Downloaded from UvA-DARE, the institutional repository of the University of Amsterdam (UvA)
http://dare.uva.nl/document/104431

File ID	104431
Filename	Hoofdstuk 10: De werkers en de wijkaanpak

SOURCE (OR PART OF THE FOLLOWING SOURCE):

Type	Dissertation
Title	Wijkgezondheidswerk: een studie naar 25 jaar wijkgericht werken aan gezondheid in Den Bosch-Oost
Author	M.J.H. Paes
Faculty	Faculty of Social and Behavioural Sciences
Year	2008
Pages	357
ISBN	9789079463015

FULL BIBLIOGRAPHIC DETAILS:
http://dare.uva.nl/record/270817

Copyright

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other then for strictly personal, individual use.

UvA-DARE is a service provided by the library of the University of Amsterdam (http://dare.uva.nl)

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 af en 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/wijk-gerichte 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 procestermen '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 potientieoriëntatie 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 langzaamaan 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 procestermen 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 gespreksonderwerpen 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 hoef 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 omgevingsspel 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)

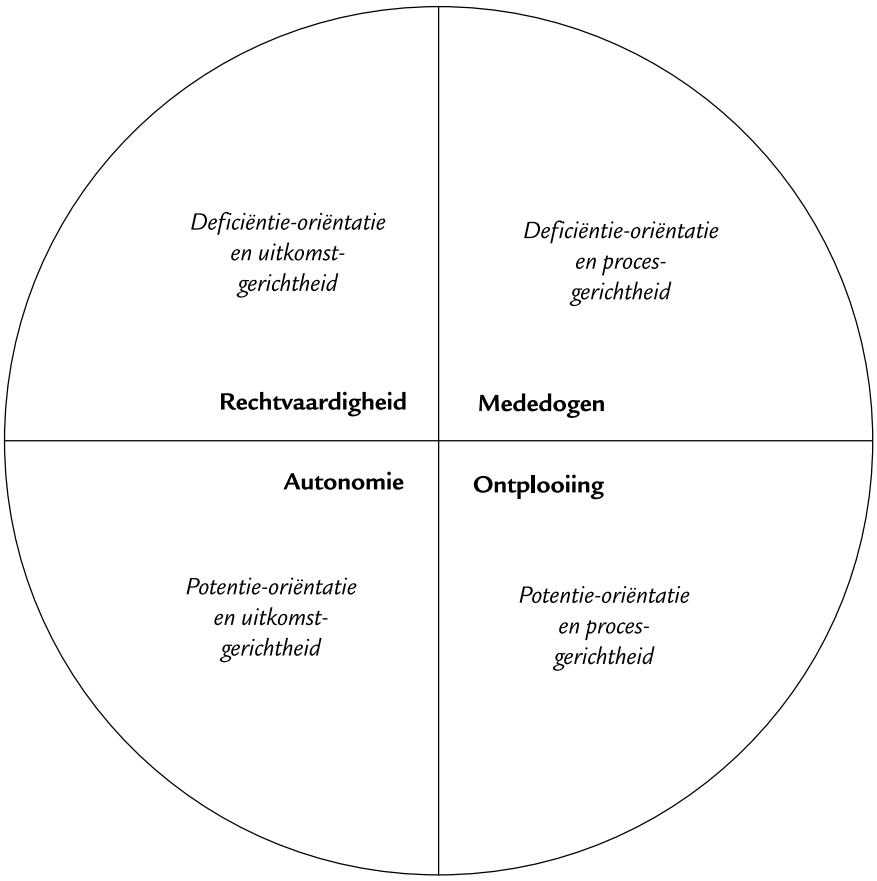
Bij meerdere vrijwilligers speelt een sterk gevoel van autonomie en trots op het feit, dat men het in de wijk 'zelf doet'. Enkele citaten, waarin zij dit gevoel uitdrukken:
- *"We doen het zelf in de wijk."* (Paul. B.6.16)
- *"Buurtbewoners nemen zelf het initiatief. Stappen ergens op af en er ontstaat 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 ontplooien 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-systemitic 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 Kruimeltje. 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 interorganisationeel 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 voorbestaan 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 ervaringsdeskundigen [26] (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 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 inloopochtenden 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 inloopochtend 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.

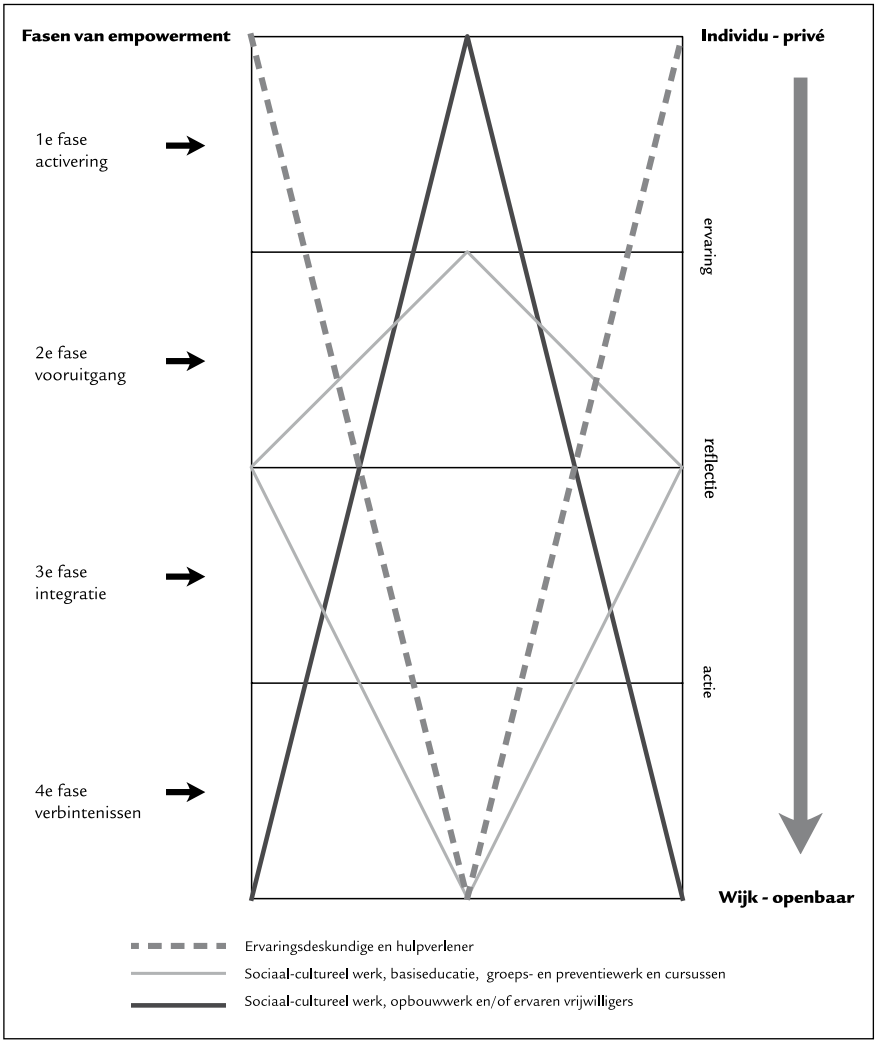
Fase 3: De integratiefase
De periode van rijping van het nieuwe zelfbeeld, van de nieuw verworven vaardigheden en kennis. Integratie van het besef dat men baas is over het eigen leven.

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.

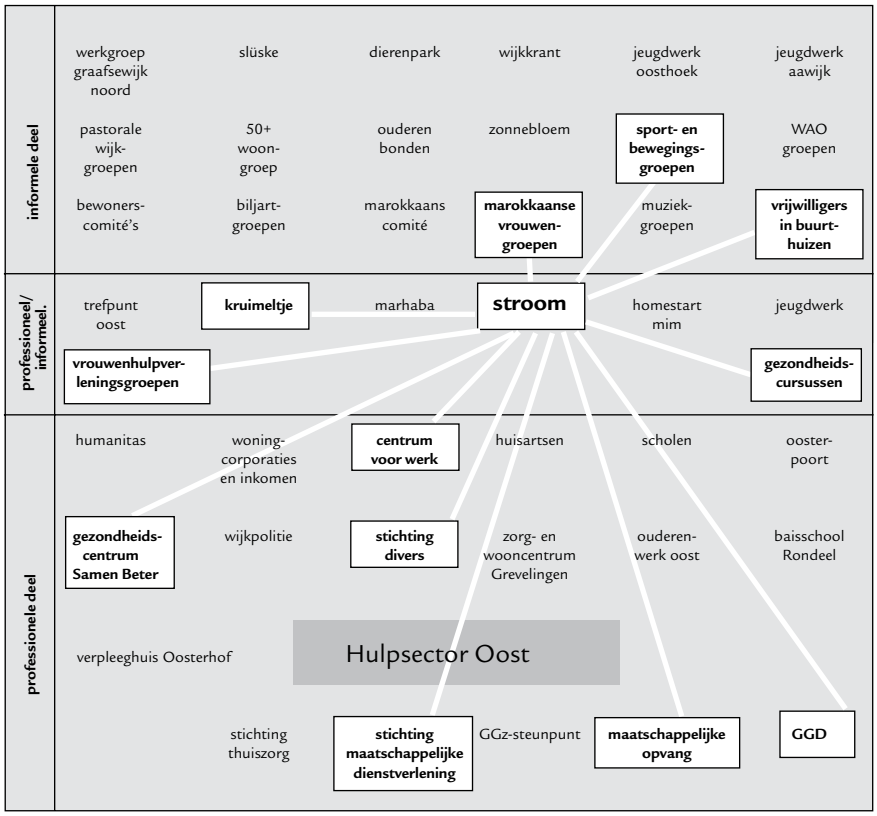
Empowerment speelt zich niet alleen af op individueel niveau. De ontwikkeling van De Stroom en andere wijkvoorzieningen zijn eveneens vanuit het empowermentproces te begrijpen. Daarvoor is nodig om naar de ontwikkeling door de jaren heen te kijken.

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 ontplooien. 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 deficiëntie/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 coördinatieniveau 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, ontneemt 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."