dynamiek biedt om van het individuele naar het groepsmatige en collectieve te gaan en omgekeerd. Gwen, opbouwwerker, legt het praktischer uit:

“Wat ik toen merkte is dat ik in een mum van tijd een gigantisch netwerk leerde kennen. Daar heb ik nu nog steeds profijt van. Ik heb ook het idee dat als ik door Oost loop [...] zoveel mensen ken en organisaties en contacten heb en ik loop bij Oosterhof naar binnen net zo makkelijk als bij de Grevelingen of bij Het Kruimeltje of bij het Rondeel.” (Gwen, B.4.5)

Ook Wilma, preventiewerker bij Samen Beter, benadrukt de praktische kant van Hulpsector Oost: *“Ja, het netwerk waardoor de bereikbaarheid een stuk simpeler, een stuk gemakkelijker wordt van werkers in de wijk.(...) Mijn positie, ik zet mezelf neer aan de rand van het gezondheidscentrum, omdat ik niet direct een gezondheidswerker ben, dus ik zit zo’n beetje binnen en buiten de verbinding te onderhouden en in die zin raakt het soms wel een beetje aan opbouwwerk. [...] Het netwerk, het functioneren van het netwerk dus de contacten in het netwerk vind ik heel belangrijk. [...] Dan kan je mensen [...] van dienst zijn. [...] Dat mensen ook zien dat, als een maatschappelijk werker bijvoorbeeld meeloopt naar De Stroom met iemand, dan zien mensen ook die betrokkenheid van het maatschappelijk werk bij De Stroom.”* (Wilma, B.5.1)

Lex benoemt de meerwaarde van Hulpsector Oost vanuit het opbouwwerk:

“Het voordeel, vind ik, van de Hulpsector dat er heel veel partijen bij elkaar om de tafel zitten en ook daardoor een heel grote achterban van die wijk (...) aanwezig is, die daar een bijdrage kan leveren. (...) Ik vind wel dat daar opbouwwerk bij hoort (...) ook politie (...) Omdat ik denk dat je anders het risico loopt dat je (...) zou kunnen verzanden in een puur gericht zijn op gezondheid en zorg. Terwijl ik denk dat het soms goed is om ook wat hardere dingen met elkaar te bespreken. Puur de fysieke omgeving, of ook heel duidelijke signalen van drugs, criminaliteit en die soort dingen meer. Dat wakende oog zou de Hulpsector met elkaar moeten hebben. Hebben we alles in beeld? Weten we ook alles wat er speelt in die wijk? Kunnen we daar ook voldoende met elkaar, zeg maar, iets aan doen in deze samenstelling? Of niet? Nou, dat is een inschatting, maar ik denk dat als opbouwwerk daarbij niet vertegenwoordigd zou zijn, dat het misschien daar ook niet over gaat.” (Lex, B.4.9)

Diana (GGZ), July (GGD), Iris (maatschappelijk werk) en Helma (verpleegkundige) leren via de Hulpsector-overleggen de werkers in de wijk én de wijk kennen. July noemt Hulpsector Oost een rijdende trein waar ze op kon springen en waardoor ze veel mensen en organisaties in de wijk leerde kennen. En Iris vertelt hoe overdonderend die kennismaking verliep:

“Door A. ben ik wel meegetrokken en meegesleurd om alles een beetje te laten zien en (...) het waren heel veel nieuwe mensen allemaal voor mij, want ja dit was in ieder geval helemaal nieuw voor mij. [...] En wat me opviel was de nauwe samenwerking.” (Iris, B.4.8)

Diana schetst hoe afwachtend de GGZ in het overleg stapte en dat het jaren duurde voordat ze zich ook een van de wijkinstellingen voelde:

“Natuurlijk was er de Hulpsector en natuurlijk hadden we daar een plekje, maar onze bijdrage was meer (...) wij zijn er en we luisteren mee en als er iets is dan haken we aan. [...] en als ik nou kijk zo zeker de laatste tijd eigenlijk vanaf het project samenhangende zorg, (...) nu zijn we dus duidelijk een van de wijkinstellingen [...] nou is er volgens mij een grote brug en dat gaat veel makkelijker.” (Diana, B.4.9)

Helma fantaseert hoe het zou zijn om in Oost te komen werken als er geen Hulpsector Oost zou zijn:

“Ik denk dat er hier in de wijk gewoon heel veel is, dat er een heel breed netwerk is in de Hulpsector Oost, dat er zoveel linken en schakels zijn (...) en je kunt elkaar vrij gemakkelijk vinden [...] Ik zit dat wel 's te denken van: hoe zou dat nou zijn als ik ergens anders was gaan werken? Helemaal opnieuw beginnen en van wat is er dan allemaal? Hoe gemakkelijk krijg je dan dingen boven de tafel? [...] Dat is toch best moeilijk, denk ik.” (Helma, B.4.6)

Bram, Chris en Emiel, de huisartsen en fysiotherapeut, die alleen maar af en toe te maken hebben met Hulpsector Oost zeggen er niets of weinig over. Bram geeft aan dat hij op de vierkante centimeter bezig is en dat Hulpsector Oost grootschaliger naar dingen in de wijk kijkt. Dat hoort hij in de wandelgangen. Emiel noemt niet het grootschalige, maar de complexe problemen:

“De multidisciplinaire aanwezigheid van Hulpsector Oost voor complexe problemen, die kom je toch heel vaak tegen. [...] Daar heb je meerdere mensen voor nodig (...) Ja, dat is de kracht van Hulpsector Oost.” (Emiel, B.4.7)

Paul, die pas sinds kort iets te maken heeft met het overleg van Hulpsector Oost wijst op het gevaar van overlegorganen en vindt dat deze ten dienste moeten staan van activiteiten, die je samen oppakt:

“Ik vind het altijd erg belangrijk bij dit soort bijeenkomsten en dit soort ontmoetingsplaatsen dat ze leiden tot inspirerende activiteiten. Tot activiteiten die er toe doen en ik vaak er altijd zelf heel erg voor om te vervallen in procedures en beleid en Hulpsector Oost neigt er toe om daar ook wel in te vervallen als je niet oppakt. In niet het bouwen aan gezamenlijke activiteiten maar met elkaar praten over wat je allemaal zelf doet.” (Paul, B.6.16)

Hulpsector Oost organiseert de dialoog tussen de verschillende disciplines en sectoren in de wijk. Men kent elkaar en neemt gemakkelijk contact met elkaar op. Het netwerk Hulpsector Oost zijn mensen die elkaar kennen. Het overleg is vooral een instrument waar de beroepskrachten gebruik van maken. Men wil niet dat het een vergadercircuit wordt, maar vooral een netwerk is waarin samen activiteiten worden opgepakt.

11.3.2. Het doen

Zoals in deel II te lezen was, zijn vanuit of samen met Hulpsector Oost diverse intersectorale activiteiten van start gegaan. Een aantal daarvan zijn aparte voorzieningen geworden zoals De Stroom en Trefpunt Oost. Ook werden allerlei cursussen, groepen en voorlichtingsactiviteiten vanuit de Hulpsector samen opgezet. Een voorbeeld van deze activiteiten wordt door Noud en Laura, twee jonge vrijwilligers in het buurthuis Graafsewijk Noord, genoemd. Zij vertellen over enkele voorlichtingsbijeenkomsten, die op Samen Beter en in hun buurthuis worden georganiseerd; voorlichting over drugs en alcoholgebruik en over seksualiteit. Ze leggen uit wat het verschil is met deze voorlichting en de voorlichting die ze op school krijgen:

“Ja, maar met klasgenoten ben je toch een beetje terughoudender en hier ben je met je vrienden onder elkaar, je praat overal makkelijker over. Ja, je vrienden heb je toch zelf uitgezocht en je klasgenoten daar kom je bij in de klas en daar heb je natuurlijk ook wel een band mee, maar dat was bij mij toch minder als met echt mijn vrienden. En ja dan flap je er een keer wat uit of en dat kan dan ook gewoon, daar wordt om gelachen en op school wordt dan misschien toch eerder als raar of van wat zegt zij nou? [...] Op school is het ook meer van het moet, je moet dit leren en je moet weten wat alles inhoudt en je krijgt er een proefwerk over en dit is meer zo je pikt op wat je zelf graag wil onthouden en de rest (...) dat blijft ook.” (Laura, B.6.17)

Ook vragen zij om voorlichting, omdat een vriend van hen af en toe ‘vreemd’ doet:

“Ze zijn trouwens nog een keertje geweest, want we hadden een keer een probleem met een vriend van mij die werd elke keer niet goed, die viel elke keer flauw en dan bibberde die heel erg. Vooral als we op stap waren geweest. En dat vonden we eigenlijk allemaal heel eng en toen heeft mijn vader gezegd we vragen of iemand van de GGD komt. En die vrouw is dat eigenlijk uit komen leggen, vooral voor onze jeugd, de moeder van die jongen zat er bij en daar hebben we eigenlijk wel heel veel aan gehad toen.” (Laura, B.6.17)

Deze ervaringen sluiten aan bij diverse andere ervaringen in de wijk. Bij Het Kruielmelje, De Stroom, Trefpunt Oost, steunpunt voor ouderen en op de scholen wordt voorlichting georganiseerd. Bij een bestaande groep wijkbewoners, die elkaar kennen. De voorlichting wordt georganiseerd op verzoek van hen, in hun eigen omgeving en er wordt aangesloten op hun leefwereld. Geen kant en klare programma’s, maar een inhoud die bij hen past. Deze voorlichting wordt via de contacten van Hulpsector Oost georganiseerd. Marijke vertelt hoe zij contacten legt met anderen in de wijk:

“Ja, als je iets op wil pakken heb je iets meteen bij de hand. [...] Dus dan zeg ik, goh M. kun je dat ook voor de vrijwilligers doen. Want die lijntjes zijn heel kort. Je kunt dan meteen als je iets wil ondernemen aan de slag.” (Marijke, B.5.4)

Een ander aspect van het samenwerken van verschillende instellingen binnen Hulpsector Oost benoemt Clara vanuit het ouderenwerk. Zij heeft bij de start van Samen Beter deze organisatie ervaren als een afstandelijke in zich zelf opgesloten kring mensen. Zij ontdekte later dat ze zelf ook in een dergelijke opgesloten kring van ouderenwerk met een eigen groep vrijwilligers zat. Zij heeft het contact via Hulpsector Oost vervolgens heel waardevol gevonden. Ieder blijft zijn eigen werk doen, maar het zijn geen afgesloten cirkels meer:

“Maar toch de openheid die het gaf naar buiten toe. Ook als er avonden waren, dat heb ik altijd als heel prettig ervaren. Dan was het niet alleen jullie die het woord moesten hebben iedereen kon het woord hebben. Je leerde ook van elkaar. [...] Wat de een niet wist, dat ging wel over op de ander. En net zo goed, die indruk kreeg ik, maar net zo goed als ik iets van jullie mee naar huis nam (...) voor de wijk (...) dacht ik dat jullie dat van mij ook deden. Dat vond ik gewoon fijn. Ik kon mezelf blijven.” (Clara, B.6.5)

Gwen wijst op een ander aspect dat van betekenis is voor de gezondheid van wijkbewoners. Zij is vele jaren als opbouwwerker werkzaam geweest in Den Bosch-Oost, maar werkt ook in

andere wijken, waarmee zij een vergelijking maakt. Het valt Gwen op dat er in Den Bosch-Oost een sterker samenhorigheidsgevoel is in vergelijking met andere wijken. Men trekt samen op; er is geen groot verschil tussen beroepskracht en vrijwilliger. Een ander opvallend aspect noemt zij de gemêleerdheid van Den Bosch-Oost. De samenwerking van vrijwilligers door de lagen van de wijk heen: hoogopgeleiden die samenwerken met de lager geschoolde vrijwilligers uit de wijk. Deze samenwerking, deze gemêleerdheid in de vrijwilligersgroep geeft een stevige basis aan wijkactiviteiten:

“Kijk, Oost is een heel gemêleerde buurt. Daar zit qua niveau, en dan heb ik het ook echt over opleidingsniveau, zit daar natuurlijk van alles door elkaar, wat zich op een gegeven moment groepeerde rondom, onder andere Samen Beter. [...] Maar er moet wel iets zijn wat elkaar (...) raakt, wat je samen hebt. En ik denk in dat hele gebeuren is destijds de Poelstraat (Welzijnsproject Oost) en ook Samen Beter zijn daar natuurlijk heel essentiële voorwaarden voor geweest.” (Gwen, B.4.5)

Hulpsector Oost ondersteunt een enkele keer acties of activiteiten die te maken hebben met de fysieke omgeving. Bij een herstructurering van een gedeelte van de wijk bespreekt de woningcorporaties de consequenties hiervan met de bewoners en met Hulpsector Oost. Er wonen veel ouderen in dat gedeelte van de wijk. Zij kunnen zelfstandig wonen, omdat er veel burenhulp is. De woningcorporatie neemt de preventiewerker tijdelijk in dienst voor de begeleiding van deze ouderen naar een nieuwe huisvestingssituatie. Ook steunt Hulpsector Oost een actie van ouders en de basisschool tegen de bouw van een hoge woontoren pal naast de speelplaats:

“Het aardige daarvan is dat zo’n Hulpsector daar ook meteen op reageert en dan worden dingen gebundeld en besluiten mensen om samen iets te doen.” (Wilma, B.5.1)

Hulpsector Oost signaleert en pakt aan:

“Ik zie de Hulpsector vaak als een motor en soms denk ik dat is ook weer niet zo, dan is het ook weer heel onzichtbaar wat die Hulpsector is. [...] Op het moment dat een wijkkrant ter ziele dreigt te gaan, dan wordt dat door de Hulpsector mee opgepakt, dat is een belangrijk signaal.” (Wilma, B.5.1)

Opvallend is het grote aantal instellingen en wijkorganisaties dat zich inspant om in de wijk activiteiten te organiseren. In 2002 omvat Hulpsector Oost ongeveer 50 organisaties en instellingen. (zie figuur 6.3. in hoofdstuk 6). Ondanks de verschillende doelen en werkzaamheden lukt het om nieuwe projecten en activiteiten te organiseren voor de wijk en werkers enthousiast te houden voor die samenwerking. Essentieel is om naast de institutionele infrastructuur de processen in een wijk te kennen, zoals Raspe betoogt: “processen, waarin nieuwe netwerken, nieuwe probleemdefinities en nieuwe oplossingsrichtingen ontstaan en weer verdwijnen: een organische sociale infrastructuur”. (Raspe en Foolen, 2003) De contacten verlopen niet via de instituties, maar voornamelijk via de mensen werkzaam in de instituties, die elkaar op wijkniveau leren kennen. Niet het bij elkaar brengen van de instituties is essentieel, maar het gegeven dat mensen van verschillende instituties elkaar kennen.

11.3.3. Bij elkaar houden door coördinatie

De directeur van Samen Beter heeft vele jaren Hulpsector Oost gecoördineerd. Vandaar ook dat vrijwilligers Hulpsector Oost en Samen Beter als een geheel zien. Gedurende korte periodes hebben anderen de coördinatie op zich genomen. De laatste jaren is de coördinatie weer terug bij de directeur van Samen Beter. Dat coördinatie nodig is, is buiten kijf. Toon, een van de vrijwilligers die de begintijd meemaakte van Hulpsector Oost zegt daarover:

“Omdat namelijk het belangrijkste in elk netwerk is om regelmatig te controleren of de touwtjes nog vastzitten. En het Hulpsector overleg moet uitgebreid worden, moet meer voeten krijgen, moet weer gedragen worden door een drijvende kracht.” (Toon, B.6.2)

De coördinator is de kartrekker en die moet over uitstraling beschikken:

“Het moet iemand zijn die een bepaalde uitstraling heeft.[...] Ik denk dat het iemand moet zijn die onafhankelijk kan zeggen van ‘jongens hé, we gaan eens dit doen, of we gaan eens dat doen’, want onbewust zijn we altijd overal met een stukje eigenbelang bezig. Ik probeer dat voor mezelf altijd wel weg te schuiven, maar ik moet eerlijk bekennen, ik denk eerst aan mijn eigen wijk, mijn eigen groepje en dan pas denk ik voor een ander groepje.” (Henk,6.13)

Sandra gebruikt dezelfde termen:

“Door die samenwerkingsverbanden aan te gaan, die dwarsverbanden te leggen tussen zorg en welzijn [...] Met name door het Hulpsector Oost gebeuren. Ja, en daar is Samen Beter de initiator van. Ik bedoel op het moment dat het uit handen gegeven werd, dreigde de Hulpsector ook in te storten. [...] Om dit soort samenwerkingsverbanden; de uitstraling naar de wijkbewoners in stand te houden. (...) En Samen Beter is voor mij ook een samen binder in de wijk. Ja, waar het welzijnswerk uiteindelijk steken heeft laten vallen of heeft moeten laten vallen door constant die beweging van wijkgericht werken en centralisatie. [...]” (Sandra, B.6.6)

Een aantal voorwaarden voor intersectorale samenwerking en op de wijk gerichte activiteiten zijn goed geregeld en door de jaren heen gegroeid. Wat betreft de samenwerking, de dialoog in het wijknetwerk, de methode van het gebruik maken van de verschillend soorten netwerken in de wijk en het aansluiten op de behoeften en kwaliteiten in de wijk bestaat veel ervaring. De aansluiting tussen de medische en paramedische beroepsgroepen van Samen Beter en Hulpsector Oost is verwaterd. Door de inkrimping van het welzijnswerk is begeleiding en ondersteuning van vrijwilligers moeizaam te organiseren en financieren. Het voortbestaan hangt af van steeds weer tijdelijke subsidies op projectbasis. Voor de langere termijn is niets geregeld. Dat geldt eveneens voor de coördinatie van Hulpsector Oost.

11.4. Conclusie

Werken aan gezondheid is vooral werken met mensen. Een enkele keer is er sprake van een ingrijpen in de fysieke omgeving; bijvoorbeeld bij de actie tegen de woontoren, de herhuis-

vesting van zorgbehoefte ouderen in aangepaste woningen en de sanering van huizen bij mensen met ademhalingsproblemen. De hoofdmoot van hulp, zorg en ondersteuning is op individuen en groepen gericht. In dit complexe samenspel gebeurt van alles. Het is dit 'alles' wat de werkers in dit hoofdstuk hebben proberen te verwoorden. Het is dit 'alles' dat bijdraagt aan een verbetering van de lichamelijke, psychische en/of sociale gezondheid van wijkbewoners en dan vooral voor bewoners uit een lage SES (sociaal-economische situatie). Het valt op dat geen van de beroepskrachten antwoordt met gemakkelijke of voor de hand liggende resultaten; zij poetsen hun resultaten niet op. Zij gaan in op de complexe en moeilijke situaties waarmee ze in hun werk te maken hebben. Daar liggen hun uitdagingen en daarover spreken zij. Soms is een resultaat pas na jaren zichtbaar, soms is geen enkel resultaat te benoemen, maar blijft een contact bestaan. Uit de citaten blijkt dat zij de resultaten verwoorden passend bij hun verlangens en onderliggende waarden rechtvaardigheid, mededogen, ontplooiing en autonomie. De werkers die lange tijd werken in de wijk gebruiken het woord bescheidenheid. Bescheidenheid is een woord dat niet past bij de huidige wijze van het verantwoorden van werkresultaten. In de huidige 'afrekencultuur' worden resultaten eerder opgepoetst, omdat 'targets' moeten worden gehaald.

De verbetering van gezondheid wordt het duidelijkst verwoord in de persoonlijke levensverhalen van de vrijwilligers. Deze wijkbewoners bouwen een nieuw dragend netwerk op via hun activiteiten en verbeteren op deze manier via hun sociale omgeving hun gezondheid. Zij zetten stappen in hun 'empowermentproces'. Een ervaren onvrede, of emotionele gebeurtenis is de aanleiding om te veranderen. In het proces van verandering is deelname aan groepen met lotgenoten belangrijk; zij leren nieuwe vaardigheden die zij later gaan toepassen ten behoeve van anderen in de wijk. Soms 'klein' in directe onderlinge contacten; soms 'groot' leidend tot een nieuwe voorziening voor de wijk. Door dit leerproces creëren zij een nieuwe toekomst en weten zij zich nuttig. In het empowermentproces is te zien dat het enerzijds gaat om het individuele emancipatieproces en anderzijds om de gerichtheid op de ander, op de omgeving. Een betere gezondheid als gevolg van interactie tussen psychisch en sociaal welbevinden. Uit deze verhalen blijkt dat de verbetering van de gezondheid via het wijkgezondheidswerk begint bij hun sociale gezondheid, vervolgens de psychische gezondheid beïnvloedt en in sommige situaties ook de lichamelijke gezondheid verbetert of draaglijker maakt.

De resultaten op individueel niveau verwijzen naar de context, waarin dit is gebeurd. Tot de context behoren de voorzieningen in de wijk en de infrastructuur. Hier is een zichtbaar resultaat te melden. Sprak de gemeente begin jaren zeventig nog over 'het maagdelijke gebied' Den Bosch-Oost zonder voorzieningen; eind jaren negentig trekt het welzijnswerk zich nagenoeg terug uit de wijk 'omdat daar zoveel voorzieningen zijn'. (zie deel II). Gezondheidscentrum Samen Beter is de centrale gezondheidsvoorziening in de verhalen van de werkers. Een brede en toegankelijke basisvoorziening, die zoals uit de theorie blijkt een belangrijke voorwaarde is voor mensen met gezondheidsachterstand. Door de toevallige ontmoetingen van patiënten en wijkbewoners in de wachtkamer biedt gezondheidscentrum Samen Beter

als wijkvoorziening publieke familiariteit en is deel van het sociale weefsel van de wijk. Door het gastvrije onthaal van 'vreemde anderen', van mensen met beperkingen, van mensen uit andere culturen, dragen de gastmensen bij aan ontmoetingen, die de integratie bevorderen. In de wachtkamer en in de functie van de gastmensen raken de domeinen van de gezondheidszorg en het sociaal werk elkaar. In dit raakvlak ligt de potentie om te werken aan gezondheidsbevordering.

Samen Beter is een voorziening opgebouwd door de wijk zelf, een voorziening 'van ons', iets waar de oprichters trots op zijn en waar men 'bij hoort'. Het is een wijkorganisatie waarmee men zich verbonden weet en die bijdraagt aan de symbolische betekenis van de wijk. Er bestaat scepsis over het groter worden van Samen Beter, over het verlies van de contacten met de wijk, over de slechte telefonische bereikbaarheid. Maar ook het tegengestelde wordt opgemerkt: door de groei is Samen Beter een brede voorziening, waar men voor veel zorg terecht kan en waar verschillende disciplines samenwerken. Samen Beter komt uit deze beschrijvingen naar voren als een organisatie, waarin zowel de beroepskrachten als de vrijwilligers de ruimte en gelegenheid krijgen om te leren. Het is een organisatie waarin fouten gemaakt worden en waarin niet alles goed loopt; maar waar tevens gewerkt wordt aan de voorwaarden voor goede hulp en dienstverlening.

Hulpsector Oost organiseert de dialoog tussen de verschillende disciplines en sectoren in de wijk. De werkers kennen elkaar en nemen gemakkelijk contact met elkaar op. Het overleg is vooral een instrument waar de deelnemende beroepskrachten van gebruik maken. Het gevaar dreigt dat Hulpsector Oost een vergadercircuit wordt in plaats van een netwerk waarin samen activiteiten worden opgepakt. De verbindingen verlopen niet via instituties, maar voornamelijk via de mensen werkzaam in de instituties, die elkaar op wijkniveau leren kennen. Niet het bij elkaar brengen van de instituties is essentieel, maar het gegeven dat mensen van verschillende instituties elkaar kennen.

Een aantal voorwaarden voor intersectorale samenwerking en op de wijk gerichte activiteiten zijn goed geregeld en door de jaren heen gegroeid. In de samenwerking, de dialoog in het wijknetwerk, de verschillende soorten netwerken in de wijk en de aansluiting op de behoeften en kwaliteiten in de wijk bestaat veel ervaring in Den Bosch-Oost. De aansluiting van de medische en paramedische beroepskrachten op Hulpsector Oost is verwaterd en de inbreng van het welzijnswerk is minimaal geworden. Het voortbestaan van Hulpsector Oost is niet structureel geregeld, omdat Hulpsector Oost niet binnen één sector past. Hier doet zich opnieuw de scheiding voelen tussen de domeinen van de gezondheidszorg, gezondheidsbevordering en sociaal werk, die verschillend gefinancierd worden en zich los van elkaar als sector ontwikkelen. Van deze scheiding heeft de praktijk van het wijkgezondheidswerk hinder, want in de samenwerking liggen de mogelijkheden voor het wijkgezondheidswerk.

DEEL IV

CONCLUSIES

Wijkgezondheidswerk is een complex begrip en is in deze studie theoretisch en contextueel onderzocht. De context is de 25-jarige ontwikkeling van het wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost. Deze context is historisch gereconstrueerd aan de hand van een documentenstudie en empirisch onderzocht aan de hand van interviews met 39 uitvoerende werkers, beroepskrachten en vrijwilligers allen gedurende lange tijd werkzaam in Den Bosch-Oost.

In dit laatste deel wordt op basis van de theoretische, historische en empirische verkenning en analyse van het wijkgezondheidswerk conclusies getrokken.

HOOFDSTUK 12 CONCLUSIES

*Maar ik hoor niet veel over vrijwilligers.
Zijn die er nou alleen in onze wijk.
Dat professionals en vrijwilligers samenwerken
Wat zijn wij toch eigenlijk rijk.
(Annie van Oort, 1993)*

12.1. Inleiding

In de literatuur wordt wijkgericht werken om gezondheid te verbeteren beschouwd als een veelbelovende strategie, vooral voor het aanpakken van gezondheidsachterstand in sociaal-economisch zwakke wijken. Het bereiken van sociaal-economische zwakke groepen, het realiseren van toegankelijke voorzieningen, de communitybenadering, intersectorale samenwerking, participatie en empowerment zijn belangrijke elementen van het wijkgericht werken. (Mackenbach en Van der Maas, 1987 en 2004; Stronks en Hulshof, 2001; Altink e.a., 2003; Kok en Ten Dam, 2003) Tegelijkertijd blijken de resultaten en effecten van de wijkaanpak moeilijk aan te tonen. (De Boer en Peltenburg, 2003; Saan en De Haes, 2005) De eerstelijnsgezondheidszorg, de gezondheidsbevordering en het sociaal werk passen wijkgericht werken toe. Een samenhangend beeld van wijkgezondheidswerk ontbreekt echter. Er bleek geen theorie of onderzoek voorhanden waarin wijkgezondheidswerk in de brede context van de gezondheidszorg, gezondheidsbevordering en sociaal werk is geplaatst en waarin de relatie tussen wijk en gezondheid is uitgediept. Het doel van deze studie is om in een lang bestaande praktijk in Den Bosch-Oost het wijkgezondheidswerk te ontrafelen en zo inzicht te krijgen in de noodzakelijke elementen, de mogelijkheden en onmogelijkheden ervan. Hiervoor zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, gezondheidsbevordering en sociaal werk spreekt men over wijkgericht werken om gezondheid te verbeteren. Heeft men dezelfde ideeën over gezondheid, de wijk, gezondheidsverschillen, achterstandswijken en de wijkaanpak?
2. Welke invulling geven de beroepskrachten en vrijwilligers werkzaam in de wijk Den Bosch-Oost aan wijkgericht werken om gezondheid te verbeteren? Worden de sociaal-economisch zwakke groepen ermee bereikt en hoe? Welke strategieën hanteren de werkers hierbij en wat zijn hun onderliggende drijfveren om in de wijk te werken?
3. Wat zijn de resultaten van 25 jaar wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost en hoe zijn die te achterhalen?
4. Wat zijn de mogelijkheden en onmogelijkheden van het wijkgezondheidswerk en welke relatie is te leggen tussen gezondheid en de wijk?

Om de eerste vraag te beantwoorden is een theoretische en beleidsmatige verkenning uitgevoerd naar de centrale begrippen van het wijkgezondheidswerk -gezondheid, wijk, gezondheidsverschillen, achterstandswijken en wijkaanpak- binnen de domeinen van de eerstelijnsgezondheidszorg, de gezondheidsbevordering en het sociaal werk. Voor de beantwoording van de tweede en derde vraag zijn de historie van het welzijnswerk Oost, gezondheidscentrum Samen Beter en het wijknetwerk Hulpsector Oost in Den Bosch-Oost en de praktijk van het wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost onderzocht. Hiervoor zijn 12 beroepskrachten, 5 I/Ders²⁸ en 22 vrijwilligers -allen geruime tijd werkzaam in Den Bosch-Oost- geïnterviewd. De respondenten duid ik samen aan als ‘de werkers’. Op basis van de antwoorden op de eerste drie vragen is de vierde vraag beantwoord. In dit laatste hoofdstuk vat ik het onderzoek samen, beantwoord onderzoeksvragen en bespreek de belangrijkste conclusies.

12.2. Verschillende benaderingen

In de theoretische verkenning is achtereenvolgend ingegaan op enkele belangrijke benaderingen van de begrippen gezondheid, wijk, sociaal-economische gezondheidsverschillen, achterstandswijken en wijkaanpak. Een gangbaar onderscheid in de benadering van gezondheid is de medische benadering, de leefstijlbenadering en de sociale omgevingsbenadering. De medische benadering is gericht op deficiëntie, op ziekte en gebreken van het individu. De leefstijlbenadering legt de focus op het gezonde gedrag van individuen en groepen mensen. De sociale omgevingsbenadering gaat uit van de wisselwerking tussen individu en omgeving in relatie tot gezondheid. De medische benadering is dominant aanwezig in de gezondheidszorg, de leefstijlbenadering in de gezondheidsbevordering en de sociale omgevingsbenadering in het sociaal werk en, de laatste jaren, in de gezondheidsbevordering. Elke benadering belicht een bepaald aspect van gezondheid en elk domein pakt een bepaald onderdeel aan, wat leidt tot een fragmentatie van het brede begrip gezondheid. De sociale omgevingsbenadering is potentieel het meest omvattend maar het minst uitgewerkt.

Er zijn ook drie verschillende wijkbenaderingen. Overheden en de gezondheidsbevordering benaderen de wijk voornamelijk als een geografische eenheid en baseren zich op gegevens van postcodegebieden. Zorginstellingen en ook gezondheidscentra kijken vanuit een organisatieoptiek naar de wijk. De wijk is een gebied waarin zij de meest effectieve match tussen vraag en aanbod kunnen maken; een dergelijk gebied hoeft niet samen te vallen met postcodegebieden. Het sociaal werk en -de laatste jaren meer en meer- de gezondheidsbevordering gaan uit van de sociologische benadering van een wijk of buurt als community. In de literatuur bestaat een behoorlijke mate van eensgezindheid over de definiëring van het begrip community: *“Een community is een groep mensen die bepaalde gemeenschappelijke aspecten hebben in hun*

28 I/D is een Instroom- en doorstroombaan, een werkgelegenheidsmaatregel.

leven. Deze aspecten kunnen bijvoorbeeld de woonomgeving, interesses, de cultuur of de normen en waarden zijn. Het gaat om aspecten die de mensen zelf van belang achten. (Alting e.a., 2003; pg.37) Toch blijkt het werken met 'communities' in de praktijk niet eenvoudig te zijn. Uitgaan van de aspecten die mensen zelf van belang achten, leidt binnen de gezondheidsbevordering tot discussie. Meerdere auteurs maken een onderscheid tussen het top down vaststellen van gezondheidsboodschappen zoals meer bewegen, gezonde voeding en niet roken en het bottom up werken in de implementatie van deze boodschap. (Voorham, 2003; Harting en Assema, 2007) In het sociaal werk bestaat een traditie om te werken vanuit de communitybenadering. Zij plaatsen de praktische aanpak van knelpunten waarmee wijkbewoners in hun buurt aan de slag gaan binnen grotere doelstellingen van leefbaarheid, vitalisering en zelfredzaamheid. Deze werkwijze is moeilijk op effecten te meten, wat de laatste jaren wel verwacht wordt onder invloed van de ook in het welzijnswerk dominant geworden economische kijk. Effectiviteit en transparantie door middel van cijfers is belangrijk in de verantwoording aan de financiers. (De Boer en Peltenburg, 2003) In paragraaf 12.4 wordt de communitybenadering verder uitgediept. In paragraaf 12.7 ga ik nader in op het meten van effecten.

In sociaal-economisch zwakke wijken wonen mensen met een slechtere gezondheid dan gemiddeld. (Ministerie van WVC, 1994; Van der Lucht en Verkleij, 2001) Zij zijn vaak georiënteerd op hun wijk; noodgedwongen vanwege onvoldoende mobiliteitsmogelijkheden of omdat ze zich er thuis voelen. De oorzaken van gezondheidsachterstand zijn complex. De meest bepalende factoren voor gezondheidsachterstand zijn een laag inkomen, geen of laaggeschoold werk en vooral een lage opleiding, zo blijkt uit onderzoeken van de Programmacommissies SEGV, sociaal-economische gezondheidsverschillen. (Ministerie van WVC, 1994) De aanpak van gezondheidsachterstand blijkt niet gemakkelijk vanwege het complexe karakter ervan. In de literatuur over SEGV wordt het wijkgericht werken eveneens als veelbelovend beschouwd vanwege de mogelijkheden tot een geïntegreerde aanpak op de terreinen van gezondheid, omgeving, inkomen, werk en opleiding. (Stronks en Hulshof, 2001)

In het wijkgericht werken komen verschillen naar voren tussen de drie domeinen eerstelijnsgezondheidszorg, gezondheidsbevordering en sociaal werk wat betreft hun aanpak. In de eerstelijnsgezondheidszorg is de medische benadering dominant. De eerstelijnszorg kiest de wijkaanpak vanwege de bereikbaarheid van voorzieningen en vanuit de noodzaak om een antwoord te hebben op de complexe problemen die zich aandienen in de praktijk van de hulpverleners. In de vormgeving van de wijkaanpak in de eerstelijnsgezondheidszorg ligt de nadruk op toegankelijke voorzieningen en op de samenwerking van meerdere disciplines en sectoren binnen een 'organisatorische wijk'. De eerstelijnszorg voert multidisciplinair overleg en ketenzorg in, besteedt veel aandacht aan de organisatie van de samenwerking en kiest vanuit economische motieven voor grote gebieden, stadsdelen of regio's. (Ziekenfondsraad, 1997; Schrijvers, 2002; Boer, 2005; Plochg, 2006) Slechts enkele samenwerkingsverbanden en gezondheidscentra in achterstandswijken zijn in hun aanpak gericht op de kleinere schaal van de wijk en proberen de 'organisatorische wijk' met de 'wijk als community' te verbinden. (Paes, 1999)

In de wijkaanpak van de gezondheidsbevordering staat de leefstijlbenadering centraal. Sinds de aandacht binnen dit domein verschoven is naar het terugdringen van gezondheidsverschillen, maken de GGDen steeds meer gebruik van de wijkaanpak. Opvallend is de aandacht voor de planmatige opzet van projecten, het willen aantonen van effecten en de aandacht voor onderzoeksmethoden. Vanuit deze optiek kijken zij naar de wijk. (Ten Dam, 1997; Kloek, 2004; Saan en De Haes, 2005) Dit is een benadering die past bij de geografische wijk (gebaseerd op beschikbare gegevens), maar met de intenties die passen bij een organisatorische wijk (intersectorale samenwerking) en de wijk als community. Recentelijk is een verschuiving te zien van kortdurende, beperkte en meetbare projecten naar langer lopende programma's, die aansluiten bij bestaande ontwikkelingen in een wijk. (Harting en Assema, 2007) De insteek die zij hierbij kiezen, sluit aan bij de ideeën over de 'organische' ontwikkeling van netwerken, samenwerking en organisatie in wijken, waarmee men binnen het sociaal werk vertrouwd is. (Raspe en Foolen in De Boer, 2003)

De sociale omgevingsbenadering van gezondheid en de wijk als community zijn kenmerkend voor het sociaal werk. In de wijkaanpak van het welzijns- en opbouwwerk is gezondheid een van de thema's in de context van de sociale omgeving.

In het domein van de gezondheidszorg zijn gezondheid en ziekte het eerste aangrijpingspunt en is de wijk als community een niet of nauwelijks gekend fenomeen. In de gezondheidsbevordering is gezondheidsgedrag het eerste aangrijpingspunt en is de wijk als community een nieuwe oriëntatie. In het sociaal werk is de wijk als community een vertrouwd aanknopingspunt in het werk, maar is gezondheid geen expliciet thema. Het gescheiden beleid voor de drie domeinen heeft een geïntegreerd en op elkaar afgestemde ontwikkeling gefrustreerd, zoals in hoofdstuk 4 is besproken. Het lokaal sociaal beleid van de laatste jaren stimuleert een integrale wijkgerichte aanpak van meerdere sectoren (welzijn, onderwijs, huisvesting). De afstand tot de gezondheidszorg is echter groter geworden door de schaalvergroting die daar heeft plaats gevonden onder invloed van de marktwerking. Vanuit de hoek van de zorgethiek komt kritiek op de consequenties van de dominante economische kijk op de zorg, zoals we zagen in hoofdstuk 3. (Baart, 2001; Van Heijst, 2005; Mol, 2006)

In de historische verkenning van het welzijnswerk, het gezondheidscentrum en het wijknetwerk in Den Bosch-Oost zijn de consequenties van de gefragmenteerde aanpak en het gescheiden beleid terug te vinden. Het gezondheidscentrum start met een holistische gezondheidsbenadering die sterk georiënteerd is op de wijk als community. In de loop der jaren wordt binnen het gezondheidscentrum Samen Beter de medische benadering echter dominanter. De beroepskrachten beschouwen de wijk meer en meer als hun werkterrein en minder als een gemeenschap waarmee zij zich verbinden. Toch verdwijnt de oriëntatie op de wijk niet en er blijven verbindingen bestaan, zoals in de volgende paragrafen uiteen gezet wordt. Het gezondheidscentrum stelt het voortbestaan van de wijkvoorziening veilig door te voldoen aan de eisen vanuit het gezondheidszorgdomein. Het welzijnswerk met zijn com-

munitybenadering verdwijnt in de jaren negentig nagenoeg uit Den Bosch-Oost onder invloed van het gevoerde sociaal beleid. In de jaren negentig krijgt het wijknetwerk Hulpsector Oost een sterke stimulans onder invloed van de sociale vernieuwing en de 'gezonde wijken'-benadering. Beide invloeden gaan uit van een geïntegreerde wijkaanpak en een oriëntatie op de wijk als community. Rond het jaar 2000 is er opnieuw aandacht vanuit het sociaal beleid voor de wijkaanpak. Hierbij wordt vooral ingezet op de medeverantwoordelijkheid van de burger voor zijn eigen leefomgeving. Voor het gezondheidscentrum geldt in die periode een hernieuwde aandacht vanuit het gezondheidszorgbeleid voor een samenhangend, efficiënt zorgaanbod, waarin aansluiting gezocht is tussen de wijk als uitvoeringsschaal en de regio voor de organisatie van de zorg.

De 25-jarige praktijk van het wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost is het toneel van werken in de spanningen tussen de wijkoriëntatie en grotere gebiedsindelingen en tussen fragmentatie en integratie van de verschillende gezondheidsbenaderingen. In de volgende paragrafen bespreek ik hoe vanuit deze spanningsvelden het wijkgezondheidswerk is ingevuld.

12.3. Verschillende soorten kennis

Uit de analyses van de interviews komt naar voren dat de werkers over verschillende soorten kennis beschikken. Kennis gebaseerd op wetenschappelijke, professionele of ervaringskennis. Ook zijn er verschillen in de posities van de kennisdragers tot het gekende: op afstand kennis hebben via de papieren en digitale wereld of kennis opgedaan via directe contacten. De kennis over een wijk kan gebaseerd zijn op gegevens (wetenschappelijke kennis) of ervaringen. In de casus over de wijkindeling in hoofdstuk 8 is te zien welke consequenties dit verschil kan hebben. In het kader van het wijkgerichte werken construeert de gemeente (en een aantal instellingen) 'wijken' naar aanleiding van administratieve overwegingen zoals '*omvang, aantal inwoners, herkenbare gebiedsgrenzen en logische beheerseenheden*'. Met hun wijkindeling delen zij Den Bosch-Oost doormidden en worden beide delen toegevoegd aan andere wijken: geen wijk Den Bosch-Oost meer. De actieve wijkbewoners en professionals die de geschiedenis van Den Bosch-Oost kennen uit eigen ervaringen ofwel uit overlevering, protesteren. De inzet van dit geschil is: een wijkconstructie op basis van administratieve gegevens of een 'ervaren' wijk op basis van historie en een cultuur van samenwerken van beroepskrachten en bewoners. In dit voorbeeld baseert de gemeente zich in eerste instantie alleen op gegevens en niet op ervaringen. De gemeente beschikt hierdoor over beperkte kennis. Kennis op basis van gegevens neemt een belangrijke plek in onze samenleving in. Door de handelwijze van de gemeente verdwijnt de wijk uit de statistieken en uit het beleid. Ook krijgen wijken op basis van gegevens bepaalde etiketten. In de theoretische en de historische verkenning van de wijk zagen we, dat op basis van cijfers en bepaalde indicatoren een wijk een eenduidig etiket krijgt (wel of geen achterstands-, aanpak- of probleemwijk en de daarbij horende extra financiering of het reduceren van het welzijnswerk). Een dergelijke van buitenaf opgelegde status van een

wijk gaat uit van een gemiddelde van de sociaal-economische status van de inwoners en om een gemiddelde van de kenmerken van de verschillende buurten in een wijk. De verschillen tussen mensen en buurten in een wijk verdwijnen.

De werkers, die langere tijd werken in de wijk, schetsen geen homogene wijk, maar benoemen de verschillen tussen de buurten en de groepen bewoners. Zij hebben oog voor de positieve én de negatieve kanten van de wijk op basis van hun ervaringen opgedaan in hun contacten met de wijkbewoners. De kennis van de werkers over de wijk spreekt uit de gedetailleerde beschrijvingen per buurt zoals opgenomen in hoofdstuk 8. De kennis komt eveneens naar voren in de waarnemingen van veranderingen in de wijk, die van invloed zijn op de gezondheid van wijkbewoners; dit is beschreven in hoofdstuk 9. De werkers hebben -zo blijkt uit de analyses- geen eenduidig beeld van de wijk. Zij plakken niet een en hetzelfde etiket op de wijk, maar presenteren gezamenlijk een genuanceerd en soms tegenstrijdig beeld van de wijk. Bij een communitybenadering is genuanceerde kennis nodig om zo aan te kunnen sluiten bij de aspecten die mensen zelf van belang vinden. Daarvoor bieden cijfermatige gegevens niet voldoende houvast en is het beeld van een enkele werker of een groep werkers ook te beperkt. De gezamenlijke kennis van de beroepskrachten en vrijwilligers van bijvoorbeeld de kwetsbare groepen in de wijk biedt een completer beeld van de wijk dan door cijfermatige gegevens of enkele beroepskrachten te kennen is.

De verschillende beelden van de werkers hebben te maken met hun verschillende soorten kennis. Kennis die wordt gevormd door ervaringen, door opleiding en door de onderliggende waardeoriëntaties van de werkers. Deze verschillende soorten kennis bespreek ik hier achtereenvolgend.

In onze samenleving groeide een duidelijk onderscheid tussen mensen die als een deskundige worden beschouwd op een bepaald terrein omwille van hun opleiding (formele functie en diploma) en anderen die als een deskundige worden beschouwd omwille van hun ervaringen. Tot de eerste groep horen in Den Bosch-Oost de artsen, verpleegkundigen, paramedici, maatschappelijk werkers en opbouwwerkers; tot de tweede groep behoren de zelfhulpers, mantelzorgers en vrijwilligers. Niet iedereen met veel ervaring is een ervaringsdeskundige; evenmin is iemand met een lange opleidingsloopbaan en bijhorende diploma's per definitie een deskundige in haar of zijn vak.

In kennis op basis van ervaringen bestaat een verschil tussen 'een ervaring hebben', ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid. Ervaringskennis wordt vergaard op basis van meerdere ervaringen, ervaringsdeskundigheid is te zien in de praktijk, waar met deze kennis gewerkt wordt. Een ervaringsdeskundige is iemand, die:

- de eigen ervaring heeft verwerkt, voor zichzelf er een (zinvolle) betekenis aan gegeven heeft, werk gemaakt heeft van de vragen en onzekerheden die de ervaring heeft opgeroepen, kan omgaan met de eigen verantwoordelijkheid ten opzichte van de ervaringen;
- de verschillen ziet tussen persoonlijke ervaringen en de ervaringen van anderen die erop lijken;

- alle ervaringen kan plaatsen in een breder gezamenlijk kader en het onderscheid kan maken tussen de verschillende factoren die van invloed zijn op de ervaringen; zowel de persoonlijke als de maatschappelijke factoren;
- het resultaat van de eigen verwerking kan doorgeven aan anderen, zowel aan mensen met een gelijke ervaring als aan mensen die deze ervaring(en) niet hebben.²⁹

De verschillende casussen beschreven in hoofdstukken 9 en 10 zijn voorbeelden van wijkbewoners die ervaringskennis hebben of ervaringsdeskundigen zijn. In de casus over De Stroom is tevens uitgewerkt hoe vrouwen in een empowermentproces ervaringsdeskundigen worden. De vrijwilligers refereren in de interviews aan het belang van de uitwisseling van ervaringen om hiervan te leren. Deze leerprocessen zijn een belangrijke voorwaarde voor het functioneren als vrijwilliger in de wijk.

Kennis op basis van een opleiding wordt professionele kennis genoemd. Professionele kennis is gebaseerd op wetenschappelijke en methodische vakkennis én op ervaringen in contacten met patiënten/cliënten. De hierboven genoemde kenmerken met betrekking tot ervaringsdeskundigen aangevuld met wetenschappelijke en methodische vakkennis, gelden eveneens voor de professional. Over de plek van ervaringen in het professionele kennisdomein is een discussie gaande. De afgelopen 15 jaren werd een verschil gemaakt tussen evidence-based en experience-based interventies. Evidence-based interventies zijn gebaseerd op wetenschappelijke onderzoeksresultaten en zijn effectief gebleken. Evidence-based interventies gelden binnen de gezondheidszorg en gezondheidsbevordering in het algemeen als superieur ten opzichte van ervaringen uit de dagelijkse praktijk. (Mackenbach en Van der Maas, 2004; Saan en De Haes, 2005; Duyvendak e.a., 2006)

Hutschemaekers en Tiemens maken een onderscheid tussen het evidence-based handelen dat gebaseerd is op het gebruik van wetenschappelijk vastgestelde protocollen en richtlijnen of die, waarin professionals handelen op basis van een onafhankelijke afweging van wetenschappelijke inzichten met hun ervaringen in patiënten-cliëntencontacten. Zij noemen deze handelwijzen respectievelijk 'guideline approach' en 'heuristic approach'. (Hutschemaekers en Tiemens, 2006)

In de academische werkplaatsen die in Nederland op diverse plaatsen zijn opgericht, valt een trend te bespeuren om praktijk en onderzoek meer hand in hand te laten gaan. Zij kiezen een andere positie in dit debat en beschouwen de professional niet alleen als iemand die resultaten uit wetenschappelijk onderzoek toepast, maar ook als de persoon die samen met de cliënt klinische evidence of practice-based-evidence genereert. Deze practice-based-evidence is geëxpliciteerde en getoetste lokale kennis, die als basis dient voor wetenschappelijk onderzoek. (Munten e.a., 2006) De academische werkplaatsen zijn in eerste instantie gericht op

29 Informatie gebaseerd op contacten met het Kenniscentrum Zelfhulp en Ervaringsdeskundigheid te Tilburg; www.kenniscentrum-ze.nl

het wetenschappelijk toetsen van praktijkkennis en niet op de vraag welke plek ervaringen innemen in het praktische handelen van de professional.

Ondanks deze verschillende aanzetten wordt de wetenschappelijke beoordeling van de rol van de omgeving, van praktijkkennis en van op ervaringen gebaseerde kennis nog onderontwikkeld gevonden. (Saan en De Haes, 2005; Hutschemaekers en Tiemens, 2006)

In de historische en de empirische verkenning van Den Bosch-Oost zien we dat de kennis van de werkers over de wijk, de wijkbewoners en hun gezondheid in de loop der jaren groter wordt. Beroepskrachten volgen opleidingen en doen nieuwe wetenschappelijke en methodische vakkennis op. De kennis over de wijk en de wijkbewoners wordt groter onder invloed van (reflectie op) hun werkzaamheden en van contacten met externen die nieuwe inzichten meebrengen. De beelden, die de werkers hebben van de wijk en de wijkbewoners veranderen in de loop der jaren. Oude en nieuwe beelden botsen door ervaringen. Maar ook de werkers zelf veranderen door hun werk en hun contacten en gaan daardoor anders naar de wijk kijken. Door deze continue botsingen verandert en verdiept de kennis over de wijk en de wijkbewoners zich. In hoofdstuk 8 en 9 zijn hiervan verschillende voorbeelden opgenomen. Baart noemt in de presentietheorie dat door het werken in een achterstandswijk drie bronnen van kennis bij elkaar worden gebracht, mits de betreffende werker zich hiervoor openstelt. Het is een botsing tussen de A-, B- en C-wereld. De A-wereld is de wereld van de toeschouwer, die vanuit inzichten, kennis en vooronderstellingen uit de professionele kring als buitenstaander naar de B-wereld kijkt; een werkelijkheidsinterpretatie in termen van de gevestigde macht van experts. De B-wereld is de wereld van de wijkbewoners of patiënten/cliënten vanuit hun perspectief, zij zijn hierin actor. Hier geldt een werkelijkheidsinterpretatie in termen van de leefwereld van de wijkbewoner. De C-wereld is de werkelijkheidsinterpretatie in de biografische termen van de werker, diens kijk op de werkelijkheid, diens waarden, normen en zelfbeeld. De wisselwerking tussen de wereld van de toeschouwer en de leefwereld wordt bemiddeld door de wereld van de werker, dat is de ontmoetingsplaats. Hier vindt het proces van de exposure plaats. Het exposureproces houdt in dat de werker wordt ondergedompeld en blootgesteld aan de werkelijkheid en wel zoals die zich in de betreffende wijk voordoet. Baart gebruikt het woord exposure omdat hij verwacht dat de invloed van de wijkcultuur 'bijtend' zal inwerken op de betrokkene. (Baart, 2001; pg. 211) Baart werkt vervolgens zes mogelijke betrekkingen tussen de wereld van de toeschouwer en de leefwereld uit, die variëren in de mate waarin er een werkelijke confrontatie en beïnvloeding plaatsvinden tussen deze werelden.³⁰ Hij zet hiermee een stap verder in de discussie over praktijkkennis. Er is niet alleen de professionele kennis over de wijk van de buitenstaander, maar er is ook de kennis van de wijk en de wijkbewoners zelf. In tegenstelling tot de eerder genoemde academische werkplaatsen die gericht zijn op wetenschappelijk onderzoek van praktijken, plaatst Baart de confrontatie direct in de praktijk, in het handelen. Hij thematiseert hiermee het actieve proces van de professionele werker, de beroepskracht, om deze twee werelden te betrekken op elkaar. Hij spreekt over botsingen en strijdtoneel en accentueert dat er grote en heftige

verschillen bestaan tussen deze werelden.

In hoofdstuk 7 'Leren in en van de praktijk' is te lezen hoe in Den Bosch-Oost door de jaren heen praktijkervaringen getoetst zijn aan nieuwe inzichten. Het was een doorgaand leerproces, waarin informatie en kennis van beroepskrachten én vrijwilligers steeds opnieuw bij elkaar gebracht zijn. In hoofdstuk 8 en 9 zijn de soms emotionele ervaringen met de botsende werelden in enkele fragmenten van beroepskrachten terug te zien. Deze ervaringen zijn minder heftig dan beschreven door Baart in zijn theorie van de presentie. De reden hiervoor is mogelijk dat de beroepskrachten in Den Bosch-Oost ook wijkbewoners ontmoeten wier leefwereld minder afwijkt van de hunne en omdat de pastores van Baart zich radicaler onderdompelen in de wereld van de wijkbewoners.

Kenniscreatie door vrijwilligers is niet op dezelfde manier te begrijpen. De meeste vrijwilligers zijn geboren en getogen in de wijk of wonen er al vele jaren. De wijk is de leefwereld en hun waarden en normen komen overeen met die van de wijk. Zij zijn niet vanuit een functie toeschouwer. Zij komen door de beroepskrachten in aanraking met de wereld van de toeschouwers. Zoals eerder omschreven in het empowermentproces (par. 7.3 en 10.7) ontwikkelen vrijwilligers hun ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid door middel van persoonlijke, emotionele gebeurtenissen die in een maatschappelijke context worden geplaatst. Er zijn botsingen met hun eigen waarden en normen, zoals Anna die vertelt hoe zij leert omgaan met vertrouwelijke informatie die zij hoort van andere wijkbewoners. Of er zijn botsingen met de waarden en normen van de toeschouwerwereld via een representant van die wereld. Deze botsingen leiden tot verschillende keuzes. In De Stroom bijvoorbeeld volgen vrijwilligers scholingen en trainingen in hoe zij in hun werk bij De Stroom grenzen kunnen hanteren in de begeleiding van vrouwen. Met behulp van kennis uit de toeschouwerwereld

30 Het gaat om de zelfreferentiële relaties, import- en roofrelaties, toepassingsrelaties, verdringingsrelaties, hermeneutische wederzijdsheid en autonome zelfpresentatie. In de zelfreferentiële relaties komt geen werkelijke confrontatie tussen de A- en de B-wereld tot stand. De werelden blijven onverbonden naast elkaar staan en de werker springt van het ene perspectief naar het andere. In de import- of roofrelatie wordt de B-wereld 'onteigend': de werker past selectief wat in de wijk gevonden en geleerd wordt in zijn professionele wereld in en absorbeert het eigene van de B-wereld. In de toepassings- of gijzelrelatie wordt in de B-wereld diep doorgedrongen onder aansturing van de A-wereld en de concepties van de A-wereld worden toegepast op de B-wereld om deze te kunnen begrijpen. In deze relatie bestaat het gevaar dat de B-wereld gijzelnemer wordt en de werker alleen in ruil voor iets nuttigs de toegang krijgt tot de B-wereld. In de verdringingsrelatie vecht de B-wereld zich naar binnen in de A-wereld en neemt voluit de gelegenheid zich te daar presenteren. De werkers en 'dragers' van de A-wereld zien zich genoodzaakt de B-taal te gaan spreken. In de hermeneutische wederzijdsheid beïnvloeden én ontsluiten de beide werelden elkaar. De ideeën, intenties en normen van de A-wereld krijgen een actuele en gecontextualiseerde operationalisering in de B-wereld. In de B-wereld kan men zich met behulp van het aanbod van de A-wereld subject of actor worden. In de autonome zelfpresentatie heeft de B-wereld het gevecht opgegeven om door te dringen tot de A-wereld en de B-wereld bepaalt zelf en zegt zelf wat haar goed dunkt. Ze is voor haar erkenning en zelfrespect niet langer aangewezen op de A-wereld. (Baart, 2001; pg. 230-234)

leren zij hoe zij boven hun eigen ervaringen kunnen uitstijgen om anderen tot steun te zijn. Theresa en Jeanne werkzaam in het Trefpunt Oost kiezen daarentegen na de confrontatie met de GGZ juist voor een invulling van Trefpunt Oost die past bij hun eigen normen en waarden.

Beroepskrachten en vrijwilligers delen ervaringsdeskundigheid en professionele deskundigheid met elkaar in de gemeenschappelijke activiteiten van het wijknetwerk Hulpsector Oost. Zij maken bijvoorbeeld gezamenlijk patiëntenkrantjes en voorlichtingsmateriaal, bereiden gezamenlijk wijkbijeenkomsten voor en zetten gezamenlijk nieuwe voorzieningen op zoals De Stroom (zie par. 10.7). In het delen en bij elkaar brengen van verschillende soorten kennis ontstaat een bredere kennis van de wijk en wijkbewoners. De werkers kunnen hierdoor preciezer aansluiten op de aspecten die mensen zelf van belang vinden; een belangrijk element in de communitybenadering.

Kremer en Tonkens noemen het samengaan van deskundigheden ‘democratisch professionalisme’ (Kremer en Tonkens, 2006). Andere auteurs spreken over kennisontwikkeling in een op overeenstemming gebaseerd en gedeeld domein. (Gradener en Spierts, 2006; WRR, 2006) Meer toegespitst omschrijft Baum het als kennisontwikkeling door middel van een partnerschap tussen wijkbewoners en professionals gebaseerd op uitgebreide kennis van de wijk, wijkbewoners en hun behoeften. (Baum, 2002) Baart noemt de wederzijdse beïnvloeding van verschillende kennis hermeneutische wederzijdigheid. (Baart, 2001)

Leerprocessen en kenniscreatie tussen professionals en ervaringsdeskundigen zijn in een wijk mogelijk, omdat de wijk een domein is waar deze verschillende deskundigheden samen kunnen komen. Hulpsector-avonden en de gemeenschappelijke wijkactiviteiten zijn ontmoetingsplekken, waarin professionals en vrijwilligers tot uitwisseling van ervaringen en kennis komen. Multidisciplinaire overleggen tussen beroepskrachten evenals de zorgarrangementen in het project samenhangende zorg zoals beschreven in deel 2 hebben dezelfde functie voor de beroepskrachten onderling; zij delen hun impliciete en persoonlijke kennis. (Hutschemaekers, 2002; Boer, 2005)

Een wijk is niet de enige plek, het enige domein waar deze uitwisseling mogelijk is. De laatste jaren is vanuit de zelfhulpbeweging van chronisch zieken, GGZ-cliënten en verslaafden eveneens aandacht gekomen voor de plek van ervaringsdeskundigheid. Het gaat om programma’s zoals ‘Herstellen doe je zelf’, ‘Familie als bondgenoot’ en de inzet van bruggenbouwers en ervaringsdeskundigen binnen instellingen. De zelfhulpbeweging is verwachtingsvol over de integratie van ervaringsdeskundigheid binnen het professionele zorgaanbod. (Boevink e.a., 2006)

Voor de gemeenschappelijke kenniscreatie zijn gegevens nodig, is wetenschappelijke en professionele kennis nodig, zijn ervaringen nodig én mogelijkheden om ervaringen uit te wisselen. Bovenal is echter de erkenning nodig van de verschillende soorten kennis, want alleen dan is er iets uit te wisselen. Er is begeleiding nodig in het doordenken van gegevens en ervaringen én er zijn praktijkplekken nodig om deze nieuwe kennis toe te passen. Het creëren

van deze ontmoetingsplekken en gemeenschappelijke activiteiten is nog geen regulier onderdeel in de gezondheidszorg, gezondheidsbevordering en sociaal werk. Uit de historische beschrijving van Den Bosch-Oost blijkt -ook na 25 jaar- dat hiervoor specifieke aandacht, coördinatie en begeleiding nodig is en blijft.

12.4. Aansluiten bij wijkbewoners en duurzame vertrouwensvolle verbindingen

In een samenleving die gekenmerkt wordt door ‘druk, snel, dynamisch en vluchtig’, ontkomen de gezondheidszorg, de gezondheidsbevordering en het welzijnswerk niet aan deze eigenschappen. Minstens 6 patiënten per uur bij de huisarts, een afgeronde hulpverlening in 10 contacten bij het maatschappelijk werk, 1 behandeling bij lage-rugpijnklachten bij de fysiotherapeut, een vastgelegd aantal minuten voor het aantrekken van steunkousen door een verzorgende, stoppen met roken in 6 bijeenkomsten, sociale activering in 4 gesprekken. De efficiëncyslag in de gezondheidszorg, de gezondheidsbevordering en het welzijnswerk gaat onverminderd door. Deze manier van denken en doen dringt door tot in het informele zorgcircuit. Zorgindicaties bepalen wat tot de gebruikelijke zorg van het gezinssysteem hoort en verpleeghuizen nemen in de zorgplannen op dat welzijnstaken een verantwoordelijkheid zijn van het persoonlijke netwerk van de zieke. Onmiskienbaar is hierbij de invloed van het economisch denken in zorg en welzijn, zoals uiteengezet in hoofdstuk 3. Toch is het dat niet alleen. Het heeft ook te maken met de hedendaagse cultuur. Vrijwilligers willen zich niet meer langdurig aan activiteiten verbinden, maar hebben de voorkeur voor kortdurende projecten en acties. Moderne individuen binden zich niet meer op dezelfde wijze noch met dezelfde intensiteit als voorheen. (Duyvendak en Hurenkamp, 2004)

Deze ontwikkelingen gaan ook op voor Den Bosch-Oost, maar er is nog een andere werkelijkheid die naar voren komt in de historische en empirische verkenning. Hierbij passen de termen ‘geduldig, aandachtig, betrouwbaar en duurzaam’. Ontegenzeggelijk heeft deze andere werkelijkheid te maken met de sociaal-economische kenmerken van Den Bosch-Oost en met de kenmerken van het patiëntenbestand van gezondheidscentrum Samen Beter, zoals is beschreven in hoofdstuk 1. Het heeft vooral te maken met de door de jaren heen ontwikkelde werkwijze in Den Bosch-Oost, zoals beschreven in hoofdstuk 10. En met de samen met wijkbewoners opgebouwde voorzieningen, waarin de aandacht voor de meest kwetsbare bewoners in de wijk steeds voorop gestaan heeft. Deze andere werkelijkheid zal – hoewel niet precies hetzelfde - ook in andere wijken te vinden zijn.

Kennis over de wijk en de wijkbewoners zoals in de vorige paragraaf uiteengezet, is nodig om contact te maken en aan te sluiten bij de leefwereld van de wijkbewoners en de patiënten. Contact leggen met bewoners verloopt verschillend bij beroepskrachten en vrijwilligers. Alle werkers –beroepskrachten, I/Ders en vrijwilligers- gebruiken in hun omschrijvingen hoe zij contact maken opvallend vaak het woord ‘gewoon’. Het gaat dan ook om alledaagse ge-

woonten en handelwijzen die de basis van hun werken zijn en daarbij kiezen zij de woorden ‘aansluiten, luisteren, volgen, begrijpen, vertrouwen en nabij zijn’ om hun werkzaamheden aan te duiden. Het zijn procestermen, die ik uitgediept heb in hoofdstuk 10.

Het wel of niet succesvol aansluiten bij de leefwereld van wijkbewoners heeft Baart onderzocht in het werk van de pastores in achterstandswijken vanuit de presentiebenadering. Het gaat om aansluiten bij het primaire leven: de wereld en de logica van het gezin, de familie, de vriendengroep of de buurt. Aansluiten is een centraal begrip in zijn theorie over presentie. In relatie tot zorg beschrijft Baart presentie kort gezegd als een aandachtige, nabije en menslievende manier van zorg, hulp en bijstand geven, waarin de relatie voorop staat en het oplossen van problemen (als dat kan) daaraan ondergeschikt is. (Baart, 2006) Baart keert zich tegen het denken in producten en stelt dat in zorg en welzijn de relatie voorop staat: er zijn voor de ander, om behoud van waardigheid van de ander, om basale erkenning zodat de ander –hoe gek of hoe anders ook- voluit in tel is, om wederzijdsheid (van hartelijkheid tot strijd). (Baart, 2002) Aansluiten bij het alledaagse is voor hem dan ook iets heel anders dan vraaggerichte zorg of vraagsturing. In vraaggerichte zorg of vraagsturing ligt de verantwoordelijkheid voor het articuleren van de juiste vraag bij de leefwereld, die zich moet aanpassen aan de taal van de toeschouwerwereld. Baart legt de verantwoordelijkheid voor de juiste aansluiting bij de hulpverlener. Van Heijst noemt presentie *“een professionele wijze van zich verhouden tot medemens die in de knel zitten, opdat het hen goed doet. Presentie bestaat erin degenen die zwak staan welbewust opsporen, zich geduldig op hen afstemmen, desnoods actief uitgraven, hen aanbieden om in relatie te staan en vervolgens trouw nabij blijven in vreugde en hoop, ellende en verlatenheid.”* (Van Heijst, 2005: pg. 168)

In hoofdstuk 9 en 10 zijn voorbeelden beschreven hoe huisartsen, verpleegkundigen en maatschappelijk werkers geduldig afstemmen en trouw nabij blijven. In de eerstelijnszorg zijn de beroepskrachten in principe voor langere tijd de hulpverlener voor de wijkbewoners; ze ontmoeten elkaar steeds weer opnieuw. Dit is zo bij chronische zieken, bij multiproblemgzinnen, maar ook bij relatief gezonde mensen. Want ondanks de nadruk die vanuit efficiencyoverwegingen op kortdurende hulp- en zorgverlening ligt, is een belangrijke eigenschap van de eerstelijnszorg dat wijkbewoners steeds opnieuw en vanuit verschillende invalshoeken contacten hebben met de beroepskrachten. Bij de geboorte van een kind, bij de opvoeding en verzorging ervan, bij sportblessures, bij een hernia, bij een flinke griep, bij de verzorging van een ziek familielid, bij relatieproblemen, bij schulden, bij een depressie; in de loop van jaren doen zich veel situaties voor waarbij contact met de eerstelijnszorg wordt gezocht. Bij De Stroom en andere wijkactiviteiten gaan beroepskrachten en vrijwilligers eveneens langdurige relaties aan. De Stroom, Samen Beter en andere wijkactiviteiten zijn opgezet om zorg, hulp en steun te bieden aan wijkbewoners die in de knel zitten. In zorgrelaties stappen vrijwilligers minder snel over van de ene op de andere activiteit, omdat de relaties die zij aangaan met personen die hen nodig hebben, de kern van hun activiteit is. De huisartsengeneeskunde verwoordt expliciet de betekenis van het aangaan van langdurige relaties en aansluiten op

de context. Eigen aan huisartsengeneeskunde is het contact met het hele gezins- en soms familiesysteem; huisartsen zijn generalisten. Zij hebben langdurige verbindingen die tot een sterke band tussen dokter en patiënt kunnen leiden en tot een cumulatie van kennis door de jaren heen. (McWhinney, 1989) Werkers in Den Bosch-Oost zijn door die langdurende verbintenis met wijkbewoners dan ook niet zoals Van Heijst zegt de 'vreemde ander' voor wijkbewoners. Zij zijn wel een 'vreemde ander' in de zin dat de hulp niet geboden wordt binnen een familiale of vriendenrelatie.

Er zijn in een wijk veel verschillende manieren waarop mensen met elkaar in contact staan; intensieve contacten zoals hiervoor beschreven, maar ook andere, kortere contacten. Er zijn meerdere sociale netwerken in een wijk. Van Mierlo omschrijft een sociaal netwerk als de groep mensen, waarmee iemand min of meer duurzame banden onderhoudt voor de vervulling van levensbehoeften. Tot een dergelijk netwerk behoren het gezin en de familie (eerste cirkel), vrienden, bekenden en werkrelaties (tweede cirkel) en de sector maatschappelijke diensten, waaronder hulpverleningsorganisaties (derde cirkel). (zie figuur 7.1 in paragraaf 7.5.1) Contacten enkel en alleen in de binnenste cirkel kan leiden tot isolering, verstikking. Het 'ons kent ons', dat we zagen bij bijvoorbeeld De Stroom waar Lina zich een buitenstaander voelde. Een gevoel dat De Stroom thematiseerde en aanpakte, omdat De Stroom niet tot de binnencirkel, maar tot de middelste cirkel behoort.

Iedereen creëert zijn of haar eigen netwerk op verschillende plekken: in familieverband, in een vriendenkring, rond bestuurlijke, (re)creatieve of educatieve activiteiten, in een religieuze gemeenschap, in een werkkring of in een chatbox, al dan niet wijkgebonden. De sociale infrastructuur van een wijk zoals Den Bosch-Oost bestaat uit een wirwar van netwerken en meerdere keuzemogelijkheden. De relaties binnen deze sociale netwerken zijn niet alle intensief en intiem zoals hiervoor beschreven, maar ook kort, terugkerend en oppervlakkig.

De betekenis van sociale netwerken is grondig bestudeerd in 'sociaal kapitaal'-theorieën. Portes onderscheidt sociaal kapitaal van andere soorten kapitaal: "*whereas economic capital is in people's bank account and human capital is inside their heads, social capital inheres in the structure of their relationships. To possess social capital a person must be related to others, and it is those others, and not himself, who are the actual source of his or her advantage.*" (Portes, 1998; pg. 1-14) Putnam en andere sociaal kapitaal theoretici onderscheiden gesloten en open netwerken. In gesloten sociale netwerken, met een samenbindend (bonding) sociaal kapitaal, is de interactie van mensen naar binnen gericht, naar het handhaven van de exclusiviteit en uitgaand van 'geparticulariseerd' vertrouwen. In open netwerken, met een overbruggend (bridging) sociaal kapitaal, zijn mensen naar buiten gericht. Open netwerken stimuleren mensen om sociale grenzen te overschrijden en daardoor zichzelf te verrijken met informatie, kennis en andere hulpbronnen in bredere kring. De aanwezigheid van overbruggend kapitaal zorgt voor verbinding tussen groepen en gemeenschappen en gaat uit van 'gegeneraliseerd' vertrouwen. Een derde vorm van sociaal kapitaal is 'linking social capital', waarmee de directe verbindingen bedoeld worden van groepen of individuen met invloedrijke personen. (Putnam, 1993)

Mantelzorg en burenhulp zijn voorbeelden van gesloten netwerken gebaseerd op wederzijdse verplichtingen en sociale betrokkenheid. Deze hulpvormen hebben behalve praktisch nut ook een emotionele en morele betekenis. Mensen hebben daardoor minder het gevoel er helemaal alleen voor te staan en individueel verantwoordelijk te zijn voor hun positie en de oplossing van hun noden en behoeften. (Van der Zwaard, 2004) Elena, een vluchteling uit Bosnië vindt een dergelijk vangnet bij haar buurvrouw. Voor Elena fungeert kinderopvang Het Kruimeltje, waar ze als vrijwilliger werkt, als overbruggend kapitaal. Hier maakt ze een verbinding met andere groepen en vrijwilligers in de wijk en verwerft zij een positie als vrijwilliger. Een voorbeeld van 'linking social capital' in de wijk Den Bosch-Oost is de wijkadoptie door een Tweede Kamerlid, waardoor de actieve wijkbewoners een rechtstreeks contact met de landelijke politiek hebben.

De vrijwilligersactiviteiten en wijkvoorzieningen zoals Het Kruimeltje, De Stroom, Trefpunt Oost en de buurtcentra kunnen we beschouwen als bronnen van overbruggend sociaal kapitaal in de wijk. Ook gezondheidscentrum Samen Beter, de voormalige wijksschool De Plataan en het voormalige welzijnsproject Oost zijn bronnen van sociaal kapitaal. Rond deze voorzieningen zijn netwerken ontstaan van beroepskrachten en vrijwilligers. De rol van de voorzieningen in de netwerken in Den Bosch-Oost is in hoofdstuk 3 (par. 3.2.3) en hoofdstuk 11 (11.2.1) uitgewerkt. Rond de voorzieningen ontstaan affectieve relaties tussen beroepskrachten en vrijwilligers, die jarenlang blijven bestaan. De wijkvoorzieningen kenmerken zich enerzijds door de door Blokland onderscheiden instrumentele betekenis (rationele handelingsoriëntatie); zij bieden zorg en diensten aan voor de wijkbewoners. Maar er is anderzijds sprake van verbindingen en banden (sociale handelingsoriëntatie), die in de samenwerking tussen beroepskrachten en wijkbewoners is gegroeid. Bovendien bieden de voorzieningen de mogelijkheid aan wijkbewoners tot ontmoetingen en dragen deze voorzieningen bij aan de publieke familiariteit in een wijk. (Blokland, 1999)

Blokland gebruikt evenals Duyvendak en Hurenkamp de term 'gemeenschappen'. Laatstgenoemden onderscheiden 'zware' en 'lichte' gemeenschappen. Lichte gemeenschappen kunnen vriendenclubjes, studiegezelschappen, families of crèches zijn; deze staan open voor kennis, kunde en kritiek van de buitenwereld, van andere lichte gemeenschappen. Zware gemeenschappen –zoals gesloten families– vertonen afwijkend gedrag en sluiten anderen uit. Ook kunnen mensen buitengesloten zijn van lichte gemeenschappen door armoede en eenzaamheid, waardoor zij een 'noodgedwongen zware gemeenschap' zijn. Duyvendak en Hurenkamp noemen de Pauluskerk in Rotterdam als voorbeeld hiervan. Het onderscheidend criterium tussen lichte en zware gemeenschappen vinden zij het feit of de leden kunnen protesteren en weglopen; zodra zij dit kunnen, verdwijnt de zwaarte. (Duyvendak en Hurenkamp, 2004)

In Den Bosch-Oost gebruiken de werkers niet de term 'gemeenschappen', maar 'netwerken'. Weglopen uit netwerken in de wijk gebeurt niet zomaar, want in deze netwerken hebben mensen affectieve verbindingen met elkaar. In deze netwerken worden juist ook mensen betrokken met weinig vaardigheden of degenen die eenzaam of arm zijn. Toch zijn deze

zorgende netwerken in Den Bosch-Oost geen zware gemeenschappen. Door de publieke familiariteit in de wijk en door de aanwezigheid van vele elkaar overlappende netwerken in de wijk, komen mensen met meerdere netwerken in aanraking en hebben keuzemogelijkheden. Een beter onderscheidend criterium tussen lichte en zware gemeenschappen is of je wel of niet tegelijkertijd deel uit kunt maken van meerdere gemeenschappen c.q. netwerken.

Uit de voorgaande verkenningen komt naar voren dat de duurzame verbindingen tussen de beroepskrachten en de wijkbewoners, tussen de beroepskrachten en de vrijwilligers en tussen de vrijwilligers en de wijkbewoners belangrijke kenmerken zijn van het wijkgezondheids-werk. Deze netwerken zijn het verbindende én overbruggende sociaal kapitaal in de wijk. We kunnen concluderen dat de werkers in Den Bosch-Oost investeren in sociaal kapitaal. Of de netwerken een positieve invloed hebben op de gezondheid bespreek ik aan de hand van de in hoofdstuk 9 en 10 beschreven casussen met behulp van het verklaringsmodel van de programmacommissie sociaal-economische gezondheidsverschillen. (Ministerie van WVC, 1993) In dit verklaringsmodel heeft de commissie de complexe relatie tussen gezondheid en werkloosheid uiteengezet. De belastende aspecten voor gezondheid zijn financiële onzekerheid, sociale stigmatisering, spanningen en problemen in het gezin en het gemis van de structurerende functie van arbeid. Werklozen met een laag opleidingsniveau missen bovendien vaak kennis en vaardigheden om met deze belastende factoren om te gaan. Onder andere door een inkrimping van de sociale netwerken is de ervaren steun vaak gering. Reacties op de werkloosheid variëren van verlies van zelfvertrouwen en minderwaardigheidsgevoelens, tot fatalisme en gevoelens van eenzaamheid.

In de casussen van Clarisse en Dorus, die ziek zijn en geen werk (meer) hebben, zien we, dat zij via activiteiten nieuwe sociale netwerken creëren voor zichzelf en anderen, hoe zij hierin een zinvol perspectief en een nieuwe invulling in hun leven vinden. Het gaat hierbij in eerste instantie niet altijd om betaald werk, soms is het wel de stap daarnaar toe. In alle gevallen hebben deze activiteiten een structurerende werking. Ook leiden ze tot meer zelfvertrouwen en tot nieuwe vaardigheden die hun gezondheid positief beïnvloeden. De sociale netwerken en wijkactiviteiten zijn de bemiddelingsfactor voor de gezondheidsverbetering. In de bespreking van de casussen in hoofdstuk 10 en 11 zijn op meerdere manieren relaties gelegd tussen de opbouw van sociale relaties en de verbetering van gezondheid.

Onderzoekers van het Londense 'Health Development Agency' (HDA) hebben sociaal kapitaal onderzocht in relatie tot gezondheid. Zij refereren aan een onderzoek bij Amerikaanse mannen met minder uitgebreide sociale netwerken, die significant meer kans hebben op cardiovasculaire aandoeningen. Omgekeerd is eveneens vastgesteld dat Engelse vrouwen die in buurten wonen die hoog scoren voor sociaal kapitaal, minder roken, wat zich ook voordoet nadat gecontroleerd was op sociaal-economische factoren. (Baxter en Poland, 2003) De auteurs concluderen dat het verband tussen sociaal kapitaal en gezondheid genuanceerd ligt. Waarschijnlijk zijn bepaalde elementen van sociaal kapitaal – zoals vertrouwen en inzet voor de gemeenschap – meer gezondheidsbevorderend dan andere. Uit hun onderzoek

bleek bovendien dat er ook binnen gemeenschappen grote verschillen kunnen bestaan met betrekking tot de wijze waarop sociaal kapitaal tot stand wordt gebracht en in stand wordt gehouden. Zo zijn er verschillen in het type netwerk waarvan mannen en vrouwen deel uitmaken in hun dagelijks leven, en in de soort steun die ze via deze netwerken geven en ontvangen. Hoewel lastig aan te tonen is hoe sociaal kapitaal bijdraagt aan een verbetering van gezondheid vindt de 'Health Development Agency' sociaal kapitaal een nuttig concept voor gezondheidsbevordering. Het concept kan helpen om de invloed van gemeenschapskenmerken op de gezondheid beter te begrijpen. Het concept biedt een aangrijpingspunt voor acties ter beïnvloeding van die factoren. Investeren in onderzoek en in acties ter bevordering van sociaal kapitaal vindt het Londense HDA een goede investering. (Swann en Morgan, 2003)

In deze paragraaf is betoogd dat aansluiten bij de leefwereld van de wijkbewoners én het aangaan van duurzame vertrouwensvolle relaties kenmerken zijn van het wijkgezondheidswerk. Vertrouwen ontstaat door aan te sluiten, door in verbinding te staan en te blijven staan. Dit gebeurt in langdurige, intensieve relaties én in korte, terugkerende contacten tussen wijkbewoners, vrijwilligers en beroepskrachten. Deze relaties en de aanwezigheid van toegankelijke gezondheidsvoorzieningen en sociale netwerken in de wijk, juist ook voor de sociaal-economisch zwakke groepen, kunnen gezondheid positief beïnvloeden. Het veranderen van aspecten in de brede (sociale) omgeving is voornamelijk echter één van de minst onderbouwde strategieën voor gezondheidsverbetering. We kunnen concluderen dat op dit terrein nog veel vooruitgang te boeken is.

12.5 Het dubbele actorschap

In de vorige paragraaf is uiteengezet hoe de werkers in Den Bosch-Oost verbindingen aangaan om te werken aan gezondheidsverbetering. Wijkgezondheidswerk is gebaseerd op verbindingen en niet op transacties of betrekkingen horend bij –zoals Blokland zegt– instrumentele handelingsoriëntaties. In de sociale handelingsoriëntaties benaderen mensen elkaar als subjecten. In de literatuur die in hoofdstuk 3 is besproken, komt naar voren dat de medische benadering van gezondheid de patiënt tot object maakt. In de leefstijlbenadering van gezondheid en de sociale omgevingsbenadering van gezondheid is de cliënt c.q. wijkbewoner een subject en is het begrip participatie belangrijk. Wat zeggen de werkers in Den Bosch-Oost hierover? In het empirisch materiaal is het verschil tussen een object- of subjectbenadering niet gevonden. De werkers zijn actor en de persoon of personen waarvoor en waarmee zij werken, zijn eveneens actor. Ook de wijkbewoners die ziek zijn, zijn actor. Het dubbele actorschap is een preciezere aanduiding van de relatie die zij omschrijven, dan te spreken over participeren. Het dubbele actorschap bespreek ik in deze paragraaf.

De werkers in Den Bosch-Oost gaan relaties aan met patiënten en/of wijkbewoners, die bedoeld zijn om problemen of klachten op te lossen dan wel mensen sterker te maken. De

patiënt, cliënt of wijkbewoner is geen object in de relatie, maar is eveneens een handelend subject. Hier ligt het aanknopingspunt om mensen te ondersteunen in zelfwerkzaamheid, in het zelf greep krijgen op hun gezondheidssituatie. Mol zegt naar aanleiding van haar onderzoek naar diabetespatiënten, dat het actorschap zich vrijelijk heen en weer beweegt tussen de hulpverlener en de patiënt. In de logica van het zorgen is de patiënt afhankelijk: niet van een bemoeizuchtige hulpverlener, maar van hulp. Zonder hulp gaat de patiënt dood. Maar de hulpverleners zijn ook afhankelijk van de patiënt. Zij kunnen niets beginnen als patiënten niet allerlei dingen zelf doen. Zorgen voor iemand, die niet voor zich zelf zorgt, blijft zonder resultaat. (Mol, 2006)

De werkers streven een verbetering van de situatie van de patiënt en wijkbewoner na; hoe klein ook en hoe lang het proces soms kan duren. De werkers hanteren daarbij verschillende strategieën, zo blijkt uit de interviews. In de analyse van het empirisch materiaal zijn vier verschillende werkwijzen onderscheiden. Er komt een verschil naar voren tussen het oog hebben voor de beschadigde kant van mensen (de ziekte, de problemen, de klachten) en dat deze mensen hieronder lijden versus het oog hebben voor de sterke kant van mensen, voor hun potenties. Alle mensen beschikken over een beschadigde én een sterke kant. In het wijkgericht werken komen de werkers die twee kanten van wijkbewoners tegen. Wijkbewoners komen met hun beschadigde kant in aanraking met de gezondheidszorg en ze worden actief vanuit hun potenties, waarop ze aangesproken worden. In de bescherming van een spreekkamer of een individuele vertrouwensrelatie laten mensen hun beschadigde kant zien. In de wijk, in de groep, in relaties, in activiteiten kunnen zij hun sterke kant, hun potenties, tonen. Daarnaast is een verschil geconstateerd in de richting die de werkers kiezen om te werken aan oplossingen. Werkers zijn uitkomst- of actiegericht, dat wil zeggen: op direct resultaat gericht, inspelend op de directe vraag van wijkbewoners, zoals het opheffen van pijn of het oplossen van een klacht of probleem. Anderen leggen de nadruk op het proces dat mensen zelf te gaan hebben om aan de oplossing te werken, aangepast aan het tempo van de wijkbewoners en indirecter en diffuser werkend richting een resultaat. (zie par. 10.3) Deze strategieën zijn niet de enig denkbare en ze komen ook niet in een pure vorm per werker voor. Werkers hanteren meerdere strategieën al naar gelang de situatie en er komen mengvormen voor. In de analyse is de meest duidelijke strategie per werker benoemd om te begrijpen hoe zij handelen. (zie schema 10.2)

Van Heijst heeft het handelen in de zorg onderzocht in haar boek over 'menslievende zorg'. Een interventie omschrijft zij als een 'beweging van naderen, behandelen en weer verlaten'. Na de interventie moet de zorgvrager het zelf uitzoeken, uiteindelijk blijft die alleen. Zij noemt een interventie zorgzaam als de professionaliteit van de interventiebeoefenaar niet alleen bestaat uit verlichten, verhelpen en genezen, maar ook bestaat uit het zich verhouden tot wat niet te verhelpen is en weten hoe je als beroepskracht in die omstandigheden iets voor de ander kunt betekenen. Presentie biedt de mogelijkheid om te begrijpen wat 'handelen' betekent in ongelijke verhoudingen. Achter de mens met gebreken heel de mens blijven zien, die een uniek persoon is en die mede sturing geeft aan de hulpverlening, waardoor niet van

te voren vast ligt hoe de zorg of behandeling eruit zal zien. Zorgen gebeurt in een betrekking, waarin dingen gedaan worden, maar soms ook bewust gelaten worden. De dingen die gedaan worden – de interventies – zijn gebaseerd op een diagnose die een probleemgebied of ziekte objectiveren, maar daarmee niet de persoon als totaal objectiveren. Als de betreffende persoon subject blijft, een actor blijft, die de ruimte heeft om mee te handelen, dan spreekt Van Heijst van een zorgrelatie in plaats van een zorgbetrekking. (Van Heijst, 2005)

Het dubbele actorschap krijgt in het wijkgezondheidswerk op twee manieren gestalte. In de individuele relatie en op wijkniveau. In individuele contacten zoekt Bram, huisarts, samen met patiënten uit wat de achtergronden van een klacht zijn. Sommige werkers slaan een brug tussen de individuele contacten en de wijk. Zoals Chris, de fysiotherapeut, die zijn patiënten meeneemt naar het fitnesscentrum en Annelies, maatschappelijk werker, die samen met de vrouwen van De Stroom vieringen en themabijeenkomsten organiseert.

In hoofdstuk 9 en 10 zijn de persoonlijke geschiedenissen van vrijwilligers beschreven en hoe zij vanuit hun ziek-zijn actief zijn geworden. Hierin gaat het niet alleen over een handelen met betrekking tot henzelf of hun directe omgeving, maar het handelen is op meerdere wijkbewoners gericht. Clarisse is gastvrouw bij De Stroom, Dorus leert mensen met een beperking timmeren en zagen, Deria is tolk voor zijn landgenoten, Jeanne en Theresa organiseren activiteiten met en voor psychiatrische patiënten en gaan met hen op vakantie. Zij beschrijven eveneens hoe beroepskrachten hen al dan niet tot steun zijn in deze activiteiten en zo zijn beroepskrachten in hun handelen indirect gericht op meerdere wijkbewoners. Het actorschap van de wijkbewoners alsook de steun bij dat actorschap wordt daarmee zichtbaar voor meerdere wijkbewoners in de wijk. Vooral vrijwilligers benadrukken in de interviews het belang van samen dingen doen in plaats van enkel samen praten in een intersectoraal overleg. Zorgen en werken aan de verbetering van de gezondheid wordt hiermee onttrokken aan de beschutting van een spreekkamer. Gezondheidsverbetering is niet alleen iets dat zich afspeelt in de contacten met de huisarts, fysiotherapeut, maatschappelijk werker en verpleegkundige. In de wijk is te zien wat beroepskrachten doen en wat wijkbewoners zelf (kunnen) doen op dit terrein. De gedeelde verantwoordelijkheid is zichtbaar. Hiermee maken de werkers (beroepskrachten én vrijwilligers) duidelijk *“wie zij willen zijn voor de wijkbewoners, wat zij op zich nemen, welke verwachtingen van de wijkbewoners gehonoreerd kunnen worden, waaraan wordt gewerkt.”* (Baart, 2001; pg. 765) Zorgen voor elkaar is zichtbaar in de wijk én maakt zichtbaar wat mensen voor elkaar kunnen betekenen.

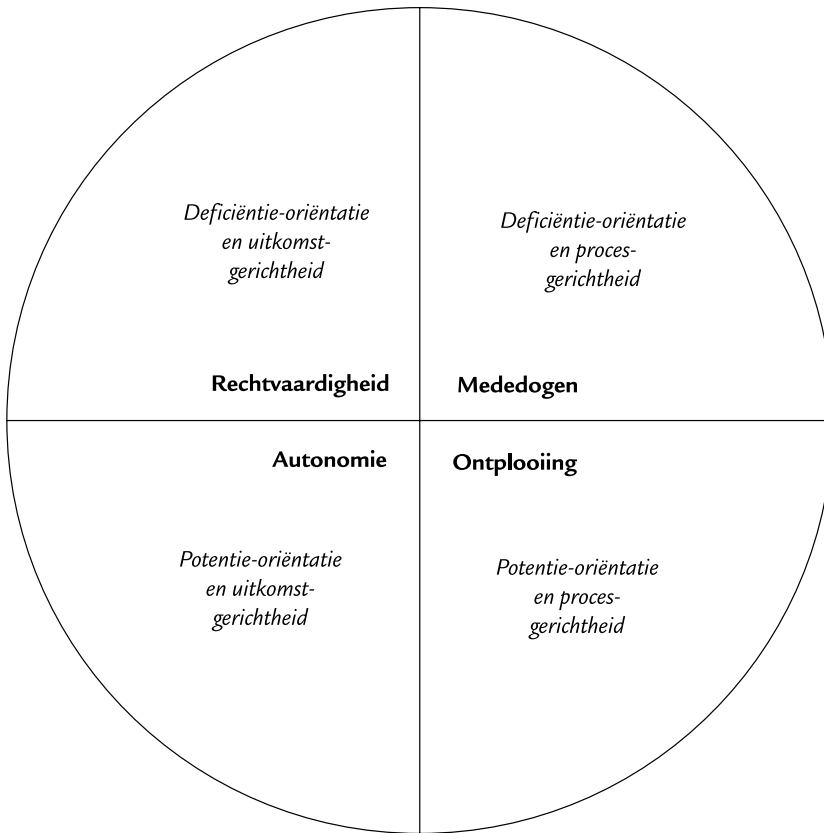
12.6. Strategieën en drijfveren

De verschillende strategieën die in de vorige paragraaf zijn besproken, zijn te verbeteren en te perfectioneren. In de theoretische en historische verkenning is beschreven dat er vanuit de domeinen gezondheidszorg, gezondheidsbevordering en sociaal werk veel aandacht is voor methodische ontwikkelingen en kwalitatieve verbeteringen van werkwijzen, liefst evidence-based. Recente voorbeelden hiervan zijn: protocollen, richtlijnen, diagnose-behandelcombinaties, ketenzorg, community-interventiemodellen en wijkontwikkelingsplannen. Dit zijn verbeteringen vanuit een buitenstaanderperspectief horend bij de door Baart genoemde toeschouwerwereld. In de historische verkenning van Samen Beter en Hulpsector Oost is beschreven hoe in Den Bosch-Oost met deze ontwikkelingen is meegegaan. Als deze evidence-based methodieken en strategieën enkel nauwkeurig uitgevoerd worden (guideline approach), verdwijnt volgens Baart de 'aanspreekbare persoon'. (Baart, 2002) Het verschil tussen een guideline approach en een heuristic approach is besproken in par. 12. 3. In deel III staan de opvattingen van de werkers van Den Bosch-Oost. Wat zeggen zij over hun strategieën, wat beogen zij ermee en wat zijn de onderliggende waarden in hun handelen? Waarop zijn zij aanspreekbaar?

In de interviews spreken de werkers over hun drijfveren om te werken in Den Bosch-Oost. Waarom zijn zij actief, wat zijn hun onderliggende verlangens, hun onderliggende waarden? Deze zijn in hoofdstuk 10 samengevat in de woorden mededogen, rechtvaardigheid, ontplooiing en autonomie. Een waardeoriëntatie is een innerlijke drijfveer van de werker, die in zijn handelen tot uitdrukking komt. Het gaat bij sommige werkers om basale zaken, zoals iets willen doen voor mensen die ziek zijn of problemen hebben, of vanuit mededogen of liefde opkomen voor kwetsbare anderen. Bij enkele al lang in de wijk werkende professionals én bij de allochtone vrijwilligers spreekt een sterk rechtvaardigheidsgevoel door in hun verhaal. Zij vinden het belangrijk dat Samen Beter hulp blijft verstrekken aan onverzekerden en vluchtelingen en dat in de behandeling rekening wordt gehouden met de financiële situatie en de culturele achtergrond van mensen. Een deel van de werkers (beroepskrachten en vrijwilligers) is sterk gericht op het mogelijk maken dat mensen zich ontplooiën en emanciperen. Deze waardeoriëntatie kwam sterk naar voren bij sociaal werkers en bij bijvoorbeeld de vrijwilligers van De Stroom. Een grote groep vrijwilligers benadrukt het belang om activiteiten zelf te organiseren en hecht waarde aan autonomie.

Door de waarden van de respondenten in de analyses te vergelijken met de vier hoofdstrategieën kwam naar voren dat mededogen, rechtvaardigheid, autonomie en ontplooiing bij deze strategieën pasten.

Tabel 12.1 Indeling strategieën en waardeoriëntaties



Wat is kenmerkend voor de aanpak in Den Bosch-Oost vertrekkend vanuit deze vier waarden? Rechtvaardigheid gaat over de rechten van de mens, zoals op het terrein van gezondheidszorg is vastgelegd in 'Health for All by the Year 2000' (WHO, 1977) en het 'People's Charter for Health' (WHO, 1978). In deze Charter wordt over gezondheid gezegd: "[...] is a fundamental human right and (that) the attainment of the highest possible level of health is a most important world-wide social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector [...]." Vanuit deze waardeoriëntatie hebben werkers steeds opnieuw aandacht besteed aan de aanwezigheid en de aansluiting van medische en sociale voorzieningen op de behoeften van kwetsbare groepen. Deze waardeoriëntatie komt sterk naar voren op het moment dat onrecht en achterstelling ervaren worden. Deze waardeoriëntatie in het wijkgezondheidswerk zorgt voor alertheid op uitsluiting van mensen. In de confrontatie met het buitenstaanderperspectief vallen een paar zaken op. In het buitenstaanderperspectief is er aandacht voor toegankelijkheid van voorzieningen; de rechten van patiënten/cliënten zijn vastgelegd en er zijn speciale programma's en projecten voor de 'niet bereikbaren'. Daar waar toegankelijkheid echter verwordt tot het vaststellen van de

maximale wachttijd en wachtlijst, hulp zich beperkt tot een procedureel juist aanbod en in speciale projecten gekozen wordt voor de minst moeilijk bereikbaren om de targets te halen, gaat deze waardeoriëntatie verloren. De werkers spreken hierover en maken een onderscheid tussen deze aanpak en de werkwijze waarvoor zij kiezen en de problemen die zij ervaren om bij deze keuze te blijven. Sommigen keren zich tegen het beleid van hun instelling en creëren een eigen ruimte.

Met het woord mededogen is samengevat, dat professionals en vrijwilligers –soms vele jaren– contact blijven houden met mensen die zo kwetsbaar, zo ziek, zo onmachtig zijn, dat zij steun nodig blijven houden. Van Heijst noemt dit in haar uitleg van presentie ‘een gevoelvol bij de ander betrokken raken’. Het zijn hulpverleners die zich, zoals zij zegt, daadwerkelijk met mensen verbinden die het alleen niet redden; hulpverleners, die niet alleen mooi praten, maar blijven komen ook als anderen al lang hebben afgehaakt. Zij erkennen hiermee de intrinsieke waardigheid van de ander en laten zien dat dit iemand is waar zij om geven en op wie ze prijs stellen. (Van Heijst, 2006) Deze waardeoriëntatie komt het sterkst naar voren bij vrijwilligers zoals Lina, die over de vrouwen van De Stroom zegt: “Ik houd van die mensen” en Theresa die ervoor vecht dat psychiatrische patiënten een eigen keuze mogen maken. In de interviews met beroepskrachten komt deze oriëntatie eveneens naar voren. Vooral als zij spreken over eenzame mensen en mensen met meervoudige en complexe problemen, die uit alle sociale verbanden zijn gevallen. Het mededogen vertaalt zich in hun handelen door in contact te blijven, interesse te houden en soms te zien dat na vele jaren in een situatie misschien toch iets verandert, verbetert. Annelies en Iris, maatschappelijk werkers, geven beiden voorbeelden van contacten die ze jarenlang onderhouden. Pas na lange tijd is het vertrouwen zo groot dat een verhaal over incest of mishandeling verteld kan worden. Jarenlang contact houden past niet in het beleid van maatschappelijk werk dat uitgaat van kortdurende behandelingen. Annelies en Iris kunnen daar niet mee uit de voeten. De aansluiting van deze waardeoriëntatie op het buitenstaanderperspectief zit deels in de aandacht voor bejegening. Het procedureel of protocollair vastleggen van bejegening is in de gezondheidszorg geïntroduceerd. Patiëntenorganisaties zetten zich hiervoor in en nemen deze aspecten op in tevredenheidsonderzoeken. Mededogen houdt echter meer in dan bejegening; het betekent vooral oog hebben voor kwetsbaarheid van mensen en naast mensen blijven staan in deze kwetsbaarheid.

Bij ontplooiing, empowerment en emancipatoire hulpverlening is in hoofdstuk 7 en 10 uitvoerig stil gestaan. Het is door de jaren heen een krachtige waardeoriëntatie geweest in het wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost. Vrijwilligers spreken over ‘hun carrière’ in Den Bosch-Oost. In de levensverhalen zijn terugkerende elementen: aanspreken van kwaliteiten, persoonlijke groei, steun van andere vrijwilligers en beroepskrachten, activiteiten en contacten die zij opgepakt hebben en de ‘helende’ (genezende) werking van dit proces voor hun gezondheid. Het is een waarde die zich gemanifesteerd heeft in hun leven en die zij doorgeven in wijkactiviteiten aan andere wijkbewoners. Bij de beroepskrachten blijkt deze waardeoriëntatie vooral vertegenwoordigd te zijn bij de sociale werkers en gekoppeld aan de

potentie-proces-strategie. In de confrontatie met het buitenstaanderperspectief doet zich hier een merkwaardige paradox voor. Ontplooiing, empowerment en participatie zijn de laatste jaren breed gedragen perspectieven in het sociaal werk. De soms jarenlange processen met de diffuse en open einddoelen passen echter niet bij de korte begeleidingstrajecten met een duidelijk omschreven doel, waarvan de uitkomsten geregistreerd worden. Tonkens wijst op de toenemende registraties van het doen en laten van professionals en pleit ervoor om naast de bureaucratische logica en de vrije-marktlogica ruimte te maken voor een professionele logica met een discretionaire ruimte voor de professionals om naar eigen inzichten te handelen en beslissingen te nemen op basis van opleiding en ervaring. Tonkens gaat daarbij uit van dialogische strategieën gebaseerd op intensieve, langdurige relaties tussen professionals en 'burgers'. Een professional kan niets bij voorbaat als standaard beschouwen en behandelen. Cruciaal voor de professionals is dat zij/hij discretionaire ruimte hebben om naar eigen inzicht te handelen, beslissingen te nemen én resultaten te benoemen. (Tonkens, 2003 en 2006)

Autonomie is een andere krachtige waardeoriëntatie van vooral de vrijwilligers. Zij benadrukken het belang van dingen zelf kunnen doen. Hoe past deze waardeoriëntatie in het gedachtegoed van steun vanuit sociale netwerken? Autonomie wordt immers nogal eens gekoppeld aan individuele vrijheid, aan keuzevrijheid en regie over het eigen leven. Hoe passen zorgen voor elkaar en autonomie bij elkaar? Sohl e.a. (1997) onderscheiden verschillende interpretaties van autonomie: de liberale, de feitelijke, de communicatieve en de relationele autonomie. Zij verstaan onder de liberale autonomie dat de beslissingsvrijheid geheel bij de cliënt ligt, waarbij de cliënt tot een keuze komt op een individuele, weloverwogen en zelfstandige wijze. De drie alternatieve interpretaties van autonomie zijn ontwikkeld als reactie op de liberale interpretatie van autonomie. De drie alternatieven overlappen elkaar deels; niet zozeer de uitgangspunten, maar de accenten zijn verschillend. Feitelijke autonomie gaat uit van de situatie van de cliënt, in hoeverre deze zich kan identificeren met de door anderen gemaakte keuzes. Communicatieve autonomie gaat ervan uit dat keuzes in het leven het resultaat zijn van onderhandeling, het gezamenlijke proces van afwegen van tegenstrijdige belangen en gedeelde en gespreide medezeggenschap. Relationele autonomie ten slotte benadrukt dat de identiteit van mensen tot stand komt binnen relaties met anderen. (Sohl e.a., 1997) Dorus verwoordt de relationele autonomiegedachte als hij uitlegt hoe trots mensen zijn als zij ondanks hun handicap leren werken met allerlei machines en in staat zijn zelf houten voorwerpen te maken met zijn geduldige begeleiding, die hij aanpast aan de mogelijkheden van de persoon.

De autonomiegedachte heeft echter nog een andere betekenis; niet op persoonlijk, maar op wijkniveau. Tops bepreekt deze betekenis met behulp van het begrippenpaar 'institutionele en situationele logica'. (Tops, 2002) Wijkgericht werken vanuit een situationele logica houdt in primair opereren vanuit betrokkenheid en verbinding. Burgers en maatschappelijke organisaties organiseren zich vanuit hun betrokkenheid bij een situatie. Vaak gaat het om direct zichtbare of gevoelde problemen of ontwikkelingen. Per situatie ontstaat een manier van

werken die past bij de situatie. Criterium voor het succes van een aanpak is of die door betrokkenen als zinvol wordt ervaren. Tegenover de situationele logica staat de institutionele logica, waarin het wijkgericht werken wordt georganiseerd rondom van tevoren bedachte, ontworpen of gedefinieerde momenten in een planningscyclus van bijvoorbeeld wijkontwikkelingsplannen of het gemeentelijke wijkgezondheidsbeleid. (Harting en Assema, 2007) Het succes criterium is het aantal deelnemers aan bijeenkomsten en overleggen. In het eerste geval komt de democratische betrokkenheid vanuit een intrinsieke en directe motivatie tot stand; in het tweede geval via de institutionele logica van een gemeente of instelling. Door aansluiting bij de institutionele logica, het buitenstaanderperspectief, zijn sommige activiteiten in Den Bosch-Oost verdwenen of uitgehold. Om succesvolle initiatieven, waarin beroepskrachten en vrijwilligers samenwerken overeind te houden, is nogal eens ervoor gekozen om deze initiatieven 'onder te brengen' in grote instellingen met als gevolg dat de positie van ervaringsdeskundigheid en vrijwilligers verdwenen is. Voorbeelden hiervan zijn de alfabetiseringsgroepen, het randgroepjongerenwerk, een klussendienst en een eetproject. De autonomie van de vrijwilligers, van de ervaringsdeskundigheid, blijft niet voldoende gewaarborgd én de duurzame vertrouwensvolle verbindingen vallen weg. Deze instellingen zijn wellicht 'verrijkt' met een nieuw onderdeel, maar de eigenheid van het initiatief is verloren gegaan. De betrokkenheid van de werkers bij 'hun' initiatief wordt op deze manier weg georganiseerd en daarmee verdwijnt het hart eruit. Lina spreekt op deze manier over het onderbrengen van De Stroom bij de GGZ en de maatschappelijke opvang.

Het grootste verschil tussen het binnen- en buitenstaanderperspectief is niet de te onderscheiden strategieën, maar de onderliggende waardeoriëntaties. De inspiratie en betrokkenheid van de werkers in Den Bosch-Oost komt voort uit hun onderliggende waarden en daarom blijven zij zich vele jaren inzetten. De eerder genoemde lange adem die nodig is in het wijkgezondheidswerk halen zij hiervandaan. Floor, leerkracht, haakt na bijna 20 jaar werken in Den Bosch-Oost gedesillusioneerd af. Zij geeft aan dat zij het werk niet meer volhield, toen ze haar idealen uit de beginjaren kwijt was geraakt. Zij ziet nu enkel steeds weer nieuwe uitzichtloze opvoedingssituaties en besluit te vertrekken naar een andere school in een 'rijkere' wijk.

12.7. Resultaten en effecten

Het meten van effecten van de wijkaanpak is niet eenvoudig vanwege de complexiteit. De wijkbewoners zijn geen constante variabele. Mensen verhuizen en de samenstelling van een wijk verandert. Dit maakt het moeilijk om over langere tijd iets te zeggen over de verbetering van de gezondheid op wijkniveau. Niet alle wijkbewoners zijn patiënt bij het gezondheidscentrum, dus metingen binnen het gezondheidscentrum zeggen niet alles over de wijk in zijn geheel. Belangrijker echter is dat gezondheid zelf een relatief begrip is; met een beperking of chronische ziekte kunnen mensen zich gezond voelen en actief zijn in diverse sociale netwerken.

Hoe zijn SEGV-gegevens bruikbaar te maken naar de schaal van het wijkniveau waarop gewerkt wordt aan het terugdringen van gezondheidsachterstand? Over de fysieke aspecten, de woningkwaliteit en de aanwezigheid van voorzieningen zijn gegevens op wijkniveau te verkrijgen. Epidemiologische gegevens, zoals gegevens over sociaal-economische gezondheidsverschillen, leefstijl en de ervaren gezondheid, zijn beschikbaar op basis van geografische eenheden die niet altijd samenvallen met wijken. Voor de wijk Den Bosch-Oost geldt als bijkomend probleem dat het aantal geënquêteerden te klein in aantal is in de regionale en gemeentelijke onderzoeken, zodat er geen uitspraken aan te verbinden zijn. (zie hoofdstuk 2) In de voorgaande hoofdstukken kwam nog een aansluitingsprobleem naar voren tussen ervaringen en onderzoeksresultaten. De onderzoekers van het Londense 'Health Development Agency' wijzen hier eveneens op. Zij komen tot de conclusie dat de weging van ervaren gezondheid van leden van een wijk niet gelijk is aan de morbiditeits- en mortaliteitsgegevens van diezelfde wijk, omdat gezondheid en ziekte niet één op één tegenover elkaar staan. Mensen kunnen zich gezond voelen ook al hebben ze een ernstige ziekte of beperking. (Swann en Morgan, 2003) In de casussen in hoofdstuk 9 en 10 is beschreven dat wijkbewoners die in de wijk actief worden zich door hun activiteiten gezonder gaan voelen. Ook hierbij gaat het om ervaren gezondheid, die niet doorwerkt in grote onderzoeken.

Nulmetingen, die vergeleken worden met de uitkomsten na afronding van interventies zijn vertrouwde elementen in projecten. In de wijkaanpak blijkt het moeilijk te zijn om effecten op deze manier aan te tonen; effectmetingen staan op gespannen voet met langdurige en complexe veranderingsprocessen. Effecten zijn een direct gevolg van een bepaalde handeling en inzet. Het meten van de effecten van een kortdurende, projectmatige inzet op deelaspecten, zoals ook bij Samen Beter meerdere keren is gebeurd, biedt alleen inzicht in die betreffende aspecten. Eerder in gerefereerd aan de input-, throughput-, output- en outcome-evaluaties. (Goumans en Koornstra, 1998; Boer, 2005) Het registreren van het aantal mensen dat deelneemt aan activiteiten, zoals eveneens gebeurt in Den Bosch-Oost, zegt niets over het effect van die deelname of zegt alleen iets over een korte-termijn-effect, zoals het stoppen met roken na een cursus. Dit soort gegevens biedt informatie die bijdraagt aan de kennis over de gezondheid van mensen in een wijk, maar het is beperkte kennis. Meten is een beetje weten. Het is de vraag of het wijkgezondheidswerk om deze manier de maat te nemen is. De uitkomst van complexe processen zullen op een andere manier bekeken moeten worden.

Baart bepleit een normatief reflectieve vorm van professionaliteit in de dienstverlening. Baart is van mening dat goede hulp en dienstverlening meer afhangt van *“de kwaliteit van de relatie, de openheid van de communicatie en de inhoudelijke inbreng van de werker dan van krachtige, sociaaltechnologische interventies ter productie van probleemoplossingen.”* (Baart, 2001; pg. 843) Mol probeert in haar gevalsstudie naar de zorg voor diabetici scherp te krijgen wat de moeite van het verbeteren waard is bij de zorg en ondersteuning voor chronisch zieken. In de ideale setting benoemen hulpverlener en patiënt samen wat er de afgelopen tijd moeilijk ging en samen proberen ze hier iets aan te veranderen. Mol vindt dat dit ook buiten de spreekkamer

zo moet gaan. In kleine en grote verbanden elkaar verhalen vertellen over wat uitgeprobeerd wordt, wat er goed gaat en wat beter zou kunnen. Zo kan van elkaar geleerd worden en zo kunnen volgens haar de meest pakkende antwoorden ingebouwd worden in apparaten, geneesmiddelen en organisaties. (Mol, 2006)

In hoofdstuk 11 is gekeken naar wat de werkers zeggen over de resultaten van het wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost. Resultaten verwijzen naar uitkomsten van handelen, hebben een bredere scoop dan effecten en liggen niet bij voorbaat vast. Werken aan gezondheid is werken met mensen, die veranderen en al dan niet beter worden. Een enkele keer is er sprake van een verandering in de fysieke omgeving, die van invloed is op de gezondheid van de wijkbewoners. Zoals de geslaagde actie tegen de bouw van een woontoren, de herhuisvesting van zorgbehoefte ouderen in aangepaste woningen bij een herstructurering van een deel van de wijk en de sanering van huizen bij mensen met ademhalingsproblemen. Voor de (para-)medische werkers is ingrijpen in het fysieke lichaam aan de orde; voor de zorgvrijwilligers en de sociaal-medische werkers is lijfelijke verzorging bieden een onderdeel van hun werk. De hoofdmoot van de hulp, zorg en ondersteuning gebeurt echter via communicatie tussen mensen en in dit complexe samenspel gebeurt van alles. Het is dit 'alles' dat de werkers in hoofdstuk 11 hebben proberen te verwoorden als een bijdrage aan de verbetering van de lichamelijke, psychische en/of sociale gezondheid van wijkbewoners en dan vooral voor bewoners met een lage sociaal-economische situatie (SES). Wat zeggen de werkers over dit 'alles'?

Het valt op dat geen van de beroepskrachten antwoordt met gemakkelijke of voor de hand liggende resultaten; zij poetsen hun resultaten niet op. Zij gaan juist in op de complexe en moeilijke situaties waarmee ze in hun werk te maken hebben. Daar liggen hun uitdagingen en daarover spreken zij. Soms is een resultaat pas na jaren zichtbaar, soms is geen enkel resultaat te benoemen, maar blijft een contact bestaan. Uit de interviews blijkt dat zij de resultaten verwoorden passend bij de onderliggende waarden: bijvoorbeeld passende zorg voor vluchtelingen; aansluiting krijgen met mensen in multiproblemegezinnen; leren fietsen na jaren van ziek-zijn en isolering of het opzetten van een nieuwe wijkvoorziening. De werkers die lange tijd werken in de wijk gebruiken het woord bescheidenheid. Deze bescheidenheid en het wijzen op het lange-ademwerk correspondeert met conclusies van onderzoekers. (Stronks en Hulshof, 2001; Mackenbach, 2005; Saan en De Haes, 2005) Bescheidenheid is een woord dat niet past bij de huidige wijze van het verantwoorden van werkresultaten. In de huidige 'afrekencultuur' worden resultaten eerder opgepoetst, omdat 'targets' moeten worden gehaald.

We zagen dat de verbetering van gezondheid het duidelijkst verwoord is in de persoonlijke levensverhalen van de vrijwilligers. Deze wijkbewoners bouwen een nieuw dragend netwerk op via hun activiteiten en verbeteren op deze manier via de sociale omgeving hun gezondheid. Zij zetten stappen in hun empowermentproces. Ervaren onvrede of een emotionele

gebeurtenis zijn de aanleidingen om te veranderen. In het proces van verandering is deelname aan groepen met lotgenoten belangrijk; zij leren nieuwe vaardigheden die zij later gaan toepassen ten behoeve van anderen in de wijk. Soms 'klein' in directe onderlinge contacten; soms 'groot' leidend tot een nieuwe voorziening voor de wijk. Door dit leerproces creëren zij een nieuwe toekomst en weten zij zich nuttig. In hun empowermentproces is te zien dat het enerzijds gaat om het individuele emancipatieproces en anderzijds om de gerichtheid op de ander, op de omgeving. Uit deze verhalen blijkt dat de verbetering van de gezondheid via het wijkgezondheidswerk resultaat heeft primair voor hun sociale gezondheid, vervolgens de psychische gezondheid beïnvloedt en in sommige situaties ook de lichamelijke gezondheid verbetert of draaglijker maakt. Het leerproces waardoor zij een betere gezondheid gaan ervaren, verandert hun opleidingsniveau niet. De vraag is hoe de verworven kennis van wijkbewoners en het daardoor beter omgaan met hun gezondheid terug te zien is in onderzoek naar sociaal-economische gezondheidsverschillen. De gezondheidssituatie wordt bepaald door opleidingsniveau, werk en inkomen van de wijkbewoners, waarbij opleiding de meest bepalende factor is. (Ministerie van WVC, 1994) Als het opleidingsniveau en niet de door activiteiten verworven kennis het uitgangspunt is voor de bepaling van de gezondheidssituatie, kunnen deze resultaten van het wijkgezondheidswerk niet zichtbaar worden.

Een pleidooi om vooral oog te hebben voor de relatie tussen het individu en zijn omgeving en de verhalen van mensen komt van Richard Norton, hoofdredacteur van 'The Lancet', een gerenommeerd wetenschappelijk tijdschrift voor de geneeskunde, naar aanleiding van het verschijnen van zijn boek 'In het hart van de geneeskunde zit een leugen', zegt hij het volgende:

"[...] dat we met de grote fascinatie voor evidence een traditie verloren hebben die de geneeskunde gedurende eeuwen heeft opgebouwd: oog voor de subtiele, niet-kwantificeerbare aspecten van de klinische praktijk. [...] Gedetailleerde kennis over de wijze waarop een ziekte ontstaat, is overwegend een onnodige last. Geneeskunde gaat over het bijzondere, het unieke, het individu en zijn omgeving; het gaat beslist niet alleen over objectieerbare ziekten die er wel of niet zijn en die je kunt behandelen of uitbannen. Ziekte is niet uitsluitend een kwantificeerbare afwijking van het normale: ziekte herschept het leven van een patiënt en maakt hem in zekere zin tot een ander persoon. Wie zo tegen ziekte aankijkt, zal inzien dat het gaat om vragen als: hoeveel verandering in zijn omgeving kan een patiënt verdragen, hoe groot is zijn vermogen zich aan te passen aan zijn sociale omstandigheden? Zulke vragen beantwoorden is de essentie van het dokter-zijn [...] herstel van menselijke waardigheid." (Massen, 2003)

De resultaten op individueel niveau verwijzen naar de context waarbinnen de resultaten behaald zijn. De meest nabije context zijn de sociale netwerken en de voorzieningen in de wijk. Toegankelijke voorzieningen en de sociale omgeving zijn determinanten van gezondheid en opgenomen in het model van Lalonde. (zie par. 3.1) Hier is een zichtbaar resultaat in Den Bosch-Oost te melden. Sprak de gemeente begin jaren zeventig nog over 'het maagdelijke gebied' Den Bosch-Oost zonder voorzieningen; eind jaren negentig trekt het welzijnswerk zich

nagenoeg terug uit de wijk 'omdat daar zoveel voorzieningen zijn'. Gezondheidscentrum Samen Beter is, in de verhalen van zowel de beroepskrachten als de vrijwilligers, in Den Bosch-Oost de centrale gezondheidsvoorziening; een brede en toegankelijke basisvoorziening. Dit is een resultaat dat na veel jaren is behaald; het is bij de start van het gezondheidscentrum niet precies zo gepland. De effecten ervan op gezondheidssituatie van de wijk als geheel blijkt niet te achterhalen.

12.8. Mogelijkheden en onmogelijkheden van het wijkgezondheidswerk

De mogelijkheden en onmogelijkheden van het wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost zijn in dit proefschrift uitgewerkt. Kenmerkend voor het wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost is de integratie van de drie paradigma's ziekte en zorg, gezond gedrag en sociale steun. (zie hoofdstuk 3, schema 3.5) Om dit te bewerkstelligen werken beroepskrachten van verschillende sectoren samen en bovendien werken zij samen met vrijwilligers in de wijk. Beroepskrachten zijn in de gelegenheid de leefwereld van de wijkbewoners van binnenuit te leren kennen en ervaren. De verbindingen in de wijk verlopen niet via instituties, maar voornamelijk via de mensen werkzaam in de instituties, die elkaar op wijkniveau leren kennen en relaties aangaan met wijkbewoners. In plaats van kant-en-klare programma's uit te voeren, leren zij de processen in een wijk kennen, processen, waarin nieuwe netwerken, nieuwe probleemdefinities en nieuwe oplossingsrichtingen ontstaan en weer verdwijnen: een organische sociale infrastructuur. (Raspe en Foolen, 2003) De wijk is een plek waar wijkbewoners zich kunnen ontplooien tot ervaringsdeskundige en waar zij door middel van zorgpraktijken zelf gezonder worden en voor andere wijkbewoners zorgen. In de wijk komt verschillende kennis bij elkaar, zodat op basis van deze kennis de voor de wijk geëigende zorgpraktijken ontstaan. De wijk is een plek waar beroepskrachten en vrijwilligers deel uit maken van het sociaal kapitaal in die wijk en waar juist ook kwetsbare groepen zich gehoord en gezien weten. In de wijk kan het zorgen voor elkaar zichtbaar worden, zich buiten de spreekkamers van de professionals begeven en onderdeel zijn van het alledaagse leven in een wijk. Beroepskrachten uit verschillende sectoren kunnen samen met wijkbewoners ongezonde fysieke omstandigheden in een wijk aanklagen en mee aanpakken.

De wijk heeft geen exclusieve rechten op deze mogelijkheden. De mogelijkheden zijn ook te realiseren in een community die niet gebiedsgericht is. Twee aspecten zijn wel expliciet verbonden aan de wijk. Ten eerste, in een wijk kan een breed palet van zorg en welzijn in de fysieke nabijheid van mensen georganiseerd worden. Ten tweede, wijkbewoners –ook de kwetsbare personen– kunnen via de zorg- en welzijnsactiviteiten in aanraking komen met verschillende netwerken en daarvan deel uit gaan maken.

We kunnen concluderen dat er veel lastige kanten zitten aan het wijkgezondheidswerk in de praktijk. De fragmenterende kracht vanuit de verschillende domeinen is sterk en beroeps-

krachten verbinden zich niet allemaal (even sterk) met de wijk. Een cultuur van samenwerken tussen beroepskrachten en wijkbewoners c.q. vrijwilligers is niet eenvoudig en situaties en tijd om kennis te delen zijn niet vanzelfsprekend voorhanden. De resultaten van het wijkgezondheidswerk zijn niet goed aan te tonen met de gangbare registratie- en evaluatiemethoden.

De wijkaanpak is niet hét antwoord op de grote vraag hoe gezondheidsachterstand terug te dringen is. Gezondheidsachterstand heeft te maken met vele factoren; daar zal op meerdere manieren aan gewerkt moeten worden. De terugdringing van armoede, de verbetering van werkgelegenheid, huisvesting en opleiding, de samenstelling van het zorgverzekeringspakket, de inrichting van de omgeving, het verkeer en het milieu: het is allemaal nodig om gezondheid te verbeteren. Dat is bekend en niet allemaal op het bord van de wijkaanpak te leggen. Wijkgezondheidswerk kan hieraan een bijdrage leveren en enkele determinanten van gezondheid beïnvloeden, zoals het opzetten van toegankelijke en nabije voorzieningen, die vorm krijgen passend bij de context. Wijkgezondheidswerk kan een bijdrage leveren aan sommige aspecten in de sociale en fysieke omgeving en kan bijdragen aan de verbreding van kennis en vaardigheden van mensen. Werken aan gezondheid en zorgen voor elkaar draagt bij aan het sociaal kapitaal in een wijk. In hoeverre hiermee de gezondheid verbetert, is te horen in de individuele verhalen van wijkbewoners; het is echter niet in cijfermatige gegevens weer te geven. De verhalen hebben echter een functie die cijfers niet hebben. De verhalen bevatten de nuances van complexe processen. De verhalen voegen kennis en betekenis toe aan cijfers, zo die er zijn. De verhalen kunnen meer dan cijfers de motor zijn voor de werkers om door te gaan met het lange ademwerk, dat nodig is voor het terugdringen van gezondheidsachterstand.

Het documenteren en analyseren van de 25 jaren ervaringen in Den Bosch-Oost biedt geen blauwdruk voor het wijkgezondheidswerk. De analyse van de praktijk in Den Bosch-Oost roept vragen en nieuwsgierigheid naar andere praktijken op. Hoe verbinden professionals in andere wijken zich met hun zorgpraktijken? Gaan zij in weerwil van de heersende modus ook duurzame relaties aan? Wat brengt de confrontatie met kwetsbare en zorgbehoeftige wijkbewoners bij hen teweeg? Welke kennis benut men in andere wijken en lukt het hen om statistische gegevens uit grootschalige onderzoeken te integreren met hun eigen ervaringen en praktijkkennis? Is er in andere wijken zicht op de relatie tussen sociaal kapitaal en gezondheid? Welke verhalen vertellen wijkbewoners die actief worden en leggen zij een relatie naar gezonder worden door hun activiteiten? Worden deze verhalen in de wijk aan elkaar verteld en door wie worden ze gehoord? Hoe spelen andere wijken in op beleidswisselingen? Antwoorden op deze vragen zullen de kennis over wijkgezondheidswerk en het terugdringen van gezondheidsverschillen vergroten.

SAMENVATTING

Wijkgericht werken om gezondheid te verbeteren wordt in de literatuur beschouwd als een veelbelovende strategie, vooral voor het aanpakken van gezondheidsachterstand in sociaal-economisch zwakke wijken. Wijkgericht werken aan gezondheid wordt toegepast in de eerstelijnsgezondheidszorg, de gezondheidsbevordering en het sociaal werk. Een samenhangend beeld wat gezondheidswerk is en wat de relatie is tussen gezondheid en wijk ontbreekt echter. Het doel van dit onderzoek was om in een lang bestaande praktijk in Den Bosch-Oost het wijkgezondheidswerk te ontrafelen om inzicht te krijgen in de noodzakelijke elementen, de mogelijkheden en onmogelijkheden ervan. Hiervoor is een gevalstudie uitgevoerd bestaande uit een theoretische en beleidsmatige verkenning. Verder is de historie van het wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost gereconstrueerd en is de 25-jarige praktijk geanalyseerd op basis van 40 diepte-interviews met beroepskrachten en vrijwilligers die langdurig werkzaam zijn in Den Bosch-Oost.

In de theoretische verkenning is achtereenvolgend ingegaan op de begrippen gezondheid, wijk, sociaal-economische gezondheidsverschillen, achterstandswijken en wijkaanpak. Een gangbaar onderscheid in de benadering van gezondheid is de medische benadering, de leefstijlbenadering en de sociale omgevingsbenadering. De medische benadering is gericht op deficiëntie, op ziekte en gebreken van het individu. De leefstijlbenadering legt de focus op het gezonde gedrag van individuen en groepen mensen. De sociale omgevingsbenadering gaat uit van de wisselwerking tussen individu en omgeving in relatie tot gezondheid.

In sociaal-economisch zwakke wijken wonen mensen met een slechtere gezondheid dan gemiddeld. Zij zijn vaak georiënteerd op hun wijk; noodgedwongen vanwege onvoldoende mobiliteitsmogelijkheden of omdat ze zich er thuis voelen. De oorzaken van gezondheidsachterstand zijn complex; de meest bepalende factoren zijn een laag inkomen, geen of laaggeschoold werk en vooral een lage opleiding zo blijkt uit onderzoek (Mackenbach en van der Maas, 1987 en 2004; Stronks en Hulshof, 2001; Alting e.a., 2003; Kok en Ten Dam, 2003).

In het wijkgericht werken komen verschillen naar voren in aanpak. Hierin speelt mee of de wijk als een geografisch gebied, een organisatorische eenheid of als een door bewoners ervaren gemeenschap benaderd wordt. In het domein van de gezondheidszorg zijn gezondheid en ziekte het eerste aangrijpingspunt en is de wijk als community een niet of nauwelijks gekend fenomeen. In de gezondheidsbevordering is gezondheidsgedrag het eerste aangrijpingspunt en is de wijk als community een nieuwe oriëntatie. In het sociaal werk is de wijk als community een vertrouwd aanknopingspunt in het werk, maar is gezondheid geen expliciet thema. De resultaten en effecten van de wijkaanpak blijken moeilijk aan te tonen. (De Boer en Peltenburg, 2003; Saan en De Haes, 2005)

Het gescheiden beleid voor de drie domeinen heeft een geïntegreerd en op elkaar afgestemde ontwikkeling gefrustreerd. (De Haan en Duyvendak, 2002) In Den Bosch-Oost zijn de consequenties van de gefragmenteerde aanpak en het gescheiden beleid terug te zien

De historische verkenning van Den Bosch-Oost laat zien dat de wijk vanuit verschillende perspectieven beschreven is: de conflicterende volkswijk, de achterstandswijk, de saamhorige wijk en de wijk als etalage van verschillen. Het welzijnswerk is tussen 1975 en 1987 van groot belang geweest voor de wijk. Vrijwilligers en wijkbewoners starten met hulp van het opbouwwerk vele activiteiten. Het gezondheidscentrum start in 1980 met een holistische gezondheidsbenadering die sterk georiënteerd is op de wijk als community. In de loop der jaren wordt binnen het gezondheidscentrum Samen Beter de medische benadering dominant. Toch verdwijnt de oriëntatie op de wijk niet en er blijven verbindingen tussen beroepskrachten, vrijwilligers en wijkbewoners bestaan. Het gezondheidscentrum stelt het voortbestaan van de wijkvoorziening veilig door te voldoen aan de eisen vanuit het gezondheidszorgdomein. Het welzijnswerk met zijn communitybenadering verdwijnt in de jaren negentig nagenoeg uit Den Bosch-Oost onder invloed van het gevoerde sociaal beleid. In de jaren negentig krijgt het wijknetwerk Hulpsector Oost een sterke stimulans onder invloed van de sociale vernieuwing en de ‘gezonde wijken’ benadering. Beide invloeden gaan uit van een geïntegreerde wijkaanpak en een oriëntatie op de wijk als community. Rond het jaar 2000 is er opnieuw aandacht vanuit het sociaal beleid voor de wijkaanpak. Hierbij wordt vooral ingezet op de medeverantwoordelijkheid van de burger voor zijn eigen leefomgeving. Voor het gezondheidscentrum geldt in die periode een hernieuwde aandacht vanuit het gezondheidszorgbeleid voor een samenhangend, efficiënt zorgaanbod, waarin aansluiting gezocht wordt tussen de wijk als uitvoeringsschaal en de regio voor de organisatie van de zorg. De 25-jarige praktijk van het wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost is het toneel van werken in de spanningen tussen de wijkoriëntatie en grotere gebiedsindelingen en tussen fragmentatie en integratie van de verschillende gezondheidsbenaderingen.

In de historische en de empirische verkenning van Den Bosch-Oost is te zien dat de kennis van de werkers (beroepskrachten en vrijwilligers) over de wijk, de wijkbewoners en hun gezondheid in de loop der jaren groter wordt. Baart noemt in de presentietheorie dat door het werken in een achterstandswijk drie bronnen van kennis bij elkaar worden gebracht, mits de betreffende werker zich hiervoor openstelt (exposure). Exposure is de radicale ervaring van de botsing tussen de wetenschappelijke kennis (toeschouwerwereld), de leefwereld van de wijkbewoners en de werkelijkheidsinterpretatie van de professional, diens kijk op de werkelijkheid, diens waarden, normen en zelfbeeld. De wisselwerking tussen de toeschouwerwereld en de leefwereld wordt bemiddeld door de wereld van de werker, dat is de ontmoetingsplaats. Het wel of niet succesvol aansluiten bij de leefwereld van wijkbewoners heeft Baart onderzocht in achterstandswijken vanuit de presentiebenadering. Het gaat om aansluiten bij het primaire leven: de wereld en de logica van het gezin, de familie, de vriendengroep of de buurt. Aansluiten is een centraal begrip in zijn theorie over presentie. (Baart, 2001) Bij een communitybenadering is genuanceerde kennis nodig om aan te kunnen sluiten bij de aspecten die mensen zelf van belang vinden. Daarvoor bieden cijfermatige gegevens niet voldoende houvast en is het beeld van een enkele werker of een groep werkers ook te beperkt. De

gezamenlijke kennis van de beroepskrachten en vrijwilligers biedt een completer beeld van de wijk dan door cijfermatige gegevens of enkele beroepskrachten te kennen is. Gezamenlijk weten zij wat nodig is in de wijk en kunnen zij nieuwe diensten en activiteiten voor de wijk ontwikkelen. Door de samenwerking van beroepskrachten en vrijwilligers in deze activiteiten ontstaan meerdere netwerken in de wijk.

De betekenis van sociale netwerken is bestudeerd in de sociaal kapitaal theorieën, die gesloten en open netwerken onderscheiden. In gesloten sociale netwerken, met een samenbindend (bonding) sociaal kapitaal, is de interactie van mensen naar binnen gericht, naar het handhaven van de exclusiviteit en uitgaand van 'geparticulerd' vertrouwen. In open netwerken, met een overbruggend (bridging) sociaal kapitaal, zijn mensen naar buiten gericht. Via open netwerken worden mensen gestimuleerd om sociale grenzen te overschrijden en daardoor zichzelf te verrijken met informatie, kennis en andere hulpbronnen in bredere kring. De aanwezigheid van overbruggend kapitaal zorgt voor verbinding tussen groepen en gemeenschappen en gaat uit van 'gegeneraliseerd' vertrouwen. (Putnam, 1993) In Den Bosch-Oost zijn gezondheidscentrum Samen Beter en andere community based voorzieningen bronnen van sociaal kapitaal. Rond de voorzieningen ontstaan affectieve relaties tussen beroepskrachten en vrijwilligers, die jarenlang blijven bestaan. De wijkvoorzieningen kenmerken zich enerzijds door de door Blokland onderscheiden instrumentele betekenis (rationele handelingsoriëntatie); zij bieden zorg en diensten aan voor de wijkbewoners. Maar er is anderzijds sprake van verbindingen en banden (sociale handelingsoriëntatie), die in de samenwerking tussen beroepskrachten en wijkbewoners is gegroeid. De wijkvoorzieningen bieden de mogelijkheid aan wijkbewoners tot ontmoetingen en dragen bij aan de publieke familiariteit in een wijk. (Blokland, 1999) Vooral kwetsbare mensen zijn aangewezen op ontmoetingsplekken in de wijk. In de contacten met -vooral kwetsbare- mensen is niet de interventie, maar de attitude ofwel 'het present zijn' belangrijk. (Baart, 2001 en Van Heijst, 2005)

In enkele casussen is onderzocht hoe sociale netwerken in de wijk bijdragen aan de gezondheid van mensen. We zien dat sociale steun mensen sterker maakt en hun psychische en lichamelijke gezondheid positief beïnvloedt. Onderzoekers van het Londense 'Health Development Agency' (HDA) hebben sociaal kapitaal onderzocht in relatie tot gezondheid. Investeren in onderzoek en in acties ter bevordering van sociaal kapitaal vindt het Londense HDA een goede investering. (Swann en Morgan, 2003) Aansluiten bij de leefwereld van de wijkbewoners én het aangaan van duurzame vertrouwensvolle relaties zijn kenmerken van het wijkgezondheidswerk. Vertrouwen ontstaat door aan te sluiten, door in verbinding te staan en te blijven staan. Dit gebeurt in langdurige, intensieve relaties én in korte, terugkerende contacten tussen wijkbewoners, vrijwilligers en beroepskrachten. Deze relaties en de aanwezigheid van toegankelijke gezondheidsvoorzieningen en sociale netwerken in de wijk, juist ook voor de sociaal-economisch zwakke groepen, kunnen gezondheid positief beïnvloeden. Het veranderen van aspecten in de brede (sociale) omgeving is vooralsnog echter één van de minst onderbouwde strategieën voor gezondheidsverbetering en een terrein waarop nog veel vooruitgang kan geboekt worden.

Een ander belangrijk element in de relatie tussen professionals en wijkbewoners is het ‘dubbele actorschap’ dat in een aantal casussen is uitgewerkt. Wijkbewoners of patiënten zijn geen passieve objecten, maar actieve personen die in staat zijn om te werken aan verbetering van hun eigen gezondheid en die van andere wijkbewoners. Soms met kleine individuele stappen en soms in het samen creëren van een nieuwe voorziening. De samenwerking vindt plaats in de contacten in de spreekkamers, maar ook in de openbaarheid van de wijk. Beroepskrachten en wijkbewoners laten via hun samenwerking op wijkniveau het dubbele actorschap zien, delen verantwoordelijkheden en zijn op die manier een voorbeeld voor anderen.

In de analyse van de werkwijzen van de werkers zijn vier verschillende strategieën onderscheiden. Er komt een verschil naar voren tussen het oog hebben voor de beschadigde kant van mensen (de ziekten, problemen, de klachten) en dat de mensen hieronder lijden versus het oog hebben voor de sterke kant van mensen, voor hun potenties. Alle mensen beschikken over een beschadigde én een sterke kant. Zij komen in aanraking met de gezondheidszorg met hun beschadigde kant en worden actief vanuit hun potenties. Daarnaast is een verschil geconstateerd in de richting die werkers kiezen om te werken aan oplossingen. Werkers zijn uitkomst- of actiegericht, dat wil zeggen op direct resultaat gericht. Anderen leggen de nadruk op het proces dat mensen zelf te gaan hebben om aan een oplossing te werken, aangepast aan hun tempo en indirecter en diffuser werkend richting een resultaat

In de interviews spraken de werkers over hun drijfveren om te werken in Den Bosch-Oost. Waarom zijn zij actief, wat zijn hun onderliggende verlangens, hun onderliggende waarden? Deze zijn samengevat in de woorden mededogen, rechtvaardigheid, ontplooiing en autonomie. Door de drijfveren, de onderliggende waarden van de respondenten in de analyses te vergelijken met deze vier hoofdstrategieën komt naar voren dat mededogen, rechtvaardigheid, autonomie en ontplooiing bij deze strategieën passen.

Rechtvaardigheid gaat over de rechten van de mens, zoals op het terrein van gezondheidszorg is vastgelegd door de WHO. (WHO, 1977 en 1987) Vanuit deze waardeoriëntatie hebben werkers steeds opnieuw aandacht besteed aan de aanwezigheid en de aansluiting van medische en sociale voorzieningen op de behoeften van kwetsbare groepen. Deze waardeoriëntatie komt sterk naar voren op het moment dat onrecht en achterstelling ervaren worden. Deze waardeoriëntatie in het wijkgezondheidswerk zorgt voor alertheid op uitsluiting van mensen en hoort bij de deficiëntie-uitkomst-strategie.

Met het woord mededogen wordt samengevat dat professionals en vrijwilligers –soms vele jaren- contact blijven houden met mensen die zo kwetsbaar, zo ziek, zo onmachtig zijn, dat zij steun nodig blijven houden. Van Heijst noemt dit in haar uitleg van presentie ‘een gevoelvol bij de ander betrokken raken’. (Van Heijst, 2006) Het mededogen vertaalt zich in hun handelen door in contact te blijven, interesse te houden en soms te zien dat na vele jaren in een situatie misschien toch iets verandert, verbetert. Deze waardeoriëntatie past bij de deficiëntie-proces-strategie.

Ontplooiing, empowerment en emancipatoire hulpverlening is een krachtige waardeoriën-

tatie geweest in het wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost. Vrijwilligers spreken over 'hun carrière' in Den Bosch-Oost. In de als casus uitgewerkte levensverhalen zijn terugkerende elementen: kwaliteiten die aangesproken worden, persoonlijke groei die zij door gemaakt hebben, steun die zij hierbij ondervonden hebben van andere vrijwilligers en beroepskrachten, activiteiten en contacten die zij opgepakt hebben en de 'helende' (genezende) werking van dit proces voor hun gezondheid. Het is een waarde die zich gemanifesteerd heeft in hun leven en die zij doorgeven in wijkactiviteiten aan andere wijkbewoners. Bij de beroepskrachten blijkt deze waardeoriëntatie vooral vertegenwoordigd te zijn bij de sociale werkers en gekoppeld aan de potentie-proces-strategie.

Autonomie is een andere krachtige waardeoriëntatie van vooral de vrijwilligers. Zij benadrukken het belang van dingen zelf kunnen doen. Autonomie is uitgewerkt als relationele autonomie; de identiteit van mensen komt tot stand binnen relaties met anderen. (Sohl e.a., 1997) De autonomiegedachte heeft nog een andere betekenis; niet op persoonlijk, maar op wijkniveau. Burgers en maatschappelijke organisaties organiseren zich vanuit hun betrokkenheid bij een situatie. Vaak gaat het om direct zichtbare of gevoelde problemen of ontwikkelingen. Per situatie ontstaat een manier van werken die past bij de situatie. (Tops, 2002) Bij deze waardeoriëntatie past de potentie-uitkomst-strategie.

De inspiratie en betrokkenheid van de werkers in Den Bosch-Oost komt voort uit hun onderliggende waarden en daarom blijven zij zich vele jaren inzetten. De lange adem die nodig is in het wijkgezondheidswerk halen zij hiervandaan. Uit de interviews blijkt dat de werkers resultaten verwoorden passend bij de onderliggende waarden. Het valt op dat geen van de beroepskrachten antwoordt met gemakkelijke of voor de hand liggende resultaten; zij poetsen hun resultaten niet op. Zij gaan juist in op de complexe en moeilijke situaties; daar liggen hun uitdagingen en daarover spreken zij. Soms is een resultaat pas na jaren zichtbaar, soms is geen enkel resultaat te benoemen, maar blijft een contact bestaan.

De verbetering van gezondheid wordt het duidelijkst verwoord in de persoonlijke levensverhalen van de vrijwilligers. Uit deze verhalen blijkt dat de verbetering van de gezondheid primair verloopt via hun sociale gezondheid, vervolgens de psychische gezondheid beïnvloedt en in sommige situaties ook de lichamelijke gezondheid verbetert of draaglijker maakt. In hoeverre hiermee de gezondheid op wijkniveau verbetert, is niet uit beschikbare cijfermatige gegevens te destilleren. De verhalen hebben echter een functie die cijfers niet hebben. De verhalen bevatten de nuances van complexe processen. De verhalen kunnen meer dan cijfers de motor zijn voor de werkers om door te gaan met het lange ademwerk, dat nodig is voor het terugdringen van gezondheidsachterstand.

De mogelijkheden en onmogelijkheden van het wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost zijn in dit proefschrift uitgewerkt. Kenmerkend voor het wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost is de integratie van de drie paradigma's ziekte en zorg, gezond gedrag en sociale steun; gebruik maken van wetenschappelijke en ervaringskennis, aansluiten en vertrouwensvolle, duurzame verbindingen, het dubbele actorschap, de ruimte voor de werkers om hun

strategieën te verbinden aan hun waardeoriëntaties en oor te hebben voor de resultaten die zij zelf benoemen.

De gevalstudie van Den Bosch-Oost biedt geen blauwdruk voor het wijkgezondheidswerk, maar maakt nieuwsgierig hoe in andere wijken om gegaan wordt met de complexiteit van het wijkgericht werken aan gezondheid.

SUMMARY

Community health work

A study of 25 years community based health approach in Den Bosch-Oost

The community based approach for healthcare and health promotion is considered a hopeful strategy, especially to diminish social economic health differences in poor neighbourhoods. Some important concepts are mentioned in literature, such as accessible institutions, cross-sectored collaboration, participation and empowerment. The community approach is used by primary health care, health promotion and social work. However, it is difficult to measure the results and effects of the community based approach. There is a lack of a broad theory and research about community based health approach that covers the three domains or explains the relationship between health and community.

The purpose of this study - a qualitative case study- is to unravel a more than 25 years existing practice of health community work in Den Bosch-Oost to get an insight in the important elements, its possibilities, impossibilities and results.

This study contains a theoretical framework of the ideas and activities in primary health care, health promotion and social work on the principle concepts of the health community approach in poor neighbourhoods. In addition the study contains a review of the policies in health care, health promotion and social work concerning the community health approach during the last 25 years. The different ideas about health- i.e. the medical approach, the lifestyle approach and the social approach- are explored in the relevant literature.

Income, work and most of all education influence health. In disadvantaged neighbourhoods people's health is worse and there is a lack of possibilities for people to improve their health themselves. To stimulate the improvement of health in poor neighbourhood there should be collaboration between health care, health promotion and social work. Nevertheless theory shows us that those domains have different views, different scales and different approaches and that policy divides them even more. (De Haan and Duyvendak, 2002)

The historical exploration of Den Bosch-Oost shows that different authors have different ideas. Some call it a conflicting community, some a disadvantaged neighbourhood and others a united community. Different ideas lead to different portraits. Social work and its community approach were very important between 1975 and 1987. Volunteers and grass-roots of the community raised a lot of activities for care and welfare in this period. The health centre Samen Beter was raised in 1980 by professionals and volunteers. Samen Beter and the social work start a collaboration to support the community based activities related to care and health; this is called the network Hulpsector Oost. Social work almost disappears in the nineties and Samen Beter becomes more important to the community activities.

However the professionals of Samen Beter increasingly adapt the medical approach and disengage from the community. Nevertheless Samen Beter and Hulpsector Oost manage to improve the community based health approach by several projects and with extra financial support from different sources.

This empirical study reveals that the workers (= professionals and volunteers) share a variety of knowledge about the community, about health and health care and about the approach of social economic health differences. There seems to be a difference between knowledge based on experiences or based on scientific information. As we see in Den Bosch-Oost professionals of different disciplines and volunteers share a large quantity of knowledge of their community. By working in the community they augment their knowledge by exposure. Baart's theory of presence teaches us that exposure is the radical experience of the clash between the theoretical world, the world of the community and the professional who has to deal with those two worlds and with his own values as well. (Baart, 2001) Professionals and volunteers who are working in the same neighbourhood can share their experiences and knowledge. The experiences of volunteers and professionals are very important to choose the right approach in contacting the people of the neighbourhood. They can connect with the daily way of living and thinking of the people in the neighbourhood.

By knowing what is needed in the community the workers can set up new services and activities for the neighbourhood. Working together in those services and activities they provide a lot of networks in the neighbourhood. Putnam calls this social capital with bonding, bridging and linking networks. People get support in bonding networks and have access to new opportunities by bridging and linking networks. (Swann and Morgan, 2003) In Den Bosch-Oost Samen Beter and other community based organizations are sources of social capital and also of a public familiarity as Blokland says. (Blokland, 2006) People meet each other by visiting those institutions; especially the people with infirmities are able to meet others in Samen Beter and in other meeting points in the neighbourhood. In meeting people -especially vulnerable people- Baart and van Heijst teach us that it is not the intervention that is the most important, but the attitude; to be present for those people; to keep contact with vulnerable people as long as it is needed. (Baart, 2001 and Van Heijst, 2005)

In some cases it is explored how social networks in the community contribute to the health of people. We see that social contact makes people stronger and influences their mental and physical health. Research of the 'Health Development Agency' in London shows the relationship between health and social capital. They say that the relationship is nuanced and they think that trust and endeavour to the community are noteworthy elements. The 'Health Development Agency' considers social capital a useful concept for health promotion. (Swann and Morgan, 2003)

Long lasting relationships -intensive and superficial- between professionals, volunteers and the community are important to gain trust and confidence from the inhabitants. Those relationships, accessible health services and social networks can influence health in a positive way; also the health of people in poor neighbourhoods. The modification of aspects

in a broader social environment for the time being is one of the least founded strategies for health improvement. We may conclude that within this field many benefits are still to be gained.

Another important element in the relationships between professionals and people in the community is the double actorship. People in the community are not passive objects, but active persons who are able to improve their health themselves; sometimes a tiny bit, sometimes in a substantial way. By working together in the neighbourhood professionals and volunteers show their double actorship and share their responsibilities.

Analyzing the strategies of the professionals and volunteers we find different combinations of strategies: an orientation on deficiencies or potencies in combination with either an orientation on solutions or processes. These four strategies refer to the values of the workers which are justice, compassion, empowerment or autonomy.

Justice is related to the 'People's Charter for Health' (WHO, 1978) " Health is a fundamental human right and [that] the attainment of the highest possible level of health is a most important world-wide social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector [...].

Compassion is related to the theory of presence: to keep contact with vulnerable people and not to resign. (Van Heijst, 2005)

Empowerment is a process in which people gain health by learning to understand their situation and to change their life. They improve their situations by contact with companions (in distress) and to participate in the community. The empowerment process can take a long period of time especially for vulnerable people. Professionals should be able to make possible these long processes. As Tonkens says they need discretionary space to make decisions for the strategies that are needed. (Tonkens, 2003)

Autonomy is seen as relational autonomy. People can identify themselves as autonomous persons in relation to others. Volunteers consider autonomy essential because of the building of their own community organization in a way they think is important. It is a bottom up process based on a situational logic as Tops says. (Tops, 2002)

The inspiration and commitment of the workers in Den Bosch-Oost is driven by their values and that is why they continuously devote themselves to the community based health work for many years. This is also the main aspect in judging their results. The workers do not mention input-, throughput-, output- and outcome-evaluations. (Goumans en Koornstra, 1998; Boer en Peltenburg, 2003) They speak of the outcome or lack of outcome in complex and difficult situations. Those are their challenges. The results are nuanced and refer to their values. It is important that there is for example an accessible health service for refugees, to get in touch with a multi problem family, to inspire a woman to learn to bike or to raise a new community-activity. The results are clearly mentioned by some volunteers. Their stories reveal that the improvement of health through community based health work primarily has

a positive outcome on social health, which subsequently influences mental health and occasionally improves or eases physical health. So therefore we ought to listen to these stories. We need the stories of the people to know what the results of the health community work are. Only facts and figures will not tell us about the complexity of these results.

The case study of Den Bosch–Oost does not provide us a blueprint of the community based health approach. The way this practise is studied arouses curiosity about the way other neighbourhoods deal with the complexity of community based health work.

LITERATUUR

- Alting, D.E.M., J. Bouwens en J.E.F.E.M. Keijsers, *Review: Community-interventions*. Woerden, 2003.
- Baart, A., *Raken aan het geleefde leven. Inleiding in de presentie*. 's-Hertogenbosch, 2000.
- Baart, A., *Een theorie van presentie*. 2e herziene druk. Utrecht, 2001.
- Baart, A.J., *Cursusmateriaal voor het aanleren van het explorerende (diepte) interview in kwalitatief onderzoek*. Utrecht, 1990/2002.
- Baart, A., *Aanzetten tot een theorie van de derde Partij met hulp van de presentietheorie*. Actioma/LCO. Den Haag, 2002.
- Baart, A. en M. Steketee, *Wat aandachtige nabijheid vermag. Over professionaliteit en present-zijn in complexe situaties*. Utrecht, 2003.
- Baart, A., *Aandacht. Études in presentie*. 2e druk. Utrecht, 2005.
- Baart, A., *Leven en verlaten leven*. In E. de Rooij en M. Ouwerkerk, *Daar draait het allemaal om*. Congresverslag Stichting Presentie, 2006.
- Baker-Miller, J. e.a., *Het zelf-in-relatie*. Eindhoven, 1988.
- Bakker, D.H. de e.a., *Man-vrouw verschillen in medische consumptie*. NIVEL, Utrecht, 1992 in A. Dorrestein en J. Smets, *De gezondheidssituatie in Den Bosch Oost*. Tilburg, 1992.
- Bakker, D. de, *Hoe 'community-based' werkt de huisarts?* In Huisarts & Wetenschap 49, 2006.
- Baum, F., *The New Public Health*. Second edition. Oxford University Press, Melbourne, 2002.
- Baxter, M. en F. Poland, *Moving beyond the survey in exploring social capital*. In C. Swann en A. Morgan, *Social capital for health: Insights from qualitative research*. Londen, 2003.
- Belleman, S.J.M., *Gemeentelijke overheid en lokaal gezondheidsbeleid*. In H. Garretsen, W. de Haes en M. Schrijver, *Lokaal gezondheidsbeleid*. Houten, 1994.
- Blokland-Potters, T., *Wat stadsbewoners bindt: Sociale relaties in een achterstandswijk*. (proefschrift) Amsterdam, 1999.
- Blokland, T.V., *Meer plekken voor vluchtige ontmoetingen*. TSS, december 2005.
- Blokland-Potters T.V., *Het sociaal weefsel van de stad. Cohesie, netwerken en korte contacten*. (Oratie) Rotterdam, 2006.
- Boer, C., *Samenwerkings- en kwaliteitsmodel*. Diaboloproject, Ridderkerk, 2005.
- Boer, N de en J.W. Duyvendak, *Buurten in de wijk*. Den Haag, 2000.
- Boer, N. de, *De opkomst van de wijkaanpak als dominante strategie in het sociaal beleid*. In J.W. Duyvendak en L. Veldboer (red), *Meeting Point Nederland. Over samenlevingsopbouw, multiculturaliteit en sociale cohesie*. Amsterdam, 2001.

- Boer, N. de (red) e.a., *Heel de buurt gebundeld. Een staalkaart van vier jaar buurtgericht investeren*. Utrecht, 2003.
- Boer, N. de en M. Peltenburg, *Wijkaanpak verdient wetenschappelijke onderbouwing*. TSS, 2003.
- Boer N. de en J.W. Duyvendak, *Welzijn*. In H. Dijkstra, P.L. Meurs en E.K. Schrijvers (red), *Maatschappelijke dienstverlening. Een onderzoek naar vijf sectoren*. WRR-rapport. Amsterdam, 2004.
- Boevink, W., A. Plooy en S. van Rooien (red), *Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid*. SWP. Amsterdam, 2006.
- Bogaard, J. van den en M. Ruiter, *Het waren mijn problemen niet*. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Den Haag, 1984.
- Bon-Martens, M.J.H. van e.a., *Gezondheid tel!* In Hart voor Brabant. *Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*. 's-Hertogenbosch, 2006.
- Brabants Dagblad, Meerdere artikelen tussen november 1979 en maart 1980. 's-Hertogenbosch, 1979 en 1980.
- Brabants Dagblad, *'Wat u hier doet is echt voorbeeldig'*. 's-Hertogenbosch, maart 1991.
- Bracht, N., *Health promotion at the community level 2. New advances*. London, 1999.
- Breugel, N. van, *Samenhangende zorg in Den Bosch-Oost, deelproject psychiatrische zorg*. 's-Hertogenbosch, 2003.
- Broekman, H. e.a., *Heel de buurt: handreikingen*. In N. de Boer (red), *Heel de buurt gebundeld. Een staalkaart van vier jaar buurtgericht investeren*. Utrecht, 2003.
- Brug, J., L.J. Gunning-Schepers en J.D.F. Habbema, *Theorie en methoden van preventie*. In J.P. Mackenbach en P.J. van der Maas, *Volksgezondheid en gezondheidszorg*. Derde druk. Maarssen, 2004.
- Burki, C., J. Manders en G. Timmers, *Richtlijnen voor politiserende hulpverlening*. Doctoraalscriptie sociale pedagogiek en andragogie. Nijmegen, 1977.
- Burton, C.D., *Introduction to complexity* in K.G. Sweeney en F.E. Griffiths (red), *Complexity and healthcare, an introduction*. Oxford, 2002.
- Chodorow, N., *Waarom vrouwen moeders. Psychoanalyse en de maatschappelijke verschillen tussen vrouwen en mannen*. Amsterdam, 1979.
- Cosijn, J., *Het gezonde steden project. Achtergronden en praktijk*. Assen/Maastricht 1992.
- Crawford, R., *A cultural account of 'health': Control, release and the social body*. New York, 1984.
- Dam, J. ten, *Gezonde stadsgezichten. Een studie naar gezondheidsverschillen en stedelijk gezondheidsbeleid*. Amsterdam, 1997.
- Deleek, H., *Het Mattheuseffect in de gezondheidszorg*. TSG, 66e jaargang no. 10, 1988.
- Dieleman, A., *Een buurt buitenstebinnen; Den Bosch Oost onder het vergrootglas*. Marge, 1986, 10e jaargang, no. 9.

- Domen, L., *De Stroom van binnen naar buiten van buiten naar binnen*. Verslag van een studiedag. 's-Hertogenbosch, 1998.
- Domen, L., *Een multiculturele kijk*. Verslag van een studiedag. 's-Hertogenbosch, 2001.
- Dorrestein, A. en J. Smets, *De gezondheidssituatie in Den Bosch- Oost. Een enquête naar gezondheid en maatschappelijke participatie van deelnemers van het hulpverleningsnetwerk*. Tilburg, 1992.
- Duinste, M. e.a., *The Role, Burden and Support of Informal Care*. In G. Schrijvers e.a., *Health and Health Care in the Netherlands*. Maarssen 2002.
- Duiveman, R., *Communicatief handelen als 'best proces' in de eerstelijnszorg*. (eindschrijft sociologie) Universiteit van Amsterdam, 2006.
- Duyvendak, J.W., *Opbouwwerk zorgt voor cement*. VWS-bulletin. No.6, 1997.
- Duyvendak, J.W., *De gemengde wijk, integratie door differentiatie*. TSS maart/april 1998.
- Duyvendak, J.W., *Zeven mythen van de wijkaanpak, een pamflet*. 1999.
- Duyvendak, J.W. en R. Hortulanus, *De gedroomde wijk. Methoden, mythen en misvattingen in de nieuwe wijkaanpak*. Utrecht, 1999.
- Duyvendak, J.W. en L. Veldboer (red): *Meeting Point Nederland. Over samenlevingsopbouw, multiculturaliteit en sociale cohesie*. Amsterdam, 2001.
- Duyvendak, J.W., *De toekomst van de wijkaanpak*. In N. de Boer (red), *Heel de buurt gebundeld. Een staal-kaart van vier jaar buurtgericht investeren*. Utrecht, 2003.
- Duyvendak, J.W. en M. Hurenkamp (red), *Kiezen voor de kudde. Lichte gemeenschappen en de nieuwe meerderheid*. Amsterdam, 2004.
- Duyvendak, J.W., T. Knijn en M. Kremer, *Policy, People, and the New Professional. De-professionalisation and Re-professionalisation in Care and Welfare*. Amsterdam University Press. 2006.
- EIM/Ipsos Facto, *Rapportage deelprojecten Den Bosch*. Zoetermeer, 2002.
- Engbersen, G., *Publieke bijstandsgeheimen. Het ontstaan van een onderklasse in Nederland*. Leiden, 1990.
- Foucault, M., *The Birth of the Clinic*. New York, 1973.
- Freidson, E., *De medische professie*. De Tijdstroom, Lochem, 1981.
- Freidson, E., *Professionalism. The third logic*. Cambridge, 2001 aangehaald in E. Tonkens, *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking en professionaliteit in de publieke sector*. Utrecht, 2003.
- Freire, P., *Pedagogie van de onderdrukten*. Baarn, 1974.
- Gaal, E. en J. Weeghel, *Intieme vragen. Intimiteit en seksualiteit bij langdurig zorgafhankelijke cliënten*. Utrecht, 1998.
- Garretsen, H.F.L., W.F.M. de Haes en M.F.T. Schrijver, *Lokaal gezondheidsbeleid*. Houten, 1994.
- Gemeente 's-Hertogenbosch, sector stadsontwikkeling 'Wijkbeschrijvingen stadsdeel Zuidoost', 1993.

- Gemeente 's-Hertogenbosch, *Buurten vergeleken*. 's-Hertogenbosch, 1994.
- Gemeente 's-Hertogenbosch, *Invoering wijkgericht werken*. Raadsvoorstel Reg.nr. 04.0841. 's-Hertogenbosch, 2005.
- Gemeente 's-Hertogenbosch, *Armoede in cijfers. Feiten en cijfers over armoede in 's-Hertogenbosch*. 2007.
- Gemeente 's-Hertogenbosch, *Concept-Wijkschets Bartjes, Oost en Hintham*. 2007.
- GGD Rotterdam, *Buurtgericht werken aan gezondheidsachterstand*. Conferentieverlag. Rotterdam, 1995.
- GGD Rotterdam, *Beyond RTC towards Evidence Based Public Health, een verslag van een expertmeeting*. 13-2-1997, Rotterdam, 1997.
- Goeij, H. de en J. van Kasteren, *Van peen, preek en zweep naar werkende weg: gezondheidsbevordering is soms meer gebaat bij de gezonde chaos aanpak*. In K. Stronks en J. Hulshof, *De kloof verkleinen. Theorie en praktijk van de strijd tegen sociaal-economische gezondheidsverschillen*. Assen, 2001.
- Gooskens, J.T.A.E., N. Kornalijslijper en A.W.M. Meijer, *Een gezonde stad ... zo doe je dat!* (deel 1) 1997/8
- Goumans, M. en A. Koornstra (red), *Gezond in de wijk. Wijkgericht werken aan vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen*. Den Haag, 1998.
- Gradener, J. en M. Spierts, *Empowerment of Social Services Professionals*. In J.W. Duyvendak, T. Knijn en M. Kremer, *Policy, People, and the New Professional. De-professionalisation and Re-professionalisation in Care and Welfare*. Amsterdam University Press; 2006.
- Gunning-Schepers, L.J., *Grondslagen van preventie*. In J.P. Mackenbach en P.J. van der Maas, *Volksgezondheid en gezondheidszorg*; derde druk. Maarssen, 2004.
- Haan, I. de en J.W. Duyvendak (red), *In het hart van de verzorgingsstaat. Het Ministerie van Maatschappelijk Werk en zijn opvolgers* (CRM, WVC, VWS), 1952-2002. Zutphen, 2002.
- Hackenitz, E.A., E.M. Sluijs en D.H. de Bakker, *Regionale samenhang in de zorgsector. Een inventarisatie*. NIVEL, Utrecht, 1999.
- Haes, W.F.M. de en L. Vaandrager, *Bevorderen van gezond gedrag bij lage sociaal-economische groepen: wat werkt en wat niet?* In K. Stronks en J. Hulshof, *De kloof verkleinen. Theorie en praktijk van de strijd tegen sociaal-economische gezondheidsverschillen*. Assen, 2001.
- Haes, W.F.M. de, A.J.J. Voorham en J.P. Mackenbach, *Wijkgericht werken aan gezondheidsbevordering in vier achterstandswijken in Rotterdam*. TSG 80, 2002.
- Harting, J. en P. van Assema, *Community-projecten in Nederland. De eeuwige belofte?* Universiteit Maastricht en ZonMW, 2007.
- Hellinckx, L., P. van Stappen en H. Baert, *Geïntegreerde basisschakels in de armoedebestrijding*. Rapport 1 en 2. Leuven, 1991 en 1992. In *Wijkgezondheidscentrum Botermarkt, Armoede en gezondheid: de missing link*. Gent, 1998.
- Henselmans, H., *'Bemoeizorg'. Ongevraagde hulp voor psychotische patiënten*. (proefschrift) Delft, 1993.
- Heijst, A. van, *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen, 2005.

- Hortulanus, R., A. Machielse en L. Meeuwesen, *Sociaal isolement. Een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland*. 's-Gravenhage, 2003.
- Hutschemaekers, G., *Onder professionals*. Nijmegen, 2002.
- Hutschemaekers, G. en B. Tiemens, *Evidence Based Policy*. In J.W. Duyvendak, T. Knijn en M. Kremer, *Policy, People, and the New Professional. De-professionalisation and Re-professionalisation in Care and Welfare*. Amsterdam University Press, 2006.
- Hutjes, J.M. en J.A. van Buuren, *De casestudy. Strategie van kwalitatief onderzoek*. Meppel/Amsterdam/Heerlen, 1992.
- Hutjes, J., *De casestudy als strategie in het toegepast onderzoek*. In F. Wester, A. Smaling en L. Mulder (red), *Praktijkgericht kwalitatief onderzoek*. Bussum, 2000.
- Inspectie voor de gezondheidszorg, *De Staat van de Gezondheidszorg. Een rapportage over kwaliteit en toegankelijkheid*. Rijswijk, 1997.
- Irigaray, L., *Dit geslacht dat niet (één) is*. Amsterdam, 1981.
- ITOBA-stichting, *Verslagen van de onderzoeken in gezondheidscentra in opdracht van het Preventiefonds; congresmap Initiatiefgroep Eerste Lijn Nijmegen*, 1976.
- Jacobs, G., *De paradox van kracht en kwetsbaarheid. Empowerment in feministische hulpverlening en humanistisch raadswerk*. (proefschrift). Amsterdam, 2001.
- Jansen, M., *Samenhangende zorg in Den Bosch Oost. Deelproject ouderenzorg*. 's-Hertogenbosch, 2003.
- Jonkers, L, F. Koopman en A. Steenbrink, *Gezonde wijken*. MO Opbouwwerk, nr. 90. 1990.
- Jonkers, L., R. Brouwer, F. Koopman en A. Steenbrink: *Beter in de buurt. Lokale gezondheidsbevordering in de praktijk*. Utrecht, 1992.
- Kal, D., *Kwartier maken. Werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond*. (proefschrift) Amsterdam, 2001.
- Kark, S.L., *The practice of community oriented primary health care*. Appleton-Century Crofts, 1981. In *Wijkgezondheidscentrum Botermarkt, Armoede en gezondheid: de missing link*. Gent, 1998.
- Kemps, H., *Zorgvernieuwingsprojecten in Noord Brabant*. Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek. 1990.
- Kemps, H., *Netwerken van professionele en informele zorg*. In K. Stuuroop, *Netwerkontwikkeling en volksgezondheid*. Sittard, 1990.
- Kemps, H., *Terug naar de menselijke maat. Vermaatschappelijking in toekomstperspectief*. 's-Hertogenbosch, 2006.
- Kickbusch, I., *Een nieuwe oriëntatie op de volksgezondheid in de stad*. In D. Kaasjager, L. van der Maessen en H. Nijhuis (red), *Healthy Cities en volksgezondheid. Paradoxen en oplossingen in beleid, theorie en praktijk*. Gezondheidsbeleid 6, Ministerie van WVC, Rijswijk, 1989.
- Kickbusch, I.S., *Health literacy addressing the health and education divide*. Health Promotion International. Oxford University press, 2001.

- Kieffer, C., *Citizen empowerment: a developmental perspective*. In *Prevention in human services. Studies in empowerment: steps towards understanding and action*. Vol.3, no. 2/3, 1984.
- Klazing, N.S., D. Post en G. van der Wal, *Gezondheidszorgbeleid*. In J.P. Mackenbach en P.J. van der Maas (red), *Volksgezondheid en gezondheidszorg*. Derde druk. Maarssen 2004.
- Kok, H. en J. ten Dam, *Evaluatie Gelijke Gezondheid Gelijke Kansen*. Woerden, 2003.
- Kremer, M. en E. Tonkens, *Authority, Trust, Knowledge and the Public Good in Disarray*. In J.W. Duyvendak, T. Knijn en M. Kremer, *Policy, People, and the New Professional. De-professionalisation and Re-professionalisation in Care and Welfare*. Amsterdam University Press. 2006.
- Kunneman, H., *Humanisering door individualisering*. In *Humanisering van de zorg*. Universiteit voor Humanistiek. Utrecht, 1993.
- Kunneman, H., *Van theemutscultuur naar walkman-ego. Contouren van postmoderne individualiteit*. Meppel, 1996.
- Kunneman, H., *Normatieve professionaliteit: een appèl*. Sociale interventie, 1996/3.
- Kunneman, H., *De crisis van links als uitdaging voor het humanisme*. Tijdschrift voor Humanistiek no. 13. 2003.
- Kuypers, P. en J. van der Lans, *Naar een modern paternalisme. Over de noodzaak van sociaal beleid*. Amsterdam, 1994.
- Laing, R.D., A. Esterson en L. Rijkens, *Gezin en waanzin*. Meppel, 1972.
- Landelijk Centrum Opbouwwerk (LCO), Landelijke Vereniging Gezondheidscentra (LVG) en Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), *Buurtgericht werken aan gezondheidsachterstand*. Conferentieverslag, Zwolle, 1995.
- Landelijk Centrum Opbouwwerk (LCO), *De ontwikkeling van gezondheidsopbouwwerk*. MO/Samenlevingsopbouw. Nr. 139, 1996.
- Landelijk Centrum Opbouwwerk (LCO), *De wijk gedachte, de gedachte wijk*. Verslag van een conferentie. MO/Samenlevingsopbouw no. 152/153, Den Haag, 1997.
- Landelijk Centrum Opbouwwerk (LCO), *Evaluatie en verbreding Stroom-werkwijze*. Een onderzoeksrapport. Zwolle, 2000.
- Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG), *Wat is een gezondheidscentrum?* Utrecht, 2002.
- Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG), *Versterken door samenwerken. Voorbeelden van organisatie in de eerste lijn*. Utrecht, 2005.
- Lans, J. van der, *Tussen romantiek en zakelijkheid. De erfenis van het Bossche Welzijnsproject Oost*. TSS juli 1998.
- Lans, J. van der, *De buurt als levende etalage van verschillen; naar een politiek van culturele openheid*. TSS december, 1998.
- Lans, J. van der, *Laatste der Mohikanen*. TSS, september 2004

- Lucht, F. van der en H. Verkleij, *Gezondheid in de grote steden. Achterstanden en kansen*. RIVM. Bilthoven. 2001.
- Mackenbach, J.P. en P.J. van der Maas: *Sociale ongelijkheid en verschillen in gezondheid*. In Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, *De ongelijke verdeling van gezondheid*. Den Haag, 1987.
- Mackenbach, J.P. en P.J. van der Maas, *Volksgezondheid en Gezondheidszorg*. Eerste druk. Maarssen, 1999.
- Mackenbach, J.P., *Hoe kan de gezondheidszorg bijdragen aan het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen?* In K. Stronks en J. Hulshof (red), *De kloof verkleinen. Theorie en praktijk van de strijd tegen sociaal-economische gezondheidsverschillen*. Assen, 2001.
- Mackenbach, J.P. en P.J. van der Maas, *Volksgezondheid en Gezondheidszorg*. Derde druk. Maarssen, 2004.
- Mackenbach, J.P., *Health Inequalities: Europe in profile*. UK Presidency of the EU. 2005.
- Maeseneer, J. De, *Geïntegreerde eerstelijnszorg in een kansarme buurt: mogelijkheden en methoden*. In M. Paes en K. Stuurrop, *Buurten voor gezondheid*. Sittard, 1993.
- Maeseneer, J. De, *De huisarts en 'ongezonde sociale verschillen'*. In Huisarts en Wetenschap, 1998/4.
- Maeseneer, J.M. De, L. De Prins, C. Gosset en J. Heyerick: *Provider Continuity in Family medicine: Does It Make a Difference for Total Health Care Costs?* Annals of Family Medicine. Vol.1 no. 3, 2003.
- Manschot, A. e.a., *Huisvrouwen, een vergeten groep in de (medische) hulpverlening*. Nijmegen, 1977.
- Massen, H., *Een nieuw kompas*. Medisch Contact, jaargang 58, nr. 48, 2003.
- McQueen, D., *Perspectives on health promotion: theory, evidence, practice and emergence of complexity*. Health promotion International (15) 2000. In H. Saan en W. de Haes, *Gezond effect bevorderen; het organiseren van effectieve gezondheidsbevordering*. Woerden, 2005.
- McWhinney, I.R., *A Textbook of Family Medicine*. Oxford University Press. New York, 1989.
- Melker, R.A. en Th. Verheij, *The Family Doctor – Central Pillar of the Dutch Health System* in G. Schrijvers e.a., *Health and Health Care in the Netherlands. A critical self-assessment of Dutch experts in medical and health sciences*. Maarssen. 2002.
- Meurs, P.L., E.K. Schrijvers en G.H. de Vries, *Leren van de praktijk*. WRR-verkenningen 12. Amsterdam University Press. 2006.
- Mierlo, F. van, *Sociale steun*. Utrecht, 1992.
- Miles, M.B. en A.M. Huberman, *Qualitative Data Analysis. An Expanded Sourcebook*. 2e edition. Londen, 1994.
- Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *Structuurnota gezondheidszorg*. Den Haag, 1974.
- Ministerie van VWS, *Naar eigen vermogen*. Welzijnsnota 1995-1998. Rijswijk, 1994.
- Ministerie van VWS, *Beter op zijn plaats. Advies van de commissie Versterking Collectieve Preventie Gemeentelijk Gezondheidsbeleid*. Den Haag, 1996.
- Ministerie van VWS, *Sturen op doelen, Faciliteren op instrumenten. Beleidskader ten behoeve van gemeenten ter ondersteuning van lokaal sociaal beleid*. Den Haag, 1998.

- Ministerie van VWS, *Werken aan sociale kwaliteit. Welzijnsnota 1999-2002 Deel B*. Den Haag, 1999.
- Ministerie van VWS, *Jaaroverzicht Zorg 1998 ten behoeve van de Tweede Kamer der Staten-Generaal*, beleidsdocument. Den Haag, 1999.
- Ministerie van VWS, *Toekomstbestendige zorg*. Kamerstuk. Den Haag, 2003.
- Ministerie van WVC, *Ontwerp Kerndocument Gezondheidsbeleid Doelgericht Veranderen*. Rijswijk, 1989.
- Ministerie van WVC, *Kiezen en Delen*. Rapport van de Commissie Keuzen in de Zorg. Rijswijk, 1991.
- Ministerie van WVC, *Gezondheids- en bestaansonzekerheid in Nederland*. Programmacommissie 'Sociaal-economische gezondheidsverschillen. Rijswijk, 1993.
- Ministerie van WVC, *Onderzoeksprogramma Sociaal-economische gezondheidsverschillen: Eindverslag en aanbevelingen*. Programmacommissie sociaal-economische gezondheidsverschillen, Rijswijk, 1994.
- Ministerie van WVC, *Gedeelde zorg: betere zorg*. Rapport van de commissie modernisering curatieve zorg. Den Haag, 1994.
- Mittelmark M.B., *Investing in communities: principle, panacea or placebo?* TSG no. 79, 2001. In D. E. M. Alting, J.G.M. Bouwens en J.F.E.M. Keijsers, *Het evalueren van community interventies*. Woerden, 2003.
- Mol, A. en P. van Lieshout, *Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en de veranderende taal van huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg, 1945-1985*. Nijmegen, 1989.
- Mol, A., *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam, 2006.
- Morée, M. en L. Olderma, *Gezinsverzorging: de onderkant van de zorgverlening*. In Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek, november 1991.
- Munten, G., K. Cox, H. Garretsen en J. van den Bogaard, *Evidence based practise: een kritische reflectie*. Tijdschrift voor de Verpleegkunde nr.2. 2006.
- Nijhof, G., *Levensverhalen. Over de methode van autobiografisch onderzoek in de sociologie*. Amsterdam, 2000.
- Oort, A. van, *In mijn eigen woorden*. Een gedichtenbundel. 's-Hertogenbosch, 1993.
- Ouborg, E., *Je kunt meer dan je zelf denkt*. 's-Hertogenbosch, 1982.
- Overgoor, A.G., *Zorg en welzijn bijeen. Een nieuwe structuur voor de eerstelijnszorg*. Medisch Contact no. 23: 938-941. 2003.
- Overmars, M., M. van Roekel en G. Knuppel, *Eerstelijns gezondheidszorg in de wijk*. Nijmegen, 1977.
- Paes, M., *Buurtzorg en professie, een netwerk*. 's-Hertogenbosch, 1985.
- Paes M., *Buurtgericht vrouwengezondheidswerk*. Sittard, 1992.
- Paes, M. en K. Stuurop, *Buurten voor gezondheid*. Sittard, 1993.
- Paes, M., *Zorgen doe je met je hoofd, hand en hart; over de ontwikkeling, betekenis en begeleiding van een informeel buurtzorgsysteem*. Zwolle, 1993.

- Paes, M., *Buurtgerichte gezondheidsbevordering. Projecten, groepswork, cursussen*. Zwolle, 1993.
- Paes, M., *De Stroom, een buurtgericht zorgprogramma voor vrouwen*. Tilburg, 1995.
- Paes, M., *Participeren kun je leren. Hoe kinderen en jongeren meewerken aan een gezonde en veilige buurt*. Tilburg/Zwolle, 1996.
- Paes, M., *Het zorgend vermogen van Den Bosch Oost; vele kleine verhalen*. TSS november 1998.
- Paes, M., *Gezondheid op menselijke maat. Over de positie en rol van gezondheidscentra in achterstandswijken*. Zwolle, 1999.
- Paes M., *Kleine stappen met een grote betekenis. Gezondheidsparticipatie voor kwetsbare groepen*. Zwolle, 2003.
- Penninx, K. en B. Prinsen (red), *De voor en door methode. Burgers als helpers en voorlichters*. Utrecht, 2000.
- Peters, V. en F. Wester, *Kwalitatieve Analyse en Kwalitan*. Cursusmateriaal Katholieke Universiteit Nijmegen. 2000-2001.
- Plochg, T., *Building a Tower of Babel in Health care. Theory and Practice of Community-based Integrated Care*. (proefschrift) Amsterdam, 2006.
- Portes, A., *Social capital: Its Origins an Applications in Modern Sociology*. In Annual reviews Sociology, Vol. 24, 1998.
- Post, D., G. van der Wal en N.S. Klazinga, *Patiënt, arts en gezondheidszorg* in J.P. Mackenbach en P.J. van der Maas, *Volksgezondheid en gezondheidszorg*. Derde druk. Maarssen, 2004.
- Putnam, R.D. aangehaald in C. Swann en A. Morgan, *Social capital for health: insights from qualitative research*. The Health Development Agency. Londen, 2003.
- Putnam, R.D. *Making democracy work. Civic traditions in modern Italy*. Princeton, New Jersey, 1993.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief*. Den Haag, 1998.
- Raspe, A. en J. Foolen, *Zelforganiserend vermogen in de samenleving: de bewonerscontext*. In N. de Boer e.a., *Heel de buurt gebundeld. Een staalkaart van vier jaar buurtgericht investeren*. Utrecht, 2003.
- Roelofs, I. en B. Straver, *Klassewerk – Klasseverschillen overbruggen via training*. 's-Hertogenbosch, 1986.
- Rokers, P., *Project Migranten en Gezondheid*. MO-Samenlevingsopbouw. 9e jaargang, nr. 90, 1990.
- Röling, N.G., *De moeilijk bereikbaren: Last frontier voor GVO?* Tijdschrift Gezondheidsbevordering nr. 3, 1989.
- Ross, C.C., J.B.F. Hutten en P.P. Groenewegen, *Centra centraal. Onderzoek naar kwaliteitskenmerken van gezondheidscentra en de productiecijfers van huisartsen*. NIVEL, Utrecht, 1998.
- Rubin, L., *Pijn en moeite*. Baarn, 1978.
- Rijdt, T. van de, *Organisatie van zorg vraagt organisatiekosten*. (interne LVG-evaluatie) Utrecht, 2005.

- Saan, H. en W. de Haes: *Gezond effect bevorderen; het organiseren van effectieve gezondheidsbevordering*. Woerden, 2005.
- Samen Beter, *10 jaar Samen Beter*. Verslag. 's-Hertogenbosch, 1990.
- Samen Beter, *Poortwachters of bruggenbouwers*. Verslag van een minisymposium. 's-Hertogenbosch, 1994.
- Samen Beter, *Met het oog op de toekomst*. Meerjarenbeleidsplan. 's-Hertogenbosch, 1994.
- Samen Beter, *Samen Beter als kristallisatiepunt voor samenhangende zorg in een achterstandswijk*. Projectaanvraag, 's-Hertogenbosch, 1998.
- Samen Beter, *Nog steeds anders*, brochure uitgegeven ter gelegenheid van het 20-jarige bestaan. 's-Hertogenbosch, 2000.
- Samen Beter, *Patiëntenkrantje*. 's-Hertogenbosch, 2005.
- Schrijvers, G. e.a., *Health and Health Care in the Netherlands. A critical self-assessment of Dutch experts in Medical and Health Sciences*. Maarssen, 1997.
- Schrijvers G. e.a., *Health and Health Care in the Netherlands. A Critical self-assessment of Dutch Experts in Medical and Health Sciences*. Second revised edition. Maarssen, 2002.
- Sevenhuijsen, S.L., *Vrouwen en humanisering van de zorg: een dubbelzinnige verhouding*. In Humanisering van de zorg. Universiteit voor Humanistiek, Utrecht, 1993.
- Sohl, C.N.J.F., G.A.M. Widdershoven en J.H. van der Made, *Autonomie van mensen met een verstandelijke handicap. Op zoek naar een breder perspectief*. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 52, 1997.
- Sprinkhuizen, A., P. Vlaar, R. Engbersen en J. de Wild, *In de ban van de buurt. Over lokaal sociaal beleid in de buurt*. Utrecht, 1998.
- Starfield, B., *Primary care and health. A cross-national comparison*. JAMA; 266 (16) 2268-2271, 1991.
- Steenbrink, A., *Gezondheid in eigen hand. Wijkgericht gezondheidswerk in Den Bosch-Oost*. Utrecht, 1992.
- Stichting Maatschappelijke en Vrouwenopvang (SMVO), *Steunstructuren voor vrouwen in 's-Hertogenbosch*. 's-Hertogenbosch, 2003.
- Stoel, S. van der, *Zo werkt dat*. Utrecht, 1988.
- Stronks, K. en J. Hulshof (red), *De kloof verkleinen*. Assen, 2001.
- Stuurop, K., *Zelfhulpsteunpunten. Opbouw van netwerken in een nieuwe volksgezondheid*. Sittard, 1985.
- Stuurop, K. e.a.: *Netwerkontwikkeling en volksgezondheid. Komen er gezonde wijken?* Sittard, 1990.
- Swann, C. en A. Morgan (red), *Social capital for health. Insights from qualitative research*. Health Development Agency, Londen, 2003.
- Sweep, A. en P. Rokers, *Een wijkinitiatief in Rotterdam: het project migranten en gezondheid in Bospolder-Tussendijken*. In E. de Leeuw (red), *Gezonde steden, lokale gezondheidsbevordering in theorie, politiek en praktijk*. Assen/Maastricht, 1991.

- Swinkels, H. en J.A.D.M. Maessen, *Het gebruik van tandheelkundige voorzieningen naar sociaal-economische status: een overzicht van ontwikkelingen tussen 1981 en 1995*. In Maandbericht Gezondheidsstatistiek, jrg. 15, nr. 4, CBS, 1996.
- The, A-M., *Palliatieve behandeling en communicatie. Een onderzoek naar het optimisme op herstel van longkankerpatiënten*. (proefschrift). Houten, 1999.
- Thompson, M. en N. Davidson, *Inequalities in Health: The Black Report*. Harmondsworth, 1982.
- Thijssen, M., *Wij hebben geen jullie-mensen. Een onderzoek naar vermaatschappelijking in Den Bosch Oost-'s-Hertogenbosch*, 2002.
- Tonkens, E., *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector*. Utrecht, 2003.
- Tonkens, E. , J. Uitermarkt en M. Ham (red), *Handboek moraliseren. Burgerschap en ongedeelde moraal*. Amsterdam, 2006.
- Tops, P. e. a., *Stadsbespiegelingen deel A. Ervaringen en observaties uit het stedennetwerk*. Tilburg, 2002.
- Tweede Kamer, Nota 2000. *Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoor-nemens*. Den Haag, 1986.
- Ulburghs, J., *Culturen zonder muren. Een overzicht van het Limburgse integratieproces in negentig gesprekken*. Hasselt, 2004.
- VJTO, *Van jong tot oud in Oost, Jongeren, een verschil?* 's-Hertogenbosch, 2006.
- Verheij, R.A. e.a., *Identificatie van stedelijke achterstandsgebieden*. NIVEL, augustus 1998.
- Visser, E. de, *De straatdokter is boos*. Volkskrant 15-07-2006.
- Voorham, A.J.J., *Gezondheidsbevordering voor-en-door de doelgroep. Theoretische onderbouwing en evaluatie bij migranten en ouderen*.(proefschrift) Rotterdam, 2003.
- Voorham, I., *Er buiten staan. Onderzoek naar sociale uitsluiting onder cliënten van het Leger des Heils*. (proef-schrift) Amsterdam, 2006.
- Vugt, J. van en A. Koster, *Uit een goed nest. Klasseverschillen en hulpverlening*. Eindhoven, 1992.
- Wal, van der G. e.a., *Bouw en werking van de gezondheidszorg*. In J.P Mackenbach en P.J. van der Maas, *Volksgezondheid en gezondheidszorg*. Derde druk. Maarssen, 2004.
- Wester, F., A. Smaling en L. Mulder, *Praktijkgericht kwalitatief onderzoek*. Bussum, 2000.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, *Vertrouwen in de buurt*. Amsterdam, 2005.
- Willems, P. en H. Broekman, *Radicaal kiezen voor opbouwwerk*. Den Haag, 2001.
- Wijkgezondheidscentrum Botermarkt, *Armoede en gezondheid: de missing link*. Gent, 1998.
- World Health Organization (WHO), *Official record*. New York, 1948.
- World Health Organization (WHO), *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. Genève, 1981.

- Welzijnsproject Oost (WPO), *'Oost' actief: Van verweer naar zelfbeheer*. 's-Hertogenbosch, 1979.
- Wyckoff, H., *Vrouwenpraatgroepen. Feministische oefengroepen Radicale Therapie*. Amsterdam, 1979.
- Wijkplatform Oost, *Van jong tot oud in Oost. Leren, werken en zorgen in 's-Hertogenbosch-Oost*. 's-Hertogenbosch, 2004.
- Wijkplatform Oost, *Laten we het vuur brandend houden. Een ontmoeting ter gedachtenis aan Piet Willems*. 2004.
- Ziekenfondsraad, *Evaluatie subsidieregelingen gezondheidscentra*. Rapport. Amstelveen, no. 738, 1997.
- Zwaard, van der J., *Zoek de verbanden! Sociaal kapitaal als basis voor sociaal beleid*. In *Aannemen of waarnemen? Een dynamische kijk op sociaal kapitaal*. Tilburg. PON jaarboek 2004.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1. SELECTIE RESPONDENTEN

De respondenten zijn geselecteerd op de volgende kenmerken:

- Minimaal 5 jaren werkzaam in Den Bosch Oost; bij voorkeur langer
- Spreiding in functies c.q. activiteiten (cure, care, preventie, educatie, welzijn)
- Brede kijk op gezondheid, wijk en wijkbewoners
- Contacten met (andere) vrijwilligers(organisaties)
- Enige spreiding man – vrouw (er werken meer vrouwen zowel beroepsmatig als vrijwillig)
- Zoveel mogelijk spreiding in leeftijd en allochtoon - autochtoon
- Wat betreft de vrijwilligers spreiding over de buurten van de wijk.

Tabel B.1.1 Beroepskrachten naar werkduur en nationaliteit

Werkduur	Autochtoon	Allochtoon
2-5 jaar	J	K
6-10 jaar	D, I, L	E
11-15 jaar	H	
16-20 jaar	A, F, G	
> 20 jaar	B, C	

Tabel B.1.2 Beroepskrachten naar geslacht en leeftijd

Leeftijden	Man	Vrouw
< 30 jaar		
30-39 jaar		H, I, J, K
40-49 jaar	E, L	D, F
50-59 jaar	B, C	G
> 60 jaar		A

Tabel B.1.3 Beroepskrachten naar werkveld en contacten

Werkveld	Voornamelijk individuele contacten	Voornamelijk groepscontacten	Contacten op beide niveaus
Gezondheidszorg	B, C, E, H		D
Dienstverlening			A, I, K
Preventie		J	
Welzijnswerk		L	G
Anders			F

Tabel B.1.4 I/Ders naar werkduur en nationaliteit

Werkduur	Autochtoon	Allochtoon
3-5 jaar		
6-10 jaar	II	III
11-15 jaar	IV, V	
16-20 jaar	I	
> 20 jaar		

Tabel B.1.5 I/Ders naar geslacht en leeftijd

Leeftijden	Man	Vrouw
< 30 jaar		
30-39 jaar		
40-49 jaar		III
50-59 jaar		I, II, IV, V
> 60 jaar		

Tabel B.1.6 I/Ders naar werkveld en contacten

Werkveld	Voornamelijk individuele contacten	Voornamelijk groepscontacten	Contacten op beide niveaus
Gezondheidszorg			
Dienstverlening			IV
Preventie	III		I
Welzijnswerk		II, V	
Anders			

Tabel B.1.7 Vrijwilligers naar werkduur en nationaliteit

Duur inzet	Autochtoon	Allochtoon
2-5 jaar	12, 15, 16, 17, 18	8, 10, 14, 21, 22
6-10 jaar	2, 5, 20	9
11-15 jaar	4	
16-20 jaar	3	
> 20 jaar	1, 6, 7, 11, 13, 19, 23	

Tabel B.1.8 Vrijwilligers naar geslacht en leeftijd

Leeftijden	Man	Vrouw
< 30 jaar	10, 18, 21	17
30-39 jaar	16	15
40-49 jaar	3, 5, 22	4, 8, 12, 20
50-59 jaar	7, 9	6
> 60 jaar	23	1, 2, 11, 13, 14, 19

Tabel B. 1.9 Vrijwilligers naar (hoofd)werkveld en contacten

Werkveld	Doelgroepgerichtheid	Wijkgerichtheid	Beide
Zorg	9, 14, 19, 20	4, 7, 10	1, 2, 11, 13
Welzijnswerk	8, 15, 17, 18,23	5, 6, 21, 22	3, 12, 16

Tabel B. 1.10 Vrijwilligers naar woongebied

Aawijk Zuid	2, 6, 12, 16
Aawijk Noord	1, 5, 13, 21, 22
Graafsewijk Zuid	8, 15, 19, 23
Graafsewijk Noord	3, 7, 17, 18
Hinthamerpark	
Grevelingen	20
Aangrenzende wijk	4, 10, 11
Andere wijk in Den Bosch	9, 14

BIJLAGE 2 INTERVIEWLIJN BEROEPSKRACHTEN

1. Persoonlijke achtergrond

- Beroep, leeftijd
- Wanneer in Den Bosch Oost gewerkt
- Motivatie om in Den Bosch Oost te werken
- Persoonlijke kijk op invulling van beroep
- Welke persoonlijke ervaringen tellen mee
- Wat is/was belangrijk in de beroepsmatige contacten
- Waar haal je nu je inspiratie

2. Visie op de wijk

- Wat is voor jou 'de wijk'
- Hoe typeer jij de wijk (wel/niet achterstandswijk, wel/niet actieve wijk, multicultureel)
- Hoe ervaren bewoners volgens jou 'de wijk'
- Ken je de geschiedenis van de wijk (evt. wat zijn kenmerkende veranderingen)
- Is er zorg voor elkaar in de wijk

3. Visie op wijkbewoners

- Onderscheid je groepen bewoners
- Hoe typeer je hen
- Wat zijn de voor jou in het oog springende problemen/klachten van wijkbewoners
- Wat zijn sterke en zwakke kwaliteiten van wijkbewoners
- Zie je isolement of onderlinge betrokkenheid in de wijk
- Hoe leg je contact met (verschillende groepen) wijkbewoners
- Wat raakt je in deze contacten

4. Invulling gezondheid

- Wanneer vind je iemand gezond
- Hoe wordt iemand gezonder
- Zie je (sociaal-economische) gezondheidsverschillen
- Wat zie je mensen in Den Bosch Oost doen om gezonder te worden/blijven
- Hoe motiveer je mensen tot gezond gedrag

5. Werkwijze

- Wat vind je kenmerkend voor jouw manier van werken
- Zie je verschillen door de tijd heen
- Wat vind je kenmerkend voor de algemene werkwijze in Den Bosch Oost
- Wat zie je als resultaten van deze werkwijze
- Welke betekenis heeft het gezondheidscentrum en Hulpsector Oost in de wijk

BIJLAGE 3 INTERVIEWLIJN I/Ders EN VRIJWILLIGERS

1. Persoonlijke achtergrond

- Evt. beroep, sociale status, leeftijd, woonsituatie etc.
- Welk vrijwilligerswerk in Oost
- Hoe lang vrijwillig actief in Den Bosch Oost
- Motivatie voor je vrijwilligerswerk
- Persoonlijk invulling vrijwilligersactiviteit
- Welke persoonlijke ervaringen tellen mee
- Wat is/was belangrijk in je vrijwilligerscontacten
- Waar haal je je inspiratie

2. Visie op de wijk

- Wat is voor jou 'de wijk'
- Hoe typeer jij de wijk (wel/niet achterstandswijk, wel/niet actieve wijk, multicultureel)
- Hoe ervaren andere bewoners volgens jou 'de wijk'
- Ken je de geschiedenis van de wijk (evt. wat zijn kenmerkende veranderingen)
- Is er zorg voor elkaar in de wijk

3. Visie op wijkbewoners

- Onderscheid je groepen bewoners
- Hoe typeer je hen
- Wat zijn de voor jou in het oog springende problemen/klachten van wijkbewoners
- Wat zijn sterke en zwakke kwaliteiten van wijkbewoners
- Zie je isolement of onderlinge betrokkenheid in de wijk
- Hoe leg je contact met (verschillende groepen) wijkbewoners
- Wat raakt je in deze contacten

4. Invulling gezondheid

- Wanneer vind je iemand gezond
- Vind je jezelf gezond
- Hoe wordt iemand/jij gezonder
- Wat zie je mensen in Den Bosch Oost doen om gezond te worden/blijven
- Ben je in je vrijwilligerswerk bezig om mensen te motiveren tot gezond gedrag

5. Werkwijze

- Hoe omschrijf je jouw aanpak in je activiteiten
- Zie je veranderingen in de loop van de jaren
- Welke resultaten zie je
- Wat vind je typerend voor de algemene werkwijze in Den Bosch Oost
- Wat betekent gezondheidscentrum Samen Beter voor de wijk

BIJLAGE 4 TYPERINGEN BEROEPSKRACHTEN

De typeringen zijn in volgorde geplaatst naar het aantal jaren dat zij werkzaam zijn in Den Bosch Oost. Degene die het langst werkzaam is, komt als eerste. De namen zijn gefingeerd. De letters verwijzen naar de nummering, die gebruikt is in het programma Atlas-ti en in de analyses.

1. Bram (B)

Huisarts, medeoprichter van Samen Beter, hij koos vanuit marxistische idealen (én eigen arbeidersachtergrond) om in een arbeiderswijk te werken en te wonen. Hij heeft zijn marxistische ideeën als naïef en zijn brede wijkgerichte activiteiten achter zich gelaten. Is nu vooral arts en ‘op de centimeter’ met mensen bezig. Hij wordt op zijn vakgebied door collega’s als ‘deskundig’ gezien door zijn combinatie met opleiderschap en kwaliteitsfunctionaris. Hij vindt dat mensen in de wijk (ook gelet op de aan de SEGV verbonden pathologie) recht hebben op een grote vakdeskundigheid. Zijn ambities om mensen te veranderen zijn bescheiden geworden.

Een opvallende karakteristiek in zijn positie: hij is als huisarts spil van Samen Beter en centraal aanspreekpunt voor andere hulpverleners en patiënten (bekende persoon in de wijk) en anderzijds heeft hij een beperkte bijdrage als arts in het brede wijkgebeuren en is hij niet op de hoogte van hetgeen daar allemaal gedaan wordt door Samen Beter en andere disciplines. Hij is niet procesgericht, maar analytisch in zijn beoordeling over de wijk en de wijkbewoners: meer materiële welvaart heeft geen gezondheid of welzijn gebracht. Er is veel eenzaamheid en uitsluiting. De vluchtelingen zijn de nieuwe armen. Hij is voor veel patiënten (allochtonen én autochtonen) een vertrouwensfiguur. Mensen komen met allerlei levensvragen bij hem. Hij zegt: “ik krijg de wereldellende in mijn spreekkamer binnen”. Hij geeft aan dat hij in vele contacten alleen een soort geruststellende rol heeft. Als hij spreekt over de vluchtelingen is er weer de brede ambitie dat Samen Beter iets aan hun positie zou moeten doen: bevorderen dat de wijk een ‘melting pot’ wordt. Hij ziet Samen Beter als totaalconcept en de huisartsen daarbinnen als een onderdeel. Eerstelijnszorg is voor hem geïntegreerde zorg.

2. Chris (C)

Fysiotherapeut en acupuncturist, twee jaar na de start van Samen Beter erbij gekomen; werd aangetrokken door de ‘familiale sfeer’ van Samen Beter en door de ‘gewone wijk met gewone patiënten’.

Hij maakt alles klein en persoonlijk. De wijk is voor hem alles wat hem persoonlijk bindt met de wijk (geborgd, vertrouwd, er wonen en werken). In zijn werk gaat het om de kleine stapjes van mensen te begeleiden; hun proces volgen, van aanwezige mogelijkheden gebruik maken of deze creëren. Chris is lichamenlijk gericht. Aanpak van psychosomatiek via het lichaam. Contactueel sterk; hij heeft vele ‘fans’ in de wijk.

Chris heeft geen grote ambities; bij hem draait het om het contact met collega’s en patiën-

ten. De eigen ontwikkelingsruimte in het werk is belangrijk. Volgens Chris is veel van wat Samen Beter in het klein uitgeprobeerd heeft, later in grote programma's (gezond bewegen) en nieuwe organisaties (arbodiensten) onder gebracht. Het fijne contact met collega's is het allerbelangrijkste in zijn werk. Met de vrijwilligers ook, maar minder. Hij heeft na een hele dag verhalen 'niet zo'n zin meer in hun verhalen'.

3. Floor (F)

Leerkracht in de wijk, op een openbare basisschool, die ontstaan is na een bezetting door bewoners in 1983. Gedurende de eerste 10 jaren een gemixte school (kinderen van laag- en hoogopgeleide ouders, allochtoon en autochtoon), die veel activiteiten samen met de wijk (en Samen Beter) oppakte. De school veranderde in een 'zwarte school'. Floor is gedesillusioneerd afgehaakt in 2002.

Floor geeft aan dat het werken met een mix van kinderen uit de wijk perspectieven biedt. Nadat de school te eenzijdig samengesteld raakte, kwamen de school en de leerkrachten in een neerwaartse spiraal terecht. Ze beschrijft hoe het accepteren van vele kinderen met een probleemachtergrond de draagkracht van de school te boven ging en er geen positief leerklimaat meer gecreëerd kon worden. Floor is zich bewust geworden van haar eigen waarden en normen in het contact met wijkbewoners. Zij vindt dat meer welvaart niet leidt tot gezonder gedrag; zij ziet een relatie tussen gezond gedrag en cultuur.

4. Annelies (A)

Maatschappelijk werkster van 1984 tot 2000, daarna WAO, koos bewust voor Den Bosch Oost om voor 'arme mensen' te werken én omdat ze zich aangetrokken voelde tot de voor haar interessante personen die in Den Bosch Oost werkten. Zij ervoer een grote kloof tussen theorie en praktijk

In haar werkwijze komt nadrukkelijk haar besef naar voren van het gemis aan de meest vanzelfsprekende vaardigheden bij groepen mensen in de wijk. Zij moeten de gelegenheid krijgen om het gewone leven te leren leven. Tegelijkertijd heeft zij oog voor ieders kwaliteiten, juist bij deze mensen. Kwaliteiten versterken betekent vertrouwen in jezelf krijgen.

De wijk ziet ze als een handzaam concept om samenwerking te creëren en om mensen een geborgen plekje te kunnen bieden. Zij is samenwerkingsgericht naar andere hulpverleners én naar vrijwilligersorganisaties.

Ze benadrukt de tegenstelling tussen het kortdurend en begrenzend projectmatig werken en het werken in de nabijheid van mensen en hierbij hun tempo en proces volgend.

5. Gwen (G)

Opbouwwerkster, gedurende vele jaren met tussenpozen gewerkt in Den Bosch Oost; voelt zich zeer aangetrokken tot de werkwijze in Oost; die ze als anders beschouwt dan de werkwijze van haar welzijnsinstelling.

Zij maakt onderscheid tussen de gangbare werkmethode van het welzijnswerk en 'haar' me-

thode. Haar methode wordt gekenmerkt door:

- een brede kijk op de wijk
- het oppakken van activiteiten waarvan bewoners aangeven dat ze nodig zijn
- veel in de wijk aanwezig zijn en directe contacten hebben
- schakelen in de wijk: mensen en instellingen bij elkaar brengen
- ‘van onderop’ en ‘binnenuit’ werken

Gwen heeft een stijl van werken die gebaseerd is op persoonlijke contacten met wijkbewoners en deze zorgvuldig onderhouden. Zij heeft een duidelijke visie op:

- relatie tussen gezondheidsbevordering en wijkwelzijnswerk
- positie Samen Beter als centrale wijkinstelling en het verdwijnen van het wijkwelzijnswerk
- hoge mate van binding met wijkbewoners en de wijk

Zij kent veel belang toe aan personen; in haar omschrijvingen heeft ze het steeds over personen: die doet dit en die doet dat.

6. Helma (H)

Zij is sinds lang wijkverpleegkundige in Den Bosch Oost vanuit de Thuiszorg. Ze kwam toevallig in Den Bosch te werken en dit was een ‘cultuurschok’. Ze is geneigd het goede in en tussen mensen te zien. Ze noemt zichzelf naïef, omdat ze bijvoorbeeld ‘helers en andere lichte criminaliteit’ in de wijk niet herkent. Ze is in 1999 overstapt naar een nieuwe functie binnen Samen Beter: praktijkverpleegkundige. In haar verhaal wordt duidelijk dat het werken in een grote thuiszorginstelling een andere invloed heeft op het professionele handelen dan in een kleine wijkorganisatie zoals Samen Beter. Ze vindt dat haar professionele autonomie binnen SB beter tot zijn recht komt.

Ze komt vooral bij veel ouderen thuis en kent de wijk vanuit die ‘zorg’ goed. Ze is enthousiast over het goed functionerende hulpverleningsnetwerk in de wijk en maakt daarvan gebruik. Ze beschouwt de aanwezigheid hiervan als iets ‘gegevens’. Zij vindt dat in Den Bosch Oost (in vergelijking tot andere wijken) veel zorg door mensen aan elkaar wordt gegeven. Ze heeft vanuit care een professionele blik op verschillen tussen bewoners: ze hebben wel en geen ziekte-inzicht en het daar wel en niet bijhorend gezond gedrag.

Over het volhouden in een moeizaam contact zegt ze: *“voor een stukje is ’t voor mezelf, is ’t nieuwsgierigheid van mezelf: hoe gaat ’t nou met iemand; ook afhankelijk van de ernst van de problematiek.”*

7. Emiel (E)

Huisarts, sinds 10 jaar werkzaam bij Samen Beter. Ervoer Samen Beter in de begintijd als ‘zijn familie’. Hij is bezig met zijn eigen positie: Moluks, arbeidersachtergrond en hoe hij zich verhoudt tot zijn patiënten en collega’s. Heeft goed inzicht in karakteristieken en denkpatronen van zijn patiënten, correlerend met hun achtergrond. Hij is vooral arts en heeft beroepsmatig contact met andere disciplines en vrijwilligers. Hij wordt gewaardeerd om zijn bejegening en vakkennis door patiënten. Hij heeft een enkele keer discriminerende erva-

ringen gehad en wordt 'die bruine' genoemd door sommige wijkbewoners. Hij heeft geen uitgesproken mening over de positie van Samen Beter in de wijk.

8. Iris (I)

Sinds een kleine 10 jaar maatschappelijk werkster bij Samen Beter. Toevallig in Den Bosch Oost terecht gekomen. Zij heeft veel hulpverleningscontacten met allochtonen. Zij benadrukt dat ze langdurige relaties moet aangaan, vertrouwen krijgen, band opbouwen en dat dan stapje voor stapje problemen aan bod kunnen komen. Mensen bepalen zelf tempo en richting van de oplossingsrichting. Vanuit haar opleiding en werkervaring in het reguliere maatschappelijk werk kent ze het buurtgericht werken niet. Haar 'inwijding' door een andere maatschappelijk werker van Samen Beter (Annelies) in Den Bosch Oost is belangrijk geweest. Ze benadrukt in haar verhaal de grote problemen en de geringe vaardigheden die mensen hebben. Ze is een 'doener'; heeft veel hulpverleningscontacten die praktisch van aard zijn: formuleren, schulden, huisvesting etc.

9. Diana (D)

Hoofd beschermde woongroepen GGZ. Sinds ongeveer 7 jaar werkzaam in de wijk. Eveneens betrokken in de begeleiding van Trefpunt Oost. Diana kijkt instrumenteel vanuit een regionale instelling naar de wijk. Hoe is de wijk, wat hebben onze bewoners daar aan. Ze beoordeelt de wijk naar de mate van de integratie van hun bewoners vanuit het GGZ perspectief: lukt het de bewoners om een activiteit te vinden. Ze beschouwt de GGZ niet als een wijkinstelling, die samen met wijkbewoners en andere instellingen werkt aan een klimaat geschikt voor iedereen. Trefpunt Oost beoordeelt Diana vanuit een professionele optiek: sluit dit aan bij de psychiatrische bewoners? Het feit dat wijkbewoners op hun eigen manier iets creëren voor de psychiatrische wijkbewoners wordt niet benaderd vanuit een tweerichtingsverkeer. De keuze van de GGZ voor het wijkgericht werken is deels voortgekomen uit een bezuinigingsopdracht. Er zijn geen beroepskrachten beschikbaar voor het sociale contact; het sociale contact moet nu komen vanuit vrijwilligers uit de wijk. Diana staat hier kritisch tegenover.

10. Lex (L)

Opbouwwerker, die voor een gedeelte van zijn functie in Den Bosch Oost werkzaam is. Hij is toevallig in deze wijk terecht gekomen; het is geen bewuste keuze. Hij hanteert de klassieke opbouwwerkmethode van ondersteuning bieden aan wijkcomités. Hij hanteert een wijkopdeling in partjes, legt geen verbindingen tussen groepen. Hij is op problemen en knelpunten gespitst. Praktische resultaten zijn belangrijk voor de buurt. Hij is gericht op zelfwerkzaamheid van bewoners en blijft zelf op afstand.

11. Kaja (K)

Turkse maatschappelijk werkster, politiek vluchteling; zij heeft de opleiding maatschappelijk werk in Nederland gevolgd. Indrukwekkend persoonlijk verhaal. Ze werkt voor een gedeelte bij Samen Beter, specifiek voor de Turkse bewoners in Den Bosch. Ze gebruikt bewust haar eigen emancipatieproces in de hulpverlening. Ze werkt vooral doelgroepgericht, niet wijkgericht. Ze heeft zich los gemaakt van de Turkse gemeenschap. Ze voelt zich aangetrokken tot de maatschappelijke functie van Samen Beter.

12. July (J)

Sinds kort in de wijk neergestreken wijkgezondheidswerker van de GGD. Heeft nog weinig aansluiting in de wijk. Worstelt met de invulling van haar werk. Zij kan nog geen evenwicht brengen in enerzijds aansluiten bij de bewoners en anderzijds haar gezondheidsboodschap overdragen. Alle gangbare ideeën over gezondheidsbevordering zijn terug te horen in haar verhaal. Zij maakt zich druk over de moeilijke effectmeting van activiteiten.

BIJLAGE 5 TYPERINGEN I/DERS

De I/Ders zijn als een aparte categorie onderzocht. Zij werken betaald via een reïntegratieregeling na een lange tijd van werkloosheid. Een aantal van hen was vrijwilliger in de wijk en heeft deze vrijwillige activiteiten omgezet in een I/D regeling (voorheen Melkertbaan). Zij zijn hier beschreven in volgorde van de periode van beroepsmatige betrokkenheid in Den Bosch Oost. De namen zijn gefingeerd. De Romeinse cijfers verwijzen naar de nummering in Atlas-ti en de analyses.

1. Wilma (I)

Preventiewerkster bij Samen Beter, eerst jaren als vrijwilliger bij Samen Beter betrokken, daarna via een I/D regeling. Haar verbinding en betrokkenheid met de wijk, wijkbewoners en vooral met Samen Beter is groot. Haar werkwijze is gebaseerd op deze verbinding. Wilma kan inhoud, werkwijze en resultaten van haar werk moeilijk verwoorden; ze blijft daarin vaag. Haar observaties richting interventies van het welzijnswerk en de GGD zijn echter scherp. Over haar werkwijze zegt ze: ik werk intuïtief en maak de dingen klein en gewoon. Ze trekt haar eigen plan; laat zich niet in een professioneel keurslijf dwingen.

Wilma neemt binnen Samen Beter een tussenpositie in tussen vrijwilligers en beroepskrachten en is voor SB een brug naar wijkactiviteiten.

2. Theresa (IV)

Al vele jaren actief in vele wijkactiviteiten; haar huidige werk is de coördinatie van de psychiatrische dagopvang Trefpunt Oost, eerst als vrijwilligster, later via een I/D regeling. Theresa is opgegroeid in Den Bosch Oost. Maakt vergelijkingen met vroeger en nu. Vindt dat mensen minder voor elkaar doen. Zij blijft dit echter wel doen in haar persoonlijke leven én in haar werk als I/Der voor de integratie van psychiatrische patiënten in de wijk. Ze heeft zich los gemaakt van wat ze noemt 'de echte Bossche mentaliteit van voor de deur zitten en roddelen'. Ze maakt een scherp onderscheid tussen de professionele instellingen die werken IN de wijk en de instellingen die de wijk gebruiken voor eigen doelstellingen.

3. Mary (V)

Mary is werkzaam in een buurthuis via een I/D regeling en actief in Wijkplatform Oost. Zij signaleert scherp de tegenstellingen in de wijk, in het gezondheidscentrum, in de bejegening door professionals, etc. Ze klaagt aan, maar voelt eveneens de onmacht om de onrechtvaardigheden die ze benoemt, echt aan te pakken. Zij vindt de wijk géén achterstandswijk, dat is een etiket dat buitenstaanders geven. Ze vindt wijkbewoners intolerant en discriminerend. Zij heeft goed contact met allochtone vrienden van haar zonen

4. Marijke (II)

Marijkes levensverhaal is een voorbeeld van empowerment. Haar verhaal over het Kruimeltje is een concreet voorbeeld van een wijkproject opgezet en gedragen door vrijwilligers, dat letterlijk de kleur van de wijk aanneemt en mee verandert met de veranderingen in de wijk. Een wijkproject, dat zelfstandig op vrijwilligersinzet draait én korte lijnen met het professionele circuit heeft. Zij is zeer zelfbewust. Hanteert een manier van werken die inspeelt op de opvoedingsstijl in een volkswijk en daar tevens nieuwe elementen aan toevoegt. Zij staat dicht bij de cultuur van de moeders en kan toch nieuwe inzichten en vaardigheden m.b.t. opvoeding en relaties introduceren. Marijke maakt zich niet druk over wijkindelingen en typering; ze werkt met de moeders die binnen komen.

5. Nadia (III)

Marokkaanse gezondheidsvoorlichtster-eigen-taal bij Samen Beter, eerst als vrijwilligster, later via een I/D regeling. Haar verhaal is doorspekt met haar gezondheidsbeleving. Ze vertelt veel over haar gezondheidsklachten. Haar achtergrond, haar cultuur en gezondheidsbeleving 'strijden' met haar verlangen om als geëmancipeerde vrouw een gewaardeerde functie in de gezondheidszorg te hebben. Zij heeft ervaringen met discriminatie in het ene deel van de wijk. Sinds haar verhuizing naar een ander deel van de wijk heeft ze een goed contact met burens. Over de contacten met de Marokkaanse gemeenschap is ze negatief: die hielpen haar niet toen ze hen nodig had.

BIJLAGE 6 TYPINGEN VRIJWILLIGERS

Er zijn 23 vrijwilligers in het onderzoek betrokken. Het materiaal van 1 vrijwilligers is niet opgenomen, omdat het interview weinig materiaal bevatte. In deze bijlage staan de typeringen in een volgorde die samenhangt met de aard van de vrijwillige activiteiten. Hierbij is een onderscheid gemaakt voor zorg gerelateerde activiteiten en welzijnswerk gerelateerde activiteiten. Daarbinnen is de volgorde naar duur van de betrokkenheid. De namen zijn gefingeerd. De cijfers verwijzen naar de nummering in Atlas-ti en de analyses.

Vrijwilligers met aan zorg gerelateerde activiteiten

1. Anna (13)

Weduwe en moeder van grote 'Den Bosch Oost familie', bij vele wijkactiviteiten als oprichter actief geweest; ook bij Samen Beter. Zij is o.a. gastvrouw geweest en bestuurslid. Zij is de 'wijkdichteres'. Ze is vele keren geïnterviewd voor artikelen in tijdschriften, kranten of voor publicaties. Ze heeft vele keren op congressen en bijeenkomsten haar verhaal over de wijk, over het gezondheidscentrum, over haar persoonlijke ontwikkeling verteld. Ze kan haar gedachten goed verwoorden. Ondanks haar participatie in deze voor haar zo andere wereld blijft ze in haar waarden en normen en in haar gedrag de 'volkswrouw', die hoort bij 'ons soort mensen'. In haar contact met haar eigen familie is ze, zoals ze zelf noemt, 'harder getaald'; directer en minder genuanceerd. Geld speelt een belangrijke rol in relatie tot gezondheid; als je geen geld hebt, maak je je zorgen en word je ziek. Het wel hebben van geld lijkt echter geen garantie voor gezondheid. In haar familie wordt ze met veel ziekten en problemen geconfronteerd. Men heeft geen gezonde leefstijl.

2. Toon (7)

Ex-timmerman, die een opleiding in het welzijnswerk heeft gevolgd, werkzaam via sociale werkvoorziening. Zeer actief in allerlei wijkactiviteiten; hij kent de wijk goed; heeft vele contacten. Hij heeft een grote betrokkenheid en buurtbinding. Is door scholing in het welzijnswerk zijn wortels kwijt geraakt. Hij zegt: "Was ik maar nooit gaan leren, dan had ik ook niks geweten. Want hoe meer je weet, hoe moeilijker het wordt; daar word je ongezond van." Hij heeft meer ambities dan fysiek mogelijk is en heeft veel problemen in zijn gezin en met zijn gezondheid.

3. Jeanne (1)

Ze is reeds lang en bij veel wijkactiviteiten betrokken; o.a. vrouweninitiatiefgroep, gastvrouw Samen Beter, oprichter Trefpunt Oost. Jeanne koestert beelden van vroeger in de wijk of bij Samen Beter; vroeger was 'goed'. Goed heeft bij haar vooral te maken met betrokken zijn bij

elkaar. Deze waardering staat in tegenstelling tot haar eigen emancipatie, waarin ze heeft geleerd te kiezen, haar eigen weg te volgen en zich los te maken van (buurt)relaties. Jeanne is een strijdbare vrouw. Klassenbewust en trots op haar arbeidersafkomst. Staat op de bres als ze onrecht bespeurt. Ze komt op voor haar gezin, voor haar buurt, voor 'haar' psychiatrische patiënten

Zij beschrijft hoe moeilijk het is om gezonder te gaan leven; hoe zij blijft zoeken naar lichamelijke oorzaken, hoe moeilijk het is om te accepteren dat het om spanningen gaat, waar ze zelf iets aan moet doen. De eindeloos herhaalde uitleg was nodig om dit echt te beseffen. Belangrijk was ook het feit dat ze dezelfde boodschap hoorde in de privé sfeer én vanuit professionele hoek.

4. Anneke (6)

Anneke is medeoprichter van Samen Beter, het Kruiemeltje en Wijkplatform Oost; zij is zeer actief. Heeft vele contacten en is een verbindende figuur in de wijk. Ze is hoog opgeleid en hoort bij de 'rijken'. Dit te ontdekken was een schok voor haar. Weet steeds minder goed hoe je achterstand moet definiëren. Zij is een bewuste en kritische 'patiënt'. Zij zet zich zeer in voor de mensen in de wijk. Zegt daarover: *"... achter ieder huis zitten mensen met zoveel capaciteiten. Je zou ze het goud in de wijk noemen, je zou het eruit willen halen."*

5. Clara (19)

Clara heeft haar hele leven in Den Bosch Oost gewoond en via het welzijnswerk gewerkt voor de lagere sociale milieus, waar ze nadrukkelijk niet bij hoorde, maar zich wel toe aange trokken voelde. Ze werkt sinds haar pensionering als vrijwilliger en zegt vanuit haar positie interessante dingen over het verschil tussen vrijwillig en betaald werk. Ze werkt vooral met en voor ouderen en heeft een groot netwerk van vrijwilligers opgezet in Oost. Ze voelde zich in eerste instantie alleen staan t.o.v. de 'groep' van Samen Beter. Via de samenwerking in Hulpsector Oost heeft ze de openheid ervaren van samenwerken voor de wijk.

6. Sandra (4)

Sandra beschrijft haar bewuste keuze om patiënt te willen worden van Samen Beter. Hoe ze door maatschappelijk werk gemotiveerd is om vanuit een postnatale depressie actief te worden bij Samen Beter. Ze is erbij gaan horen. Samen Beter heeft grote betekenis voor haar zelf en voor de wijk. Zij heeft na haar vrijwilligersactiviteiten bij Samen Beter projectmatig een aantal jaren bij Samen Beter gewerkt, zij is hoog opgeleid. Zij blijft zich verbonden voelen met de wijk en doet er nog steeds vrijwilligerswerk. Ze ervaart het feit dat ze geaccepteerd en gewaardeerd wordt door de actieve wijkbewoners als een bevestiging dat ze professioneel gezien de juiste toon weet aan te slaan.

7. Fien (2)

Fien is na het overlijden van haar man, voor wie zij tijdens zijn ziekbed zorgde, opgebloeid en een nieuw leven begonnen. Ze wil daar graag en veel over vertellen. Zij heeft door haar vrijwilligerswereld veel informatie gekregen, over mogelijkheden, die ook op haar van toepassing zijn. Zij geeft zwemles, werkt bij de Zonnebloem en is gastvrouw en bestuurslid bij Samen Beter. Samen Beter is een belangrijke plek in haar leven gaan innemen. Ze ontleent er een positie aan in de wijk. Ze heeft ondanks diverse ziektes en klachten een positieve kijk op haar gezondheid. Ze maakt een onderscheid tussen de mensen die ze kent en de ‘anoniemen’, die haar gevoelens van onveiligheid geven. Dit onderscheid maakt ze ook bij allochtonen; ze is bang voor allochtone jongeren én geeft aan dat ze een goed contact heeft met allochtonen in de zwemvereniging en bij Samen Beter.

8. Deria (9)

Deria is vluchteling en wil terug naar Somalië; hij voelt zich in Nederland gediscrimineerd. Hij heeft in zijn ogen een kleine positie als tolk en vertaler en ondersteunt andere landgenoten in zijn contacten in het gezondheidszorgcircuit. Hij is lid van de cliëntenraad van Samen Beter. Hij heeft een brede kijk op gezondheid en benadrukt steeds hoe belangrijk gezondheidsvoorzieningen voor vluchtelingen zijn en dat ze goed begrepen worden.

9. Lina (20)

Alleenstaande vrouw, ervaringsdeskundige én professionele opleiding in de hulpverlening, actief bij de Stroom en in terminale zorg. Lina verwoordt helder hoe ze als ervaringsdeskundige gaat werken bij de Stroom en een nieuw leven opbouwt (empowerment). Ze ontdekt dat ze raakvlakken heeft met vrouwen uit de wijk hoewel ze zelf tot een andere klasse behoort. Ze zegt behartigenswaardige dingen over het verschil tussen de Stroom en de professionele hulpverlening en ze is helder over hoe een wijkinitiatief zonder de juiste begeleiding zich kan isoleren in de wijk.

10. Divakar (10)

Surinaams-Hindoestaanse, jonge man, mantelzorger en lid van de patiëntenraad van Samen Beter. Door de handicaps van zijn zussen staat het gezinsleven in het teken van ‘gezond en ziek zijn’ en hun relaties met de gezondheidszorg. Hij heeft veel waardering voor zijn moeder; haar onvoorwaardelijke zorg aan haar dochters stelt haar tot veel in staat. (Bijvoorbeeld: als analfabete vrouw haar rijbewijs halen om de bus voor de dochters te kunnen besturen.) Zijn kijk op de omgeving is ingekleurd vanuit de gezondheidszorg. Hij stelt Samen Beter centraal. Alsof de wijk Den Bosch Oost van Samen Beter is i.p.v. omgekeerd. Divakar heeft veel ervaringen in de relaties patiënt - mantelzorger - professional. Hij zegt: “...wij doen de dingen ook zelf. En wij krijgen hulp van de buitenkant, van de buitenwereld... de disciplines. En dat is ook wel belangrijk, om dingen ook weer zelf te kunnen blijven doen.”

11. Clarisse (14)

Clarisse is gescheiden, heeft twee volwassen kinderen en is oorspronkelijk afkomstig uit Portugal. Haar verhaal is gekleurd door haar ziektebeleving. Ze betreurt het dat ze niet eerder geaccepteerd heeft dat ze psychisch ziek is. Het leven overkomt haar en alleen in de contacten met het wijkproject de Stroom ontstaan enige gevoelens van iets willen aanpakken zoals leren fietsen.

Vrijwilligers met aan welzijn gerelateerde activiteiten

12. Dorus (23)

Dorus is een 'klassieke' Oost vrijwilliger. Hij heeft zijn leven lang allerlei activiteiten in de wijk georganiseerd, verbonden met zijn persoonlijke behoeften. Eerst jeugdactiviteiten, muziekactiviteiten en timmerwerkplaats voor mannen, later voor kwetsbare groepen. Bezig zijn is de remedie voor iedereen die ziek is of het moeilijk heeft. Dorus vindt dat vroeger alles beter was. De verloedering van de wijk komt volgens hem vooral door de komst van allochtonen.

13. Henk (3)

Werkt in de bouw en is naast zijn drukke werk een actieve buurtbewoner met oog voor de hele wijk, voorzitter van een buurthuis en mede oprichter van het Wijkplatform. Henk is iemand die pal staat voor de eigen activiteiten van wijkbewoners. Wil iedereen bij elkaar houden en niet afhankelijk zijn van beroepskrachten. Wil niet etiketteren. Iedereen hoort erbij. Hij kent Samen Beter een belangrijke rol toe als samenbindende kracht in de wijk. Zegt 'we hebben veel geleerd van Samen Beter'.

14. Harry (5)

Harry is actief in een buurtcomité, in het jongerenwerk in het buurthuis en is lid van Wijkplatform Oost. Hij heeft een duidelijke mening over de wijk; over verschillen tussen vroeger en nu. Hij idealiseert vroeger niet. Over verschillen tussen buurtjes en wijkbewoners. Over het met elkaar kunnen leven zonder teveel met elkaar van doen hebben. Over de corrigerende factor van het gemixte wonen. Opvallend is dat hij niet normeert, maar verschillen accepteert. Hij bekritiseert de bevoorrechtting van allochtonen door de gemeente. Is erg gespist op goede bejegening door instellingen.

15. Ella (12)

Ella verbindt haar privé-leven, haar werk en haar vrijwilligersactiviteiten aan elkaar. Zij zegt over haar werk: *"Ik krijg door mijn werk een emotionele band met mensen. Ik kom zo vaak bij hen, dat ik er betrokken bij raak, dat is toch normaal?"* Zij werkt tevens als vrijwilligster in het dierenpark en veel met kinderen.

Zij heeft een persoonlijke en politieke motivatie om actief te zijn in de wijk. Reageert fel, vanuit betrokkenheid, op obstakels die haar beletten haar leven naar haar eigen keuze in te richten. Ze herkent de verschillen in de wijk tussen bewoners en tussen buurtjes in de wijk. Zij is gericht op solidariseren en verbindingen leggen. Bezig met kinderen en wijkbewoners waarden en normen bij te brengen vanuit voorbeeldgedrag. Ze vindt dat je in het wijkwerk meer hebt aan betrokken vrijwilligers dan beroepskrachten.

16. Paul (16)

Bevlogen jonge vader, die zijn baan heeft opgezegd om in de wijk te werken. Paul ziet de wijk als een prima werkterrein om met kinderen en jongeren te werken. Positief over de buurtgerichte aanpak en sceptisch over het welzijnswerk en gemeentelijke politiek. Door zijn contacten met allochtonen gaat hij anders over hen denken: kinderen zijn beleefder, zorgzamer dan Nederlandse kinderen. Allochtone jongeren, die hij tegen komt, zijn tot zijn verrassing hoger opgeleid en actiever dan de allochtone wijkjongeren. Hij vindt de school bij uitstek de plek om met kinderen aan de slag te gaan. Het is de 'vindplaats'. Hij merkt dat de drive van de kinderen in achterstandswijken om iets aan te pakken veel groter is. Hoe groter de achterstand hoe groter de gemotiveerdheid van de kinderen om hun omgeving aan te pakken.

17. Laura (17)

Laura is opgegroeid in de Graafsewijk Noord en in die wijk speelt een groot deel van haar leven. Ze woont er, heeft hier haar vrienden en doet er-zoals haar ouders- vrijwilligerswerk. Werk en school is iets van 'buiten'. Het welzijnswerk en de gemeente ook. Dat zijn allemaal 'de anderen'. De buurt is vertrouwd; gezondheidsinformatie die in het buurthuis gegeven wordt is vertrouwd en heeft meer betekenis.

18. Mohammed (21)

Mohammed is een hoogopgeleide en zelfbewuste Marokkaanse jongeman, die in de wijk geboren is. Religieus, staat midden in de activiteiten in de wijk. Vindt contacten tussen culturen heel belangrijk. Hoort bij een groep jongeren die zich nadrukkelijk op een positieve manier manifesteren in de wijk, nadat zij eerst voor overlast zorgden. Hij zegt over hun inzet; *"We hebben eigenlijk helemaal niks, behalve onze wilskracht, onze wil."* Zij verliezen niet het contact met de vrienden die het criminele pad op gaan. Hij wijst criminaliteit af, maar daarmee de personen niet. Die blijven erbij horen.

19. Samuel (22)

Antilliaan, die sinds een aantal jaren in Nederland, in Den Bosch-Oost woont en zich inzet voor jongeren in de buurt. Hij ziet de uitwerking van het harde productiewerk in de bouw op de gezondheid en omgangsvormen van mensen. Groot verschil in werktempo met zijn thuisland. Samuel hanteert een zeer brede gezondheidsdefinitie. Dat mensen goed met elkaar omgaan is belangrijk voor de gezondheid. Daar kunnen de dokters niets aan doen.

Dat moeten de mensen in de buurt zelf doen. Hij beschouwt Samen Beter als een goede én vanzelfsprekende voorziening in de wijk.

20. Noud (18)

Noud, jonge automonteur; zijn verhaal vertoont veel gelijkenis met het verhaal van Laura. Opvallend hoe belangrijk de vriendengroep is: “als je geen echte vriendengroep hebt dat het dan stukken moeilijker is”. Hij sluit zich af voor de buitenlandse jongeren. Hij is niet discriminerend, maar heeft er helemaal geen contact mee.

21. Loes (15)

Jonge vrouw met psychiatrische aandoening, vrijwilligster bij het Kruimeltje. In haar verhaal staat het hanteren van haar psychiatrische aandoening centraal; hoe ze hiermee omgaat en een plek geeft in haar leven.

Het werken als vrijwilliger bij het wijkproject het Kruimeltje toont aan hoe belangrijk een juiste werkomgeving is, waarin ze de ruimte én houvast krijgt om te kunnen functioneren. Ze kijkt naar de wijk als een buitenstaander; hoort er niet echt bij. Ze maakt gebruik van voorzieningen in de wijk.

22. Elena (8)

Elena is een Bosnische vluchteling en vrijwilliger bij het Kruimeltje. Zij heeft een verrassende kijk op de wijk, waarin zij niet vroeger en nu, maar daar en hier vergelijkt. Ze voelt zich welkom in de buurt. Samen Beter is een vanzelfsprekende voorziening. Geen gezoek wie waar is, alles bij de hand. Bij het Kruimeltje voelt zij zich prettig; zij ervaart veel steun van de coördinator. Zij overleeft, maar zoals ze zegt van binnen is zij ongelukkig.

BIJLAGE 7 1E CLUSTER CATEGORIEËN

Toelichting per kolom:

1e kolom: aantal jaren werkzaam in Den Bosch-Oost

2e kolom: de letters en cijfers van de respondenten refereren aan de typering.

3e kolom : sector waarin men werkzaam is

- **M** (para)medisch: huisarts, fysiotherapeut,
- **M/S** GGD, verpleegkundige, GGZ, preventiewerk, zorgvrijwilliger
- **S** m.w., opbouwwerk, leerkracht; kinderopvang, buurthuiswerker, sociaal werk vrijwilliger

4e kolom : referenties bij de start van werkzaamheden in de wijk; de sterkste referentie staat voorop.

- **Rationele referenties**
 - o ideologische en theoretische concepten (marxisme, wijktheorie, samenwerkingstheorie etc.):
 - o vanuit een theoretisch model werken
 - o beroepsopleidingen
 - o bij vrijwilligers en I/D emancipatieproces (dit is niet alleen rationeel, maar heeft wel een rationeel element door scholing in de wijk)
- **Emotionele referenties**
 - o erbij willen horen
 - o aangetrokken tot personen en/of werkwijze
 - o wonen in de wijk
 - o opgegroeid in de wijk
 - o familiebanden c.q. vrienden in de wijk
- **Morele referenties**
 - o in een achterstandswijk willen werken om 'goed' te doen, iets voor anderen willen betekenen
 - o mensen in een achterstandswijk c.q. kwetsbare mensen hebben recht op goede zorg
 - o vanuit eigen sociale achtergrond/geboorteland voor mensen in achterstandswijken willen werken

5e kolom: keuzegrond om in de wijk te werken

- Bewuste keuze n.a.v. rationele/ideologische, emotionele of sociale motieven
 - o morele motieven
- Instellingskeuze als rationeel motief
- Vanzelfsprekende keuze n.a.v emotionele, sociale of morele motieven

6e en 7e kolom: 1e wijkbeeld en bijstelling van het wijkbeeld in de loop der jaren

- Rationeel gekozen d.w.z. theoretische/abstracte benamingen:
gemixte wijk, arbeiderswijk, achterstandswijk, SEGV-wijk, wijk met procentueel veel allochtonen
- Emotionele/gevoelsmatig gekozen benamingen
gezellige volkswijk, arbeiderswijk met 'ons soort mensen', wijk met arme mensen, fantastische wijk, allochtonenwijk, verloederde wijk, criminele wijk, nette wijk, veilige wijk
- Sociale benamingen gekozen vanuit relationele aspecten
actieve wijk, inactieve wijk, zorgzame wijk, individualistische wijk, verbrokkelde wijk, saamhorige wijk

Tabel B. 7.1 Clustering beroepskrachten naar sector, referenties, keuzegrond, 1e en 2e wijkbeeld

	Respondent	Sector	Referenties	Keuzegrond	1e wijkbeeld	Ontwikkeling wijkbeeld
> 20 jaar	(B)	M	M-R-E	B	E	R
	(C)	M	E-R	B	E	R
10 - 20 jaar	(A)	S	E-R	B	E	S
	(F)	S	E-R-M	B	E	E
	(G)	S	E-R	B	R	S
	(H)	M/S	R > R-E	I > B	E	S
5-10 jaar	(D)	M/S	R-M	I	E	S
	(I)	S	R-M	I	R	S
	(L)	S	R	I	R	E
	(E)	M	E-R	B	E	R
	(K)	S	R-M	I	R	S
3-5 jaar	(J)	M/S	R	I	R	S

Tabel 7.1.2 Clustering I/D naar sector, referenties, keuzegrond, 1e en 2e wijkbeeld

	Respondent	Sector	Referentie	Keuzegrond	1e wijkbeeld	Ontwikkeling wijkbeeld
10 – 20 jaar	(I)	M/S	E-R	B	E	S
	(IV)	S	E	V	E	S
	(V)	S	E	V	E	S
5-10 jaar	(II)	S	R-E	B	R	S
	(III)	M/S	E-R	V	E	E

Tabel 7.1.3 Clustering vrijwilligers naar sector, referenties, keuzegrond, 1e en 2e wijkbeeld

	Respondent	Sector	Referentie	Keuzegrond	1e Wijkbeeld	Ontwikkeling wijkbeeld
> 20 jaar	1	M/S	E-M	V	E	S
	6	M/S	R-M	V	R	S
	7	M/S	E-M	V	E	S
	13	M/S	E-M	V	E	E
	19	M/S	R-E-M	V	R	S
	23	S	E-R	V	E	E
	3	S	E-M	V	E	S
10 – 20 jaar	4	M/S	E-R-M	B	E	S
	2	M/S	E	V	E	S
5-10 jaar	5	S	E-M	V	R	S
	20	M/S	E-M-R	B	E	E
	9	M/S	M-R	B	-	-
	8	S	E-R	B	E	S
3- 5 jaar	15	S	E-R	B	S	S
	10	M/S	R-M	B	R	S
	12	S	R-E-M	B	R	E
	16	S	R-E-M	B	R	S
	14	M/S	E-R	B	-	-
	17	S	E	V	E	S
	18	S	E	V	E	S
	21	S	E-M	V	E	S
	22	S	E	V	S	S

BIJLAGE 8 2e CLUSTER CATEGORIEËN

In het schema staat de gezondheidsopvatting, die de meeste nadruk kreeg voorop. L is de lichamelijke gezondheidsopvatting, P is de psychische gezondheidsopvatting, S is de sociaal-maatschappelijke gezondheidsopvatting en V staat voor degenen die vooral de aanwezigheid van voorzieningen benadrukten. In de laatste kolom staan de groepen vermeld, die de respondenten als kwetsbare groepen in de wijk aanmerken. Voor een aantal vrijwilligers geldt, dat dit tevens de groepen zijn, waar zij zich in hun activiteiten op richten. Twee respondenten (L en J) hebben geen groepen benoemd.

Table B.8.1 Clustering beroepskrachten naar sector, referenties, keuzegrond, 1e en 2e wijkbeeld, gezondheidsopvatting en kwetsbare groepen

	Resp.	Sector	Ref.	Keuze	1e wijkb.	2e wijkb.	Gzh.opvatting	Kwetsbare groepen
> 20 jaar	(B)	M	M-R E	B	E	R	S-L-P	Segv, geïsoleerde gezinnen, vluchtelingen, eenzamen
	(C)	M	E-R	B	E	R	P-L-S	Psychosomatische klachten, probleemkinderen
10 – 20 jaar	(A)	S	E-R	B	E	S	S-P-L	Segv
	(F)	S	E-R- M	B	E	E	S-P-L	Probleemkinderen, zorgmijders
	(G)	S	E-R	B	R	S	S-P-L	Segv, eenzamen, multiprobleemgezin
	(H)	M/S	R > R-E	I > B	E	S	S-P-L	Segv, chronisch zieken, ouderen
5-10 jaar	(D)	M/S	R-M	I	E	S	P-S-L	Psychiatrische patiënten
	(I)	S	R-M	I	R	S	P-S-L	Geïsoleerden, mishandelde vrouwen, multiprobleemgezinnen, psychosomatische klachten
	(L)	S	R	I	R	E	P-S-L	
	(E)	M	E-R	B	E	R	P-L-S	Laag zelfbeeld, geen zelfvertrouwen
	(K)	S	R-M	I	R	S	P-S-L	Probleemkinderen
3 jaar	(J)	M/S	R	I	R	S	L-P-S	

Tabel. B.8.2 Clustering I/Ders naar sector, referenties, keuzegrond, 1e en 2e wijkbeeld, gezondheidsopvatting en kwetsbare groepen

	Resp.	Sector	Ref.	Keuze	1e wijkb.	2e wijkb.	Gzh.opvatting	Kwetsbare groepen
10 – 20 jaar	(I)	M/S	E-R	B	E	S	L-P-S	Segv, gehandicapten, psychiatrische patiënten, mantelzorgers,
	(IV)	S	E	V	E	S	S-L-P	Psychiatrische patiënten
	(V)	S	E	V	E	S	S-L-P	Ouderen, psychiatrische patiënten
5-10 jaar	(II)	S	R-E	B	R	S	S-L-P	Segv, alleenstaande moeders, multiproblemg gezinnen
	(III)	M/S	E-R	V	E	E	L-P-V	Psychosomatische klachten

Tabel B.8.3 Clustering vrijwilligers naar sector, referenties, keuzegrond, 1e en 2e wijkbeeld, gezondheidsopvatting en kwetsbare groepen

	Resp.	Sector	Ref.	Keuze	1e wijkb.	2e wijkb.	Gzh.opvatting	Kwetsbare groepen
> 20 jaar	1	M/S	E-M	V	E	S	P-S-L	Psychiatrische patiënten, psychosomatische klachten
	6	M/S	R-M	V	R	S	P-L-V	Probleemkinderen
	7	M/S	E-M	V	E	S	P-L-S	Psychiatrische patiënten, WAOers, astma-patiënten
	13	M/S	E-M	V	E	E	S-P-L-V	Segv, eenzame mensen, verslaafden, psychosomatische klachten
	19	M/S	R-E-M	V	R	S	P-S-L	Eenzame ouderen, kankerpatiënten, probleemkinderen
	23	S	E-R	V	E	E	S-P-L	Psychiatrische patiënten, zorgbehoefigen, WAOers
	3	S	E-M	V	E	S	S-P-L	Zorgbehoefigen
10 - 20 jaar	4	M/S	E-R-M	B	E	S	P-L-S	Segv, alleenstaande moeders, eenzame ouderen, mantelzorgers, vluchtelingen
	2	M/S	E	V	E	S	P-L-S	Mantelzorgers
5-10 jaar	5	S	E-M	V	R	S	P-S-L-V	Psychiatrische patiënten
	20	M/S	E-M-R	B	E	E	P-L-S	Mishandelde vrouwen, zorgbehoefigen
	9	M/S	M-R	B	-	-	V-L-P-S	Vluchtelingen
	8	S	E-R	B	E	S	V-P-L	Vluchtelingen
3- 5 jaar	15	S	E-R	B	S	S	P-S-L	Psychiatrische patiënten, multiprobleemgezinnen
	10	M/S	R-M	B	R	S	S-L-P-V	Gehandicapten, mantelzorgers
	12	S	R-E-M	B	R	E	P-L-S	Eenzame ouderen
	16	S	R-E-M	B	R	S	P-L-S	Probleemkinderen
	14	M/S	E-R	B	-	-	P-L-V	Segv, psychosomatische klachten
	17	S	E	V	E	S	L-S-P	Jongeren
	18	S	E	V	E	S	S-L-P	Jongeren
	21	S	E-M	V	E	S	P-L-V	Jongeren
22	S	E	V	S	S	V-L-P-S	Psychosomatische klachten	

Register

- aansluiten 116, 177, 213, 220, 222, 239, 270, 277, 278, 284, 286, 287, 290, 304, 307, 336
achterstandswijk 71, 72, 76, 77, 104, 108, 111, 121, 166, 167, 170, 171, 175, 176, 182, 282,
304, 313, 322, 330, 331, 337, 345, 346
acterschap 12, 290, 291, 292, 306, 308
Alting 18, 61, 275, 277, 303, 313, 320
autonomie 53, 55, 56, 70, 76, 83, 804, 85, 86, 87, 140, 223, 225, 226, 241, 246, 249, 252,
271, 293, 296, 297, 306, 307, 334
- De Bakker 73, 74, 107, 313, 316
Baart 3, 5, 35, 40, 43, 54, 55, 65, 252, 253, 278, 282, 283, 284, 286, 292, 293, 298, 304,
305, 310, 313
Baker-Miller 152, 313
basisacademie 114, 115, 116, 124, 126, 127, 167, 178, 252
basisbeweging 9, 135, 136, 137
Baum 46, 47, 48, 50, 284, 313
Blokland 14, 64, 65, 179, 260, 264, 288, 290, 305, 310, 313
Boer 75, 313
Boer, de 18, 32, 50, 82, 91, 93, 147, 275, 277, 278, 284, 298, 303, 311, 313, 314, 315, 321
Boevink 284, 314
Bogaard van de 138
Bon-Martens 31, 314
bonding 81, 82, 287, 305, 310
Brabants Dagblad 118, 125, 314
Bracht 14, 62, 63, 227, 314
Breugel van 33, 314
bridging 80, 81, 117, 131, 287, 305, 310
Broekman 135, 147, 314, 323
Burki 140, 314
Burton 79, 314
- Chodorow 138, 314
community 10, 14, 18, 19, 63, 75, 76, 133, 143, 157, 313, 316, 321
coördinatie 11, 127, 129, 232, 234, 241, 243, 265, 270, 285, 337
Cosijn 14, 45, 49, 50, 93, 144, 314
Crawford 48, 314

Dam ten 18, 68, 70, 72, 275, 278, 303
Deleec 54, 314
dialog 16, 75, 76, 77, 82, 109, 134, 146, 267, 270, 272
Dieleman 103, 104, 105, 114, 179, 314
Domen 239, 315
Dorrestein 106, 107, 126, 313, 315
drijfveren 12, 21, 75, 163, 275, 293, 306
Duinstee 47, 315
Duiveman 76, 315
Duyvendak 3, 5, 35, 43, 63, 64, 72, 79, 80, 83, 89, 93, 97, 98, 148, 176, 281, 285, 288, 303, 309, 313, 314, 315, 316, 317, 318

economische kijk 8, 45, 51, 53, 56, 159, 175, 277, 278
eerstelijnszorg 8, 9, 17, 52, 61, 73, 74, 77, 86, 89, 95, 98, 122, 141, 143, 146, 157, 159, 208, 227, 229, 277, 286, 315, 319, 320
EIM/Ipsos Facto 121, 315
emancipatie 145, 167, 253, 271, 300, 336, 340, 345
empowerment 8, 9, 11, 13, 18, 78, 82, 83, 84, 86, 106, 133, 137, 140, 141, 145, 236, 275, 295, 296, 307, 309, 311, 314, 318, 338, 341
Engbersen 68, 72, 315, 322
ervaringsdeskundigheid 139, 150, 167, 187, 227, 280, 283, 284, 297, 314
ervaringskennis 279, 280, 281, 283, 307
ethische kijk 8, 45, 53, 85, 316
exposure 282, 304, 310

Foucault 46, 315
Freidson 315
Freire 9, 113, 114, 116, 133, 134, 135, 137, 315

Garretsen 18, 89, 313, 315, 320
gemeenschap 8, 57, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 91, 111, 117, 123, 129, 131, 168, 175, 208, 231, 278, 287, 288, 290, 303, 336, 338
gemeente 's-Hertogenbosch 26, 27, 29, 30, 31, 39, 57, 103, 109, 110, 117, 125
geografische wijk 8, 57, 86, 278
gezondheidsachterstand 8, 10, 18, 19, 20, 56, 58, 70, 71, 73, 93, 94, 127, 142, 146, 147, 176, 242, 271, 275, 277, 298, 302, 303, 307, 316, 318
gezondheidsbevordering 8, 10, 19, 20, 21, 35, 43, 45, 57, 61, 73, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 86, 90, 92, 95, 98, 133, 140, 143, 148, 149, 174, 203, 208, 211, 219, 242, 243, 272, 275, 276, 277, 278, 281, 285, 290, 293, 303, 316, 317, 319, 321, 322, 334, 336

gezondheidsverschillen 5, 8, 13, 17, 18, 20, 21, 23, 42, 45, 53, 54, 58, 67, 68, 69, 70, 71,
72, 73, 77, 78, 85, 86, 93, 95, 96, 120, 142, 143, 148, 171, 175, 176, 203, 204, 275, 276,
277, 278, 289, 298, 300, 302, 303, 314, 316, 319, 320, 330

Goeij De 79, 316

Gooskens 93, 316

Goumans 77, 78, 298, 311, 316

Gradener 284, 316

Gunning-Schepers 46, 47, 52, 314, 316

Haan de 89, 97, 98, 303, 309, 316

Hackenitz 75, 316

Haes de 6, 13, 18, 19, 37, 43, 50, 57, 78, 79, 82, 83, 84, 148, 149, 275, 278, 281, 282, 299,
303, 313, 315, 316, 319, 321

Harting 277, 278, 297, 316

Heijst van 55, 66, 278, 286, 287, 291, 292, 295, 305, 306, 310, 311, 316

Henselmans 52, 153, 316

Hortulanus 64, 72, 176, 264, 315, 317

Hulpoverleg 9, 123, 124, 129

Hulpsector-avonden 125, 127, 129, 153, 284

Hulpsector Oost 9, 11, 14, 19, 22, 41, 62, 101, 106, 108, 113, 115, 116, 121, 122, 123, 124,
125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 144, 145, 149, 150, 153, 154, 155, 158,
159, 162, 168, 198, 203, 205, 206, 207, 208, 209, 227, 230, 231, 234, 240, 243, 245,
261, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 272, 276, 279, 284, 293, 304, 309, 330, 340

Hutschemaekers 281, 282, 284, 317

Hutjes 37, 39, 43, 44, 317

Jacobs 83, 317

Jonkers 140, 148, 317

Kal 145, 155, 178, 260, 261, 317

Kemps 6, 43, 142, 150, 151, 153, 154, 317

Kickbusch 48, 49, 317

Klazing 92, 318

Kok 18, 275, 303, 318

Koornstra 77, 78, 298, 311, 316

Kremer 284, 315, 316, 317, 318

Kruimeltje 126, 128, 179, 225, 228, 266, 268, 288, 338, 340, 344

Kunneman 54, 152, 207, 318

Kuypers 153, 318

kwetsbare groepen 5, 14, 113, 120, 136, 145, 146, 153, 189, 190, 207, 208, 236, 280, 294, 301, 306, 321, 342, 348, 349, 350

Landelijk Centrum Opbouwwerk (LCO) 145, 147, 318

Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) 17, 18, 60, 90, 98, 119, 121, 130, 141, 142, 143, 146, 156, 318, 320

Lans van der 52, 103, 108, 109, 110, 115, 133, 134, 153, 318

leefstijlbenadering 8, 45, 47, 48, 55, 56, 66, 85, 86, 131, 141, 159, 197, 200, 208, 213, 219, 276, 278, 290, 303

lichamelijke gezondheid 184, 186, 251, 253, 271, 300, 305, 307

Lucht van der 58, 71, 277, 319

Mackenbach 46, 67, 72, 73, 89, 275, 281, 299, 303, 314, 316, 318, 319, 321, 323

Maeseneer De 3, 52, 136, 319

Manshot 138, 319

mantelzorg 126, 145, 150, 153, 157, 158

Massen 300, 319

McQueen 18, 19, 319

McWhinney 287, 319

mededogen 223, 224, 226, 241, 246, 249, 271, 293, 295, 306

medische benadering 8, 45, 46, 47, 55, 56, 71, 85, 131, 159, 200, 204, 213, 215, 243, 276, 277, 278, 290, 303, 304

Melker 61, 319

menslievende zorg 55, 291

Meurs 314, 319

Mierlo 14, 151, 287, 319

Miles 38, 42, 319

Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 89, 319

Ministerie van VWS 94, 95, 96, 98, 144, 146, 319, 320

Ministerie van WVC 18, 52, 67, 70, 277, 289, 300, 317, 320

Mittelmark 320

Mol 21, 44, 46, 278, 291, 298, 299, 320

Morée 152, 320

Munten 282, 320

netwerken 50, 61, 64, 70, 71, 72, 76, 80, 81, 86, 145, 146, 147, 179, 182, 259, 260, 269, 270, 272, 278, 287, 288, 289, 290, 296, 297, 300, 301, 302, 305, 313, 322

Nijhof 40, 320

ontmoeten, ontmoetingsplek 6, 64, 75, 117, 127, 135, 155, 174, 179, 205, 220, 260, 283, 286

Ontplooiing 55, 56, 85, 98, 133, 147, 223, 241, 246, 249, 271, 293, 295, 296

Oort van 16, 113, 275, 320

Opbouwwerk 10, 126, 127, 145, 146, 147, 315, 317, 318

Ouborg 138, 139, 320

Overgoor 76, 320

Overmars 138, 320

Paes 3, 16, 18, 62, 70, 77, 109, 125, 127, 128, 139, 142, 150, 152, 200, 232, 278, 319, 320, 321

Penninx 258, 321

Peters 41, 321

Plochg 75, 76, 143, 277, 321

Portes 287, 321

Post 51, 318, 321

presentie 286, 291, 313

presentietheorie 5, 54, 65, 253, 282, 304, 313

psychische gezondheid 46, 184, 185, 190, 250, 251, 271, 300, 307

publieke familiariteit 64, 179, 182, 260, 272, 288, 289, 305

Putnam 50, 287, 305, 310, 321

Raspe 80, 269, 278, 301, 321

rechtvaardigheid 53, 54, 55, 56, 85, 223, 226, 247, 249, 271, 293, 306

Rijdt van de 156, 321

Roelofs 138, 321

Rokers 145, 321, 322

Röling 148, 321

Ross 74, 321

Rubin 138, 321

Saan 6, 13, 19, 37, 43, 50, 57, 79, 82, 83, 84, 148, 149, 275, 278, 281, 282, 299, 303, 319, 321

samenwerking 92, 96, 133, 158

Schrijvers 46, 53, 89, 277, 314, 315, 319, 322

SEGV (sociaal economische gezondheidsverschillen) 17, 18, 67, 70, 171, 175, 176, 277, 298, 332, 346

Sevenhuijsen 152, 322

sociaal kapitaal 51, 287, 288, 289, 290, 301, 302, 305, 324

sociaal weefsel 10, 64, 81, 131, 178, 179, 182, 313

social capital 50, 61, 72, 79, 80, 85, 287, 288, 310, 313
sociale omgevingsbenadering 8, 45, 49, 50, 51, 53, 55, 56, 66, 81, 85, 86, 131, 141, 159,
197, 199, 200, 208, 215, 219, 276, 278, 290, 303
Sohl 296, 307, 322
Sprinkhuizen 147, 322
Starfield 52, 322
Steenbrink 50, 83, 106, 126, 140, 141, 236, 317, 322
Stoel 152, 322
strategieën 11, 13, 21, 44, 48, 52, 80, 98, 162, 163, 187, 211, 215, 218, 219, 220, 223, 226,
227, 235, 241, 245, 275, 290, 291, 293, 296, 297, 305, 306, 308
Stronks 3, 18, 53, 54, 72, 85, 275, 277, 299, 303, 316, 319, 322
Stroom 11, 14, 126, 128, 139, 141, 173, 179, 201, 211, 220, 227, 231, 232, 233, 234, 235,
236, 237, 239, 240, 241, 242, 243, 245, 250, 253, 262, 265, 266, 267, 268, 281, 283,
284, 286, 287, 288, 292, 293, 295, 297, 315, 318, 321, 341, 342
Stuuroep 6, 16, 43, 62, 142, 144, 145, 317, 319, 320, 322
Swann 50, 51, 61, 72, 85, 290, 298, 305, 310, 313, 321, 322
Sweep 145, 322
Swinkels 54, 322
symbolische betekenis 179, 181, 182, 264, 272

The 44, 319
Thijssen 155, 156, 323
toegankelijkheid 52, 54, 60, 72, 76, 77, 94, 96, 108, 140, 142, 178, 223, 250, 252, 257, 294,
317
Tonkens 3, 97, 284, 296, 311, 315, 318, 323
Tops 296, 307, 311, 323
Trefpunt Oost 126, 128, 145, 154, 155, 179, 205, 206, 230, 251, 252, 261, 267, 268, 284,
288, 335, 337, 339

Ulburghs 135, 136, 137, 323

Verheij 61, 108, 319, 323
vermaatschappelijking 10, 35, 44, 94, 154, 156, 159, 323
vertrouwen 50, 60, 264, 290, 305, 323
vertrouwensvolle verbindingen 12, 277, 297
Visser de 54, 323
VJTO, Van jong tot oud in Oost 116, 117, 131, 137, 323, 324
Voorham 62, 72, 78, 143, 242, 277, 316, 323
Vugt van 140, 323

Wal van der 51, 52, 153, 318, 321, 323
Welzijnsproject Oost (WPO) 114, 135, 324
Wester 36, 37, 41, 317, 321, 323
Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) 60, 61, 179, 284, 314, 319
wijkbeeld 13, 14, 172, 173, 174, 176, 178, 182, 199, 346, 347, 348, 349, 350
Wijkgezondheidscentrum Botermarkt 76, 316, 317, 323
Wijkplatform Oost 9, 31, 35, 39, 116, 117, 122, 129, 131, 136, 179, 180, 181, 203, 207,
324, 337, 340, 342
Willems 5, 39, 113, 114, 115, 117, 118, 133, 134, 135, 136, 243, 323, 324
World Health Organization (WHO) 17, 45, 47, 49, 50, 53, 55, 67, 85, 90, 93, 184, 187,
215, 231, 255, 294, 306, 311, 323
Wyckoff 139, 324

zelfhulp 51, 140, 149, 150, 158, 234
zelfvertrouwen 70, 141, 191, 236, 262, 264, 289, 348
Ziekenfondsraad 74, 277, 324
zorgcontinuüm 14, 157, 158
Zwaard van der 288, 324

Wijkgericht werken om gezondheid te verbeteren is een veelbelovende strategie, vooral voor het aanpakken van gezondheidsachterstand in sociaal-economisch zwakke wijken. In dit boek is beschreven hoe wijkbewoners – en ook de kwetsbare mensen onder hen – werken aan de verbetering van hun gezondheid en die van hun medebewoners én hoe zij hierbij ondersteund worden door in de wijk werkende beroepskrachten. Documentatie en analyse van de 25 jaar ervaringen met wijkgezondheidswerk in Den Bosch-Oost biedt geen blauwdruk. Duidelijk is geworden dat de invulling van het wijkgezondheidswerk contextueel bepaald wordt. Wel blijkt de wijk een plek te zijn waar wijkbewoners en beroepskrachten elkaar ontmoeten en gezamenlijk zorgactiviteiten kunnen ontplooiën. In de wijk komt ervaringskennis en professionele kennis bij elkaar, zodat op basis van deze kennis de voor de wijk geëigende zorgpraktijken ontstaan. De wijk is een plek waar beroepskrachten en vrijwilligers deel uit maken van het sociaal kapitaal in die wijk en waar juist ook kwetsbare groepen zich gehoord en gezien weten. In de wijk kan het zorgen voor elkaar zichtbaar worden, kan zorg zich buiten de spreekkamers van de professionals begeven en onderdeel worden van het alledaagse leven in een wijk.

Deze studie naar wijkgezondheidswerk biedt handvatten om op een andere manier naar kwetsbare mensen in sociaal-economisch zwakke wijken te kijken en hun kracht te leren kennen.

ISBN/EAN: 978-90-79463-01-5