

Maak het verschil !

**Samenwerking tussen
informele zorgnetwerken en
reguliere instellingen zorg & welzijn**

Conferentie
21 januari 2010

Mansveltschool
Kareldoormanstraat 125
Amsterdam, 12.00-17.00 uur

In opdracht van Dienst Zorg en Samenleven

Januari 2010

protestantse diaconie
amsterdam



Colofon

Teksten: Leendert Roosenbrand, Barbara Bink, Hans Krikke
Eindverantwoordelijke tekst: Hans Krikke

Conferentiemap:

Maak het verschil!

Samenwerking tussen allochtone informele zorgnetwerken allochtone informele zorgnetwerken.

Naar aanleiding van een verkennend onderzoek in vijf stadsdelen en twee pilots in Geuzenveld-Slotermeer en Amsterdam Zuidoost.

In opdracht van Dienst Zorg en Samenleven.

Uitvoering: Protestantse Diaconie: Leendert Roosenbrand, Barbara Bink, Hans Krikke (projectleider)

Protestantse Diaconie
Nieuwe Herengracht 18
1018 DP Amsterdam
Telefoon: 0620879278
Email: h.krikke@diaconie.org

info@diaconie.org
www.diaconie.org

Opvraagbaar betreffende m.b.t. allochtone informele zorgnetwerken.
Rapportage verkennend onderzoek allochtone informele zorgnetwerken.
In deze rapportage zijn niet alleen de bevindingen uit het verkennende onderzoek opgenomen maar ook verslagen van de inventarisaties (in vijf stadsdelen) en van de pilots waarin geoefend werd in samenwerking tussen informele zorgnetwerken en reguliere instellingen.

Inhoud

Colofon	
Programma 21 januari 2010	5
Werkgroepen	6
Hoofdstuk 1. Voorwoord	8
Hoofdstuk 2. Bevindingen	11
Hoofdstuk 3. Aanbevelingen	24
Hoofdstuk 4. Samenvatting	28
Bijlage 1. Lijst van bij het onderzoek betrokken informele zorgnetwerken	31
Bijlage 2. Betrokken netwerken en instellingen proeftuin	33
Bijlage 3. Wat is, wat kan en wat doet een vertrouwenspersoon?	34

Maak het Verschil !

**samenwerking tussen
informele zorgnetwerken en
professionele zorg & welzijn**

Karel Doormanstraat 125, van 12.00 uur tot 17.00 uur

- 12.00 uur: lopend buffet (lunch is halal)
- 13.00 uur: Henk van Waveren, Dagvoorzitter
Jesse Bos (Raadslid PvdA), Vijf kansen voor samenwerking
Hans Krikke (Protestantse Diaconie), Vijf obstakels in samenwerking
- 13.30 uur: Panel en zaal versus Mw. Bos en Dhr. Krikke
- 13.45 uur: Paneldiscussie
- 14.30 uur: Werkgroepen
- 15.45 uur: Plenair, bevragen van de werkgroep voorzitters
- 16.15 uur: Turks/Marokkaanse High Tea met zoetigheid

Panel

Mmv: Kees Diepeveen (Wethouder Amsterdam Noord), Berriel Castillion (Stg. Jehu, Amsterdam Zuidoost), Driss Kaamouchi (Arkin/Jellinek), Laila Belhadi (Leefkringhuis, Noord), Marijke Verdonk (VIO, steunpunt steunvrouwen B&L), Marcel Thijssen (Stadsdeel Geuzenveld/Slotermeer), Fatima Sabbah (Nisa 4 Nisa Slotervaart), Coby Kroon (Stadsdeel Noord)

p.blank@diaconie.org,

Meer informatie: 06-20879278 of 020-6697118.



Werkgroepen 21 januari 2010

Inleiding

Er zijn drie werkgroepen ingericht die worden ingeleid door twee personen. Iedere werkgroep heeft een voorzitter.

De inleiders doen een voorzet voor de aanbevelingen die tot doel hebben de potentie van (allochtone) informele zorgnetwerken optimaal te benutten. Deze potentie is – op basis van het verkennende onderzoek onder 57 allochtone informele zorgnetwerken – als volgt te omschrijven:

Allochtone informele zorgnetwerken en de daarin actieve vertrouwenspersonen en intermediairs dragen bij aan het versterken van de zelfredzaamheid van kwetsbare burgers, verminderen van de zorgafhankelijkheid en daarmee aan het verminderen van de zorgconsumptie.

- door voorlichting te geven over welzijn, fysieke en geestelijke gezondheid;
- door vroegtijdig problemen, klachten en aandoeningen te signaleren (onder met name moeilijk bereikbare doelgroepen en zorgmijders);
- door toe te leiden naar reguliere instellingen zorg&welzijn;
- door kennis en expertise aan de professional te presenteren;
- door tijdens het 'traject' als achterwacht te fungeren;
- door vormen van nazorg te bieden;
- door de collectieve zelfredzaamheid van de in "local communities" en buurtnetwerken te versterken.

De werkgroepen bedenken aanbevelingen: hoe kan de potentie van allochtone informele zorgnetwerken optimaal benut worden?

Wat zijn de aanbevelingen voor informele zorgnetwerken?

Voor reguliere instellingen in zorg&welzijn?

Voor de overheid?

Voor deze 'opdracht' kan gebruik gemaakt worden van de bevindingen uit het verkennende onderzoek (hoofdstuk 2) en de aanbevelingen (hoofdstuk 3).

Mocht dat allemaal te veel leeswerk zijn; hoofdstuk 4 biedt een samenvatting van de bevindingen en aanbevelingen.

Werkgroep 1. Vijf aanbevelingen voor informele zorgnetwerken

**o.l.v. Kees Diepeveen,
introductions van Marijke Verdonk en Fatima Sabbah**

Kees Diepeveen is wethouder in Amsterdam Noord
Marijke Verdonk is coördinator van het Steunpunt Steunvrouwen, onderdeel van VIO- Vrouwen in Ontwikkeling (Bos en Lommer).
Fatima Sabbah is oprichtster en fulltime kracht van stichting Nisa for Nisa, een laagdrempelige vrouwenorganisatie in Slotervaart.

Werkgroep 2. Vijf aanbevelingen voor instellingen zorg&welzijn

**o.l.v. Barbara Bink,
introductions van Driss Kaamouchi en Leendert Roosenbrand**

Barbara Bink is onderzoekster en betrokken bij het verkennende onderzoek "allochtone informele zorgnetwerken".
Driss Kaamouchi is werkzaam bij de preventieafdeling van de Jellinek (Mentrum/ Arkin) en mede-ontwikkelaar van "intercultureel makelaarschap van vrijwillige sleutelpersonen".
Leendert Roosenbrand is als diaconaal consulent werkzaam bij de Protestantse Diaconie, betrokken bij het verkennende onderzoek.

Werkgroep 3. Vijf aanbevelingen voor de (lokale) overheid

**o.l.v. Hans Krikke,
introductions van Marcel Thijssen en Coby Kroon.**

Hans Krikke is werkzaam bij de Protestantse Diaconie als programmaleider van "samenwonen=samenleven"; een programma dat ontwikkeling van informele zorg combineert met samenlevingsopbouw. Betrokken als projectleider bij het verkennende onderzoek naar allochtone informele zorgnetwerken.
Marcel Thijssen is werkzaam bij het stadsdeel Geuzenveld-Slotermeer op schuldenpreventie en betrokken als mede-coördinator in de proeftuin.
Coby Kroon is beleidsmedewerker van het stadsdeel Amsterdam Noord, armoede en zorg.

Hoofdstuk 1

Voorwoord

1.1. Inleiding

In de conferentiemap zijn twee hoofdstukken overgenomen uit de eindrapportage van het verkennende onderzoek naar allochtone informele zorgnetwerken. Dit onderzoek is in het 2009 uitgevoerd in vijf stadsdelen, namelijk Amsterdam Noord, Amsterdam Zuidoost, Slotervaart, Osdorp en Geuzenveld-Slotermeer.

Bij het onderzoek zijn 57 allochtone informele zorgnetwerken betrokken, verspreid over de vijf stadsdelen.

In twee stadsdelen, namelijk Amsterdam Zuidoost en Geuzenveld-Slotermeer, is geoefend in afstemming en samenwerking tussen informele zorgnetwerken en reguliere instellingen.

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de bevindingen van het verkennende onderzoek. In hoofdstuk 3 worden op basis van deze bevindingen aanbevelingen gedaan. Daarbij is dankbaar gebruik gemaakt van de suggesties die tijdens het onderzoek zijn verzameld.

1.2. Opdracht “allochtone informele zorgnetwerken”

Dienst Zorg en Samenleving heeft de Protestantse Diaconie verzocht een verkennend onderzoek te doen naar allochtone informele zorgnetwerken. Kort samengevat omvat de opdracht van DZS het volgende:

- verkennend onderzoek onder allochtone zorgnetwerken in vijf stadsdelen;
- inrichten van zogenaamde proeftuinen in het oefenen in afstemming en samenwerking tussen informele zorgnetwerken en reguliere instellingen zorg&welzijn;
- het formuleren van aanbevelingen voor beleid.

Deze opdracht is geformuleerd op basis van de volgende overwegingen:

- voor veel allochtone bewoners die in een kwetsbare positie verkeren, is de toegang tot reguliere zorg en welzijn niet (optimaal) gegarandeerd. Ook de kwaliteit van het geconsumeerde hulpaanbod laat te wensen over. Onder allochtone gebruikers van reguliere zorg&welzijn is het drop-out percentage relatief hoog. Dat geldt eveneens voor het percentage terugval. Dit laatste mede vanwege het ontbreken van nazorg;
- in Amsterdam zijn in nagenoeg alle stadsdelen zogenaamde allochtone informele zorgnetwerken gevestigd. In deze netwerken zijn vrijwilligers (intermediairs, vertrouwenspersonen) actief die (vertrouwens)relaties hebben met groepen bewoners die voor reguliere instellingen moeilijk te bereiken en te begrijpen.

Het Amsterdams college heeft Dienst Zorg en Samenleving opdracht gegeven na te gaan welke rol allochtone informele zorgnetwerken spelen en kunnen spelen in:

- het toegankelijk maken van reguliere zorg&welzijn voor moeilijk bereikbare groepen (allochtone) bewoners;

- het matchen van het hulpaanbod aan de hulpbehoeften en hulpvragen van moeilijk bereikbare allochtone groepen bewoners.

1.3. Uitwerking

In vijf stadsdelen, te weten Amsterdam Zuidoost, Amsterdam Noord, Geuzenveld-Slotermeer, Slotervaart en Osdorp, zijn gesprekken gevoerd met vrijwilligers (en een enkele professional) actief in de informele zorgnetwerken. In totaal zijn 57 informele zorgnetwerken betrokken bij het verkennende onderzoek.

Het onderzoek is verkennend.

Er is niet gestreefd naar volledigheid. In de vijf stadsdelen zijn niet alle informele zorgnetwerken getraceerd maar slechts een selectief aantal. Ook zijn de prestaties van de informele zorgnetwerken en de daarin actieve intermediairs niet gemeten en onderzocht. De uitkomst van het verkennende onderzoek is gebaseerd op de gegevens die de respondenten hebben aangereikt.

In de rondgang in de vijf stadsdelen langs de informele zorgnetwerken is een nadruk gelegd op:

- wat constateren de intermediairs aan hulpbehoeften onder de achterban en doelgroep?
- hoe signaleren intermediairs problemen en hulpvragen en wat doen zij met die signalen?
- hoe is de afstemming en samenwerking met reguliere instellingen zorg&welzijn?
- wat hebben informele zorgnetwerken (de daarin actieve en dragende organisaties en individuele intermediairs) nodig om beter te functioneren (vroegsignalering, toeleiding, preventie drop-out en preventie terugval, versterken zelfredzaamheid van individu en gemeenschap)?
- wat hebben reguliere instellingen en informele zorgnetwerken nodig om beter af te stemmen en samen te werken met als doel vroegsignalering, snelle toeleiding, matchend hulpaanbod, nazorg?
- wat heeft de lokale overheid aan beleid nodig om de afstemming en samenwerking tussen informele zorgnetwerken en reguliere instellingen te verbeteren?

In twee stadsdelen, te weten Geuzenveld-Slotermeer en Amsterdam Zuidoost, is geoefend in het afstemmen en samenwerken tussen informele zorgnetwerken en reguliere instellingen. In deze stadsdelen zijn zogenaamde proeftuinen ingericht. In Geuzenveld-Slotermeer is dit met volwaardige instemming en inzet van het stadsdeel geschiedt in de periode mei-november 2009. Voor deze proeftuin is als “profijtgroep” gekozen: huishoudens met inkomensproblemen en of schulden. In Amsterdam Zuidoost is de proeftuin met instemming van het stadsdeel ingericht maar anders dan in Geuzenveld-Slotermeer heeft het stadsdeel niet actief deelgenomen. Voor Zuidoost is gekozen voor jongeren-in-de-knel als profijtgroep.

In Zuidoost en in Geuzenveld-Slotermeer is gekozen voor eenzelfde soort aanpak. Deze gefaseerde aanpak kunnen we als volgt typeren:

Fase 1. Inventarisatie:

- inventarisatie a. welke knelpunten constateren vertegenwoordigers van informele zorgnetwerken ten aanzien van vroegsignalering, toeleiding, kwaliteit hulpaanbod en nazorg?

- inventarisatie b. welke knelpunten constateren professionals werkzaam in reguliere instellingen?
- Fase 2. Naar een overeenstemming:
- consensusvorming tussen intermediairs en professionals wat betreft de analyse waarom moeilijk bereikbare allochtone groepen bewoners pas in crisissituaties om hulp vragen, waarom zij de toegang tot reguliere zorg&welzijn niet gegarandeerd hebben, waarom er sprake is van drop out onder hen en waarom terugval relatief vaak voorkomt.
- Fase 3. Een agenda:
- gezamenlijke agenda opstellen, een plan van aanpak gedurende de proeftuin.
- Fase 4. Actie:
- proeftuin inrichten als oefenplek;
 - permanente monitoring (middels een coördinatiegroep) en terugkoppeling van de tussentijdse bevindingen aan alle stakeholders van de proeftuin;
 - afsluitende bijeenkomst met als inzet: aanbevelingen formuleren als (mogelijk) vervolg op de proeftuin.

Hoofdstuk 2

Bevindingen

2.1. Inleiding

Hieronder worden in samenvattende vorm de bevindingen opgesomd. Allereerst geven we nadere definiëring van wat intermediairs zijn, wat informele zorg is en wat informele zorgnetwerken zijn.

Op basis van de 57 onderzochte informele zorgnetwerken hebben we onderscheid gemaakt tussen verschillende types netwerken. Er zijn er vijf.

In paragraaf 2.4. geven we een opsomming van wat informele zorgnetwerken en hun intermediairs presteren. Kortom: wat de meerwaarde is van informele zorgnetwerken.

In de daarop volgende paragrafen worden andere bevindingen opgesomd. De gebrekkige, ad hoc samenwerking tussen reguliere instellingen en informele zorgnetwerken of soms, domweg, het ontbreken van iedere vorm van afstemming en samenwerking. Ook het ontbreken van regie (afstemming en naar synergie strevend beleid) wordt als een belangrijke bevinding geformuleerd. Veel wordt niet goed gecommuniceerd (onder beleidsambtenaren onderling niet, onder professionals onderling niet, tussen intermediairs actief in verschillende informele zorgnetwerken niet) en dus niet afgestemd. Men werkt langs elkaar heen. Vaak wordt het wiel opnieuw uitgevonden en worden tijd, deskundigheid, financiën en voorzieningen niet optimaal ingezet. De aansturing waar het gaat om de integratie van informele zorgnetwerken in de reguliere zorg&welzijnsketens is niet optimaal.

Tenslotte, informele zorgnetwerken en hun vrijwillige intermediairs en vertrouwenspersonen versterken de zelfredzaamheid van de kwetsbare bewoner en mobiliseren de 'eigen kracht' in de "local community". Mensen worden gestimuleerd in zelfredzaamheid en worden daarmee minder zorgafhankelijk. Met een succesvolle samenwerking tussen informele zorgnetwerken en reguliere instellingen zorg&welzijn is niet alleen de toegang tot en de kwaliteit van het hulpaanbod te verbeteren, maar kan ook de zorgconsumptie door het versterken van eigen kracht en zelfredzaamheid sterk terug gebracht worden.

2.2. Naar een nadere definiëring: Intermediairs, informele zorg en informele zorgnetwerken

Hieronder definiëren we op basis van het verkennende onderzoek enkele begrippen; intermediairs, informele zorg en informele zorgnetwerken.

Intermediairs (ook wel vertrouwenspersonen, bruggenbouwers, schakelaars, toeliders, ambassadeurs en interculturele makelaars genoemd) zijn vrijwilligers actief in informele zorgnetwerken (organisaties) die schakelen tussen de leefwereld (informatie, advies en hulpbehoeften/vragen) en de systeemwereld (regulier aanbod zorg&welzijn).

Intermediairs zijn actief als:

- aanbieders van informatie;
- vertrouwenspersonen: zij helpen anderen het levensverhaal en/of een hulpvraag te formuleren;
- (vroeg)signaleerders: zij traceren (voor crisissituaties en escalaties van) problemen, hulpbehoeften en hulpvragen;
- ondersteuners bij het vergroten van zelfstandigheid en zelfredzaamheid van anderen;
- adviseurs over en toeliders naar vrijetijdsactiviteiten en informele vormen van ondersteuning; zelfhulp;
- adviseurs over, toeliders/begeleiders naar vormen van professionele hulpverlening;
- bemiddelaars van de context waarin de belasting, de klacht, het probleem, de aandoening van de klant en/of cliënt zich heeft ontwikkeld; gaan het drop-out percentage tegen, helpen bij versterken van therapie-trouw en informeren de professional om aanbod beter te matchen;
- begeleiders tijdens het hulpverleningstraject: zowel van klant en/of cliënt als voor professional;
- verzorgers van vormen van nazorg;
- ondersteuners en initiators van vormen van zelfhelp- en lotgenotencontactgroepen.

Nota Bene:

Niet alle vrijwilligers actief in informele zorgnetwerken voeren bovenstaande alle activiteiten even consequent uit. Er zijn verschillen. Sommige vrijwilligers fungeren meer als vertrouwenspersoon. Zij bieden tijd, aandacht en een luisterend oor en helpen een (levens)verhaal te formuleren. Andere vrijwilligers fungeren meer als intermediair door te bemiddelen tussen hulpvraag en hulpaanbod. In bijlage 3 is een profiel van een vertrouwenspersoon/intermediair opgenomen. Dit profiel ("Wat is, wat kan en wat doet een vertrouwenspersoon?") is ontwikkeld in Amsterdam Nieuw West door het daar functionerend Netwerk Vertrouwenspersonen.

Informele zorg is zorg die door een vrijwilliger (al dan niet met een professionele achtergrond) wordt aangeboden aan individuele en groepen bewoners in een kwetsbare positie. De zorg die deze vrijwilligers bieden kan het best getypeerd worden als "omzien naar de ander". Omzien naar de ander kan betekenen informatie geven, een luisterend oor bieden, helpen bij het onder woorden brengen van het levensverhaal, aandacht geven, adviseren, vertrouwen schenken, inzicht geven in het professionele aanbod, sociale netwerken openstellen, het onbespreekbare bespreekbaar maken, de hulpvraag op tafel krijgen, toeliden naar professionele zorg&welzijn, ondersteuning tijdens intake en hulptraject en beschikbaar zijn na het traject.

Informele zorg wordt gevraagd en gegeven in een relatie waarin vertrouwen wederkerig is.

Informele zorg doet een beroep op de eigen kracht van het individu en op de kracht van het sociale netwerk waar het individu deel van uitmaakt of waar zij/hij zich mee verbonden voelt.

Informele zorg combineert individuele en maatschappelijke zelfredzaamheid.

Informele zorg is geen professionele zorg. De vertrouwenspersoon die een vorm van

informele zorg biedt, is geen professional. Informele zorg en professionele zorg zijn complementair aan elkaar.

Allochtone informele netwerken zijn netwerken die door een enkel persoon, door vrijwilligersorganisaties en/of instellingen worden ingericht, onderhouden en aange-stuurd. Er zijn vijf types van informele zorgnetwerken. Allochtone informele zorg-netwerken zijn veelal exclusief ingericht en zijn in eerste instantie toegankelijk voor leden van een specifieke groep van bewoners.

Allochtone informele zorgnetwerken:

- bevorderen de zelfredzaamheid en zelfstandigheid van individuele leden van de achterban/doelgroep;
- dragen bij aan een vermindering van de zorgconsumptie en zorgafhankelijkheid;
- mobiliseren en motiveren vrijwilligers voor mensen in een precaire positie;
- bevorderen het zelfcorrigerende vermogen van de gemeenschap waarvan het netwerk deel uit maakt (onder andere door taboeonderwerpen in de gemeenschap bespreekbaar te maken);
- zetten vormen van zelfhulp en lotgenotencontact op, onder andere als vorm van nazorg;
- mobiliseert de eigenkracht in de gemeenschap;
- maken voor de achterban en de doelgroep informatie beschikbaar over zorg en welzijnsvoorzieningen;
- organiseren preventie- en voorlichtingsactiviteiten die aansluiten bij de hulp- en informatiebehoeften van de achterban en doelgroep;
- richten voorzieningen in ten behoeve van toeleiding naar professionele vormen van zorg en welzijn;
- stellen de kennis, inzicht en expertise ter beschikking aan professionals om het hulpaanbod beter te matchen.

Nota Bene:

Het behoeft geen betoog dat de hierboven opgesomde activiteiten van de allochtone informele zorgnetwerken niet door ieder type netwerk even consequent worden uitgevoerd. Er zijn grote verschillen. Hieronder brengen we een onderscheid aan tussen de verschillende types informele zorgnetwerken.

2.3. Onderscheid

Vijf types in informele zorgnetwerken

Op basis van de 57 onderzochte informele zorgnetwerken maken we een onderscheid tussen vijf types netwerken. Hieronder volgt de opsomming en een korte beschrijving. Bij ieder type worden ook enkele voorbeelden genoemd. Het onderscheid is gebaseerd op de relatie die de dragende organisaties van de informele zorgnetwerken onderhouden met de (leef)gemeenschap waar ze uit voortkomen dan wel dienen.

Type 1 **Netwerken rond een sleutelpersoon**

Dit type informele zorgnetwerk wordt gedragen door individuele sleutelpersonen die vanwege hun vrijwilligerswerk, status, aanzien en kennis in de (leef-/geloofs)-gemeenschap en/of de wijk/buurt waar ze deel van uitmaken als intermediairs en/of vertrouwenspersoon worden gezien en aangesproken. Het gaat veelal om sleu-

telpersonen die nauwe contacten hebben met verschillende groepen bewoners. Zij vervullen een brugfunctie tussen de leef- en belevingswereld van bewoners en de systeemwereld van professionals en ambtenaren. Niet zelden worden deze sleutelpersonen door professioneel aangestuurde instellingen betrokken. Dit gebeurt veelal op parttime basis ten behoeve van kortlopende projecten om moeilijk bereikbare groepen bewoners te bereiken.

De positie en de functie van deze sleutelpersonen vallen nagenoeg samen. Deze actieve bewoners zijn de vertrouwenspersonen bij uitstek. Hun positie in de gemeenschap, wijk en of buurt is gebaseerd op het vertrouwen dat zij bieden, de beschikbaarheid die zij betrachten en de daadwerkelijke steun die ze bieden. Als een sleutelpersoon wegvalt of (tijdelijk) niet meer beschikbaar is, dan is er veelal geen vervanger.

Voorbeelden van deze sleutelpersonen zijn:

Fatima Taimounti is vrijwilligster bij de basisschool Al Amien als oudercontactpersoon;

Hassana Bousakhna in de Staalmanbuurt van Slotervaart die als “buurvrouw” en “zuster” voor sociaal geïsoleerde vrouwen en jonge meiden vormen van informele zorg biedt.

Fatimazohra Hadjar van Stg. KAP, Kinderen in Achterstand Positie.

Youssef Yaghdi is een voorbeeld van een sleutelpersoon uit het stadsdeel Osdorp die mede op basis van zijn (vertrouwens)netwerken en sleutelrol in het stadsdeel als medewerker van welzijnsinstelling Impuls in dienst is genomen. Impuls heeft daarmee haar toegang tot en het vertrouwen van moeilijk bereikbare allochtone bewoners verbeterd.

Type 2 Door vrijwilligers opgerichte en aangestuurde netwerken

Deze netwerken zijn veelal opgericht door sleutelpersonen, mensen van aanzien en met status in de gemeenschap waar ze deel van uitmaken. Deze netwerken komen als het ware voort uit (leef- en geloofs-)gemeenschappen. “Ze zijn geworteld”, zoals een van de respondenten in het verkennende onderzoek aangaf.

De dragende organisaties van dit type netwerken worden veelal gedragen door een of meerdere sleutelpersonen met een team van vrijwilligers. De oprichter is veelal de drijvende kracht en biedt de continuïteit. De activiteiten (waaronder vormen van informele zorg) worden opgezet, gecoördineerd en uitgevoerd door vrijwilligers. Kenmerk van dit type netwerken is dat ze relatief zwak georganiseerd zijn. Bovendien staan de dragers van deze netwerken in een spagaat. Aan de ene kant hebben de vrijwilligers te maken met de hoge nood van de achterban. Aan de andere kant hebben ze slechts schaarse middelen ter beschikking om te proberen deze nood te lenigen. Dat werkt niet zelden frustrerend en is veelal de oorzaak van de hoge belasting die de vrijwilligers ervaren. Overbelasting ligt eigenlijk permanent op de loer. De organisaties van deze netwerken hebben geen vrijwilligersbeleid, moeten financieel overleven en voeren geen beleid ter toerusting van de vrijwilligers die vormen van informele zorg bieden.

De organisaties in dit type netwerken zijn veelal belangenbehartigers en proberen de groep bewoners waar ze zich op richten, een stem te geven. De activiteiten zijn veelal ad hoc en kortdurend. Lange termijn planning is niet aan de orde. Dit omdat veel dragende organisaties een overlevingsstrijd voeren.

De oprichters en of vrijwilligers worden door de achterban aangesproken op hun intermediaire rol en als vertrouwenspersoon. De informele zorg die geboden wordt is ad hoc, niet gepland en niet georganiseerd. Beleid ten aanzien van informele zorg ontbreekt. Dit type netwerkorganisaties heeft wel een vertrouwensrelatie met de achterban en fungeert niet zelden als “vindplaatsen” voor moeilijk bereikbare groepen bewoners. Bijvoorbeeld waar het gaat om voorlichting en preventieactiviteiten.

Voor de achterban fungeert dit type netwerk als sociaal netwerk, met al haar geborgenheid en vertrouwdheid en vrijetijdsactiviteiten.

Voorbeelden van dit type netwerken:

Stg. Al Mawadda, in de tweede helft van de jaren negentig opgericht als bijdrage om overlast en kleine criminaliteit veroorzaakt door Marokkaans-Nederlandse jongeren in Overtoomse Veld te helpen tackelen. Ooit opgezet door een smaakmaker in de Marokkaans-Nederlandse gemeenschap, dhr Farjani, nu aangestuurd door dhr Mohamed ben Fadill.

Stg. Kirzilimak, Turkse zelforganisatie in Geuzenveld-Slotermeer die een inloopvoorziening annex theehuis runt. Ook dit netwerk valt en staat met een persoon, dhr Mese; een eerste generatie arbeidsmigrant.

Andere voorbeelden zijn Stg. Cleopatra, Vrouwenbazaar, beiden in Amsterdam Noord.

In Zuidoost is Stg. Pillar zo'n voorbeeld. Dit is een door vrijwilligers ingerichte jongerenorganisatie die voort is gekomen uit een kerkgemeenschap in het stadsdeel. Stg. Pillar geeft veel voorlichting en voert recreatieve en sportactiviteiten uit.

Type 3 Semiprofessionele informele netwerken

De dragende organisaties van dit type informele netwerken maken de slag naar professionalisering of hebben dat gedaan. Zij hebben één of meerdere professionals in dienst, maar hebben het bijzondere karakter van een vrijwilligersorganisatie (met haar vertrouwensnetwerken met de doelgroepen en achterbannen) behouden. Ook kan het zijn dat fulltime en dragende vrijwilligers van deze organisaties een professionele achtergrond hebben.

Deze types netwerken worden semiprofessioneel tot professioneel aangestuurd. Zij kennen veelal een jaarplanning en een schema van activiteiten. Beleid ten aanzien van werving en toerusting van vrijwilligers wordt ontwikkeld of bestaat al. In dit type netwerken bestaat een taakverdeling; er is een bestuur, een persoon die zich bezig houdt met acquisitie en ook de verantwoordelijkheden voor pr/communicatie, ontwikkelen van projecten en uitvoering van projecten worden over verschillende betrokkenen verdeeld.

De langlopende activiteiten worden veelal afgewisseld met kortstondige projecten, veelal aangeleverd door externen. De langlopende activiteiten zijn structureel. De medewerkers en de vrijwilligers van de dragende organisaties komen uit de eigen doelgroep en achterban, hebben sterke vertrouwensbanden en zijn “geworteld”. Er wordt veel aan voorlichting gedaan en “het onbespreekbare wordt bespreekbaar gemaakt” (taboes doorbreken). Vaak zijn deze netwerken zo ingericht dat ze laagdrempelige voorzieningen aanbieden als formulieren invullen, een inloopvoorziening, administratieve ondersteuning en advisering op het gebied van gezondheid, onderwijs, opvoeding en arbeidsmarkt. De medewerkers en vrijwilligers worden door

deelnemers aan de activiteiten aangesproken als vertrouwenspersoon, voorlichter, toeleider en/of organisator van “eigen kracht netwerken”

Hoewel er veel informele zorg wordt geboden, ontberen veel semiprofessionele organisaties nog een beleid ter toerusting, ondersteuning en intervisie van intermediairs. Op enkele uitzonderingen krijgen de vrijwilligers die vormen van informele zorg bieden en feitelijk als vertrouwenspersoon en intermediair fungeren voor de achterban en doelgroep, geen ondersteuning.

Voorbeelden van dit type netwerken:

De netwerken rondom bijvoorbeeld het multiculturele vrouwen centrum “De Hippe Heks”

Stichting Nisa 4 Nisa is ook zo’n voorbeeld. Anders dan veel andere semiprofessionele organisaties voert stichting Nisa 4 Nisa wel een beleid ter ondersteuning van die vrijwilligers die informele zorg bieden. Dat gebeurt ook door het Amsterdam Buurvrouwen Contact, het ABC.

Stichting Sikaman heeft (vooralsnog) geen aparte ondersteunende trainingen en intervisie voor de vrijwilligers die als intermediair en/of vertrouwenspersoon fungeren.

Stg. Jehu uit Amsterdam Zuidoost is een andere voorbeeld van een semiprofessioneel aangestuurd informeel netwerk. Ooit is Stg. Jehu begonnen als actie van een sleutelpersoon in Zuidoost die thuis- en dakloze jongeren in eigen huis opving. In de loop van de jaren is dit initiatief uitgegroeid tot een semiprofessionele organisatie met bijbehorend informeel netwerk.

Een ander voorbeeld van dit type netwerk is “Er is hoop voor morgen” in Zuidoost. Net als Stg. Jehu gestart als initiatief van een sleutelpersoon.

Type 4 Professioneel aangestuurde informele netwerken

Professionele instellingen in zorg en welzijn initiëren (veelal kortstondige) projecten waarbij vrijwilligers vormen van informele zorg bieden. Welzijnsinstellingen als SEZO en Impuls bieden zogenaamde “tussenloket en voordeurprojecten. Het gaat hierbij om netwerken die door instellingen zijn ingericht op basis van succesvolle acquisitie op wat door professionals wel eens “een vechtmarkt” wordt genoemd.

Een voorbeeld is het project “Goud-bezoekvrouwen” van Impuls.

Vrijwilligers uit verschillende sociale, culturele en geloofsgemeenschappen worden door Impuls getraind en begeleid. De bezoekvrouwen bieden informele zorg aan vrouwen die in een kwetsbare positie verkeren. Ooit is de werkwijze van Bezoekvrouwen in Zwolle met steun van het Oranjefonds ontwikkeld en recentelijk is het project Bezoekvrouwen voor een periode van drie jaar in Amsterdam Nieuw West ingericht.

SEZO kent naast de reguliere voorziening van “Vrouw en Vaart” waar ook informele zorg door vrijwilligsters wordt geboden, kortdurende projecten met vrijwilligers/sters. Een voorbeeld is het “deur-aan-deur”project.

Ook instellingen in de zorg initiëren projecten en/of programma’s met vrijwilligers. Zo kent Arkin (Mentrum-Jellinek) het “intercultureel makelaarschap”

In Amsterdam Noord heeft deze GGZ-instelling zes sleutelpersonen getraind op het gebied van verslaving. In Amsterdam Nieuw West hebben enkele organisaties hun intermediairs – dertien - ook op dit onderwerp – met steun van Mentrum-Jellinek

– getraind. Zorginstellingen zoals Cordaan en ook instellingen op het gebied van maatschappelijk werk kennen programma’s met vrijwilligers. Vrijwilligers die huisbezoek doen bij ouderen in sociaal isolement.

In de structurele programma’s en kortdurende projecten van reguliere instellingen van zorg&welzijn krijgen de vrijwilligers vormen van ondersteuning geboden in de vorm van cursussen, trainingen en intervisie. Veelal is dit ad hoc en niet structureel. Alleen Impuls maakt gebruik van een regulier cursus- en trainingsprogramma’en wel van het Netwerk vertrouwenspersonen Nieuw West. Dit programma voorziet in wekelijkse bijeenkomsten voor intermediairs voor aanleren van basisvaardigheden, voor deskundigheidsbevordering en intervisie.

In het Leefkringhuis Amsterdam Noord wordt een combinatie gerealiseerd van de vertrouwensnetwerken van vrijwilligers en een professioneel aanbod. Ooit is het Leefkringhuis gestart als vrijwilligers-/ bewonersinitiatief in Amsterdam Noord. In de loop van de tijd is dit vrijwilligersinitiatief uitgegroeid tot een professionele organisatie die professionaliteit kan combineren met “het verbonden met” en “geworteld zijn in” de “local communities”. Dit is op basis van een werkwijze dat zich kenmerkt door: een loket, geen wachttijden, u wordt altijd geholpen, u kunt ons altijd bereiken – zeven dagen in de week, 24 uur per dag. Het handelsmerk van het Leefkringhuis is: vertrouwen.

Type 5 Aan kerk en moskee verbonden informele zorgnetwerken

In alle vijf stadsdelen zijn aan godshuizen gelieerde informele zorgnetwerken ingericht. Dit zijn netwerken die verbonden zijn aan kerk en/of moskee.

In de kerken fungeren diaconieën en of kerk- en buurtwerkprogramma’s: bij katholieke kerken caritaswerkgroepen (PCI’s) en in moskeeën fungeren veelal sociaal-culturele stichtingen die de kwetsbare leden van de geloofsgemeenschap bedienen. Sommige aan godshuizen gelieerde informele netwerken kennen structurele programma’s. Bijvoorbeeld de Turkse moskeeën in Amsterdam Noord. Andere netwerken zoals die verbonden aan de in Zuidoost gevestigde kerkgemeenschappen kennen minder structurele activiteiten. De activiteiten waar het veelal om gaat zijn: huiswerkbegeleiding, opvoedingsondersteuning, inloopspreekuur, formulieren invullen en voorlichting.

De activiteiten die worden uitgevoerd in de informele zorgnetwerken die aan godshuizen zijn verbonden, zijn overwegend op de eigen leden en doelgroep gericht. Ze zijn als exclusief te typeren. Desondanks staan alle netwerken open voor ook niet-leden en mensen buiten de doelgroep. Een enkel informeel netwerk verbonden aan kerk, moskee of mandir is relatief ver in een inclusief beleid. Dat geldt bijvoorbeeld voor de diaconale initiatieven van kerkgemeenschappen zoals in het geval bij Hart van Osdorp en Hoop voor Noord.

Andere voorbeelden uit de lijst van 57 informele zorgnetwerken die betrokken zijn bij het verkennende onderzoek zijn: Stg. Welzijn voor Moslims in Amsterdam Zuidoost, Stg. Sican, Stg. Stisccan en de Arrayan Moskee in Amsterdam Noord. In Zuidoost: Eben Ezer Ministries.

2.4. De meerwaarde van informele zorgnetwerken, een samenvatting

Alvorens nader in te gaan op wat informele zorgnetwerken nu aan meerwaarde leveren, is het goed nog even stil te staan bij het feit dat verschillen tussen verschillende informele zorgnetwerken ook langs stadsdeelgrenzen lopen. Zo is in het stadsdeel Osdorp vooral type 1 (netwerken rond sleutelpersonen) en type 4 (netwerken ingericht en aangestuurd door reguliere instellingen) aanwezig. In Amsterdam Noord kom je alle type netwerken tegen, terwijl in Amsterdam Zuidoost vooral de aan godshuizen verbonden netwerken in het oog springen. In Geuzenveld-Slotermeer tref je weer vooral type 2 (door vrijwilligers aangestuurde netwerken) aan. De verschillen hebben uiteraard te maken met de eigenheid van het stadsdeel – samenstelling van de bevolking – maar ook met het lokale overheidsbeleid. Zo worden initiatieven voor het inrichten van migranten-zelforganisaties niet gehonoreerd terwijl dat wel in Amsterdam Noord gebeurt.

I. Intermediairs

In alle types informele zorgnetwerken zijn een of meerdere vrijwilligers actief die op basis van hun vertrouwensrelatie de rol van vertrouwenspersoon en intermediair vervullen.

In de 57 bij het verkennende onderzoek betrokken netwerken zijn honderden vrijwilligers actief die de rol van vertrouwenspersoon en intermediair vervullen. Ter illustratie, de acht betrokken informele zorgnetwerken in Amsterdam Noord hebben tussen de 120 en 130 actieve intermediairs en vertrouwenspersonen.

De mate waarin deze vrijwilligers ondersteund, gecoached, toegerust en intervisie aangereikt krijgen, verschilt per type informeel netwerk.

De netwerken die semiprofessioneel en professioneel worden ingericht en aangestuurd, hebben relatief vaak specifieke voorzieningen voor training, begeleiding en intervisie ingericht. Voor de aan kerken gelieerde netwerken geldt dat zij vaker dan aan moskee gelieerde netwerken vormen van ondersteunend en toerustend beleid hebben.

Alle respondenten in het verkennend onderzoek geven overigens aan vormen van op maat geleverde toerusting en intervisie nodig te vinden. Of alle types netwerken ook in staat zijn deze toerusting en intervisie te faciliteren, is een andere vraag.

II. Vertrouwensnetwerken

De informele zorgnetwerken van het verkennende onderzoek hebben allemaal hun eigen, specifieke doelgroep en achterban.

De relatie met de achterban is er een die gekenmerkt wordt door vertrouwen. Dit vertrouwen is gebaseerd op beschikbaarheid, kennis van de sociale, culturele en religieuze achtergronden en bewezen diensten. Maar ook en in sommige gevallen bijna uitsluitend op het aanbieden van voorzieningen die gericht zijn op het bevorderen van deelname aan de samenleving en opwaartse sociale mobiliteit. De organisaties van de informele zorgnetwerken voeren activiteiten uit die dienend zijn aan de achterban en doelgroep. Deze activiteiten dragen bij aan het “ontlasten” (informele zorg bieden, solidair vangnet, herkenning, erkenning, waardering, identiteit versterkend, toegang tot reguliere zorg), empoweren (activiteiten bedoeld voor opwaartse sociale mobiliteit, voorlichting, huiswerkbegeleiding, opvoedingsondersteuning) en activeren (waaronder vrijetijdsactiviteiten).

Op basis van de vertrouwensrelaties die de vrijwilligers van informele zorgnetwerken onderhouden met de achterban en de doelgroep: zijn zij een toegang tot moeilijk bereikbare groepen bewoners, waaronder de kwetsbare bewoners die wel hulpbehoevend maar niet hulpvragend zijn en de zogenaamde zorgmijders.

III. Traceren van verborgen hulpbehoeften- en vragen

Intermediairs actief in informele zorgnetwerken komen tal van hulpbehoeften en hulpvragen tegen. De top vijf van getraceerde hulpvragen (hulpbehoeften) bestaat uit:

1. inkomensproblemen, schulden en armoede;
2. opvoedingsproblemen, jongeren in de knel (waaronder psychosociaal belaste jongeren die geen “problemen geven” en geen hulpvragen hebben);
3. huiselijk en andere vormen van geweld;
4. sociaal isolement, ontbreken van sociaal netwerk/vangnet;
5. slechte fysieke en geestelijke gezondheid (waaronder verslaving).

Deze hulpbehoeften en hulpvragen zijn vaak structureel. Niet zelden worden de problemen, klachten en aandoeningen van de ene op de andere generatie overgedragen. De slechte fysieke, geestelijke gezondheid en de geringe (of zelfs ontbrekende) sociale, mentale en economische weerbaarheid heeft alles te maken met de relatief grote sociaal-economische achterstand en met de geringe mate waarin leden van de achterbanen (kunnen) deelnemen aan de samenleving. De afstand tot de samenleving wordt onder andere door een gebrekkige toegang tot reguliere zorg en welzijn geïllustreerd en bevestigd.

Het behoeft geen betoog dat de vrijwillige intermediairs vaak te maken hebben met multicausale en complexe problematieken. Oftewel gestapelde problemen.

Intermediairs actief in informele zorgnetwerken maken de hulpbehoeften en hulpvragen zichtbaar en bemiddelen tussen de leef- en belevingswereld van groepen kwetsbare bewoners en de systeemwereld van professionals in zorg&welzijn.

IV. Voorlichting en preventie

Alle types van informele zorgnetwerken bieden voorlichtings- & preventieactiviteiten. Soms is dat structureel, zoals bij enkele semiprofessionele en professioneel aangestuurde netwerken, maar veelal ad hoc. De V&P activiteiten worden vaak in samenwerking met persoonlijke contacten onder professionals in zorg&welzijn georganiseerd. Vaak op verzoek van het informeel netwerk maar soms ook op verzoek van reguliere instellingen.

Een enkel informeel netwerk biedt een structurele vorm van voorlichting; zoals stichting Nisa for Nisa. In het verkennende onderzoek zijn twee projecten betrokken van reguliere instellingen die de intermediairs ook een voorlichtende functie geven. Het betreft de bezoekvrouwen van Goud (Impuls) en de “interculturele makelaars” getraind door de Jellinek (Mentrum-Arkin).

V. Vroegsignalering en toeleiding

Die intermediairs die getraind (toegerust) worden en vormen van intervisie krijgen, zijn het meest succesvol in het vroegtijdig traceren van hulpbehoeften. Op basis van hun vertrouwensrelatie kunnen deze getrainde intermediairs hulpvragen te helpen formuleren om vervolgens, relatief succesvol, toe te leiden naar reguliere vormen van zorg&welzijn.

In een enkel informeel netwerk is dit structureel. Het gaat hierbij vooral om de semiprofessionele, de professionele en de aan godshuizen gelieerde netwerken. Een enkele organisatie zoals het Leefkringhuis Amsterdam Noord combineert de vertrouwensnetwerken van vrijwilligers met professionele hulpverlening. Ook enkele enkel informeel netwerken door instellingen geïnitieerd, zoals Goud-Bezoekvrouwen van welzijnsinstelling Impuls in Amsterdam Nieuw West, is gericht op deze combinatie. Signaleren, helpen hulpvragen formuleren om vervolgens intern, met korte lijnen, toe te leiden naar een professionele collega.

In veel informele netwerken worden wel hulpbehoeften getraceerd maar daar zijn intermediairs vaak niet vaardig genoeg om hulpvragen te helpen formuleren en toe te leiden naar reguliere instellingen. De intermediairs hebben veelal geen zicht op het hulpaanbod en ontberen de korte lijnen met professionals. Dit geldt vooral voor de informele zorgnetwerken die door vrijwilligers worden aangestuurd.

Respondenten van alle type informele zorgnetwerken noemen een veel voorkomend probleem, namelijk: schaamte in combinatie met het bijzondere hulpzoekgedrag onder veel allochtone bewoners. Veel (over)belaste bewoners roepen pas hulp in als het probleem en of de klacht vergaand is geëscaleerd of als er sprake is van een crisissituatie. Vaak worden problemen, klachten en of aandoeningen uit angst voor verlies van status, roddel en achterklap genegeerd en ontkend. Pas als de overbelasting ondragelijk wordt, wordt in eerste instantie in eigen beperkte gezin- en of familiekring naar hulp en ondersteuning gezocht. Als de ondersteuning uit eigen kring geen zoden aan de dijk zet, wordt in het sociale netwerk gezocht naar aansluitende ondersteuning. Dat is veelal bij sleutelpersonen in de gemeenschap waartoe men zich rekent: de intermediairs actief in de organisaties die de informele zorgnetwerken hebben ingericht.

De vrijwillige intermediairs in de netwerken die deel uitmaken van “de local communities” zijn de “oren en ogen” in de gemeenschap. Maar zij zijn ook de taboe-doorbrekers en kunnen op basis van hun inzicht in het hulpzoekgedrag en de wijze waarop klachten, problemen en aandoeningen worden beleefd, helpen hulpbehoeften te vertalen in hulpvragen om vervolgens de hulpvragers toe te leiden naar reguliere instellingen.

VI. Helpen drop-out te voorkomen.

Veel intermediairs actief in informele zorgnetwerken constateren dat veel hulpvragers weinig therapietrouw zijn. Het drop-out percentage onder allochtone bewoners in zorg&welzijn is relatief hoog. Het aandeel van draaideurcliënten eveneens. Volgens de intermediairs heeft dit te maken met een combinatie van factoren.

Op de eerste plaats hebben hulpvragers vaak geen goed beeld en inzicht in het hoe, het waarom en de duur van het aangeboden hulpaanbod. Daarnaast constateren zij dat het hulpaanbod niet aansluit bij de wijze waarop het probleem, klacht en of aandoening wordt ervaren en de achter de hulpvraag liggende hulpbehoefte. Het versnipperde en over verschillende loketten uitgesmeerde hulpaanbod versterkt dit nog eens een keer. Het probleem waar intermediairs op wijzen is dat professionals weinig tot geen inzicht hebben in de context van de problemen, klachten en aandoeningen.

Intermediairs met inzicht in het hulpaanbod, de verschillende loketten, de protocollen en met kennis over de context waarin hulpbehoeften en hulpvragen zich

hebben ontwikkeld, kunnen ondersteunend zijn aan professionals. Veel respondenten geven dit ook met zoveel woorden aan. Om de effectiviteit van het hulpaanbod te vergroten, stellen zij hun vertrouwensband met de hulpvrager beschikbaar maar ook hun kennis en inzicht in de bijzondere context waarin de hulpvraag begrepen moet worden. De intermediair als “maatje van de professional”

VII. Helpen terugval te voorkomen.

Zeker waar het gaat om schulden en of inkomensproblemen wil het nogal eens voorkomen dat mensen na een afgerond hulpverleningstraject terugvallen. Ook op het gebied van psychosociale belasting, psychische en fysieke gezondheidsproblemen blijkt terugval veelvuldig voor te komen. Effectieve vormen van nazorg ontberen. Informele zorgnetwerken hebben veelal een informeel vangnet waarbij de eigen kracht in de “local community” wordt gemobiliseerd, zeker ook waar het gaat om nazorg. Intermediairs actief in informele zorgnetwerken mobiliseren niet alleen de eigen kracht van de individuele hulpvrager maar ook die in de gemeenschap waarvan de hulpvrager deel uitmaakt.

2.5. Behoeftte aan samenwerking met reguliere instellingen

“We worden gebruikt en misbruikt” is een quote die tijdens het verkennende onderzoek onder allochtone informele zorgnetwerken vaak is opgetekend. Er is iets mis in de relatie tussen met name de eerste drie type informele netwerken (de door sleutelpersonen gedragen netwerken, de netwerken van vrijwilligersorganisaties en de semiprofessioneel aangestuurde netwerken) en reguliere instellingen in zorg&welzijn. Men mist de erkenning maar ook de waardering. Afstemming en samenwerking worden desondanks meer dan nodig geacht, maar dan op basis van “partnerschap”.

Ook de informele netwerken die professioneel worden aangestuurd benadrukken het partnerschap. Alle respondenten in het verkennend onderzoek menen dat de vrijwillig actieve intermediairs en professionals complementair zijn. Dat betekent overigens niet dat er bij sommige informele netwerken niet een tendens aanwijsbaar is om een alternatief te bieden voor het professionele hulpaanbod. Deze tendens is aanwezig. Dit op basis van geconstateerd of vermeend falen en/of tekortschieten van reguliere instellingen.

Hoe dan ook, de wens tot meer afstemming en samenwerking op basis van complementariteit en partnerschap wordt door de meeste informele zorgnetwerken uitgesproken. Men is ook zoekende daarin. Wat opvalt is dat informele zorgnetwerken geen structureel beleid hebben ten aanzien van het opbouwen van samenwerkingsverbanden met reguliere instellingen in zorg&welzijn. Opvallend is ook dat er in geen van de vijf stadsdelen een geen sociale kaart of een sterk verouderde versie bestaat. De contacten die er zijn, zijn ad hoc, willekeurig, toevallig en op basis van persoonlijke contacten.

Slechts een enkel informeel netwerk kent beleid. Het betreft het Leefkringhuis Amsterdam Noord, Goud-bezoekvrouwen (Impuls) en stichting Nisa for Nisa.

Informele zorgnetwerken hebben veelal geen beleid met betrekking tot afstemming en samenwerking met reguliere instellingen. Omgekeerd geldt dat ook. Instellingen hebben evenmin beleid hoe afstemming en samenwerking met allochtone informele zorgnetwerken te realiseren. Een enkele instelling is bezig een begin

te maken met beleidsontwikkeling op dit vlak, zoals Impuls en Arkin (Mentrum-Jellinek).

Respondenten van de informele zorgnetwerken wensen een betere afstemming en samenwerking met reguliere instellingen. Daarbij worden de volgende overwegingen gemaakt:

- veel leden van de achterban/doelgroep ervaren een hoge drempel bij reguliere instellingen vanwege taal, protocollen, verschillende loketten etc.;
- de klachten over niet aansluitend hulpaanbod (een belangrijke oorzaak van drop-out) zijn structureel. Hulpvragers voelen zich niet begrepen, niet verstaan en niet serieus genomen. Inzicht in de context van problemen, klachten en aandoeeningen is bij professionals niet altijd toereikend;
- een niet als toegankelijk ervaren hulpaanbod dat bovendien niet aansluit met de aard van de hulpvraag en de wijze waarop de hulpvrager zijn klacht en/of probleem ervaart, leidt tot overbelasting van vrijwillige intermediairs maar ook tot het risico dat vrijwilligers op de stoel van de hulpverlener gaat zitten;
- nogal wat mensen (zeker met inkomensproblemen en GGZ-problemen) vallen na beëindiging van het hulptraject weer terug omdat nazorg ontbreekt of onvoldoende is;
- hulpvragers die naar instellingen worden toegeleid, maar na het eerste (intake)gesprek weken of maanden moeten wachten, haken af en komen verhaal houden bij de toeleidende intermediairs;
- structurele vormen van voorlichting en preventie zijn meer dan nodig om bij te dragen aan het corrigeren van het hulpzoekgedrag (hulp pas inschakelen na escalatie en of in crisissituatie) en het bespreekbaar maken van onbespreekbare onderwerpen (eegerelateerd, huiselijk, seksueel geweld, armoede, verslaving en andere GGZ-problemen, ongewenste zwangerschappen, weglloopproblematiek etc);
- helpen hulpbehoeften in hulpvragen te vertalen gaat eenvoudiger met meer kennis over en inzicht in het functioneren van reguliere instellingen zorg&welzijn;
- toerusten van intermediairs met specifieke kennis om beter te signaleren en hulpvragen boven tafel te krijgen (en dus toe te leiden);
- afstemming tussen verschillende reguliere instellingen onderling die een beroep doen op allochtone informele zorgnetwerken – voorkomen dat instellingen gaan shoppen.

2.6. Visie en regie ontbreken.

De potentie van allochtone informele zorgnetwerken (grotere zelfredzaamheid, vermindering van zorgafhankelijkheid en terugdringen van zorgconsumptie) wordt niet ten volle benut. Wat bij zorg&welzijnsinstellingen en lokale overheden ontbreekt, is een visie op en een daarop gebaseerde regie ter bevordering van de afstemming en samenwerking tussen allochtone informele zorgnetwerken en reguliere instellingen in zorg & welzijn.

De instellingen in zorg&welzijn en ook lokale overheden (in kader van WMO onder andere) hebben weliswaar de allochtone informele netwerken ontdekt, maar ontberen vooralsnog een consistent beleid om de “nul-de-lijn” structureel te integreren in de reguliere keten van zorg&welzijn.

Reguliere instellingen proberen informele zorgnetwerken veelal ad hoc en projectmatig in te zetten of vragen ze voor kortlopende en eenmalige activiteiten. Bewaking van de kwaliteit van deze ad hoc projecten ontbreekt veelal. De continuïteit is niet gegarandeerd. Dat terwijl de informele zorgnetwerken structureel met de “local communities” verbonden zijn (“ze zijn geworteld”) en belang hebben bij een structurele inzet en samenwerking. Bij instellingen wordt een visie op de complementariteit met allochtone informele zorgnetwerken gemist: dus ook de erkenning en waardering (ondersteuning) van intermediairs, hun organisaties en hun netwerken en een praktisch en op de langere termijn gericht beleid om informele zorgnetwerken in de reguliere ketenzorg te integreren.

Ook de overheid ontbeert een visie op het integreren van allochtone informele zorgnetwerken in reguliere ketens van zorg&welzijn. Er wordt door de lokale overheid, zowel op niveau van de centrale stad als op stadsdeelniveau, een beroep gedaan op de sleutelpersonen en hun vertrouwensnetwerken maar dat beroep is weinig structureel. De initiatieven van de overheid zijn vaak eenmalig, kortstondig en projectmatig en niet zelden ad hoc. Bovendien zijn de initiatieven van de lokale overheid richting allochtone informele zorgnetwerken sterk gefragmentariseerd. In communicatie lopen deze initiatieven langs elkaar heen. Afstemming tussen beleidsmedewerkers op stadsdeelniveau op het hoe, wanneer en waarom beroep doen op informele zorgnetwerken, ontbreekt.

2.7. Conclusie: grotere zelfredzaamheid en minder zorgconsumptie.

In de 57 bij het verkennende onderzoek betrokken netwerken is een leger van (potentiële) intermediairs actief. Op enkele uitzonderingen na ontvangen deze intermediairs geen specifieke ondersteuning en training. Ook ontbreekt beleid, zowel bij de reguliere instellingen als bij de dragende organisaties van de informele netwerken, om de potentie van intermediairs te verzilveren. Desondanks valt uit het verkennende onderzoek op te maken dat informele zorgnetwerken een grote meerwaarde hebben en dat deze niet optimaal wordt benut.

Informele zorgnetwerken en hun vertrouwenspersonen en intermediairs versterken de zelfredzaamheid van kwetsbare burgers (en van de gemeenschap waar ze onderdeel van uitmaken) en dragen zo bij aan minder zorgafhankelijkheid en verminderen de zorgconsumptie.

De vrijwillige intermediairs leveren de volgende prestaties:

- bieden voorlichting over welzijn, fysieke en geestelijke gezondheid;
- maken het onbespreekbare bespreekbaar in “local communities”(versterken daarmee collectief vermogen tot correctie, doorbreken van taboes);
- versterken gemeenschaps- en buurtgebonden netwerken van informele zorg;
- vroegsignalering (signaleren problemen nog voor escalatie en crisis);
- leiden toe naar reguliere zorg&welzijn: zorgen voor verbeterde toegang;
- presenteren expertise en kennis over de context van hulpvragen: zorgen voor een verhoogde kwaliteit (en daarmee effectiviteit) van het reguliere aanbod;
- versterken de therapietrouw van de hulpvragers (begeleiding tijdens traject): zorgen voor minder drop-out.
- bieden vormen van nazorg: zorgen voor minder terugval na afronden van hulpverleningstraject.

Hoofdstuk 3

Aanbevelingen

3.1. Inleiding

Hieronder worden vijf aanbevelingen geformuleerd.

Het zijn aanbevelingen die gericht zijn op het benutten van de potentie die in allochtone informele zorgnetwerken aanwezig is tot vroegsignalering, verbeteren van de toegang tot reguliere zorg&welzijn, tegengaan van drop-out en terugval na afsluiting van het hulptraject en ter bevordering van de individuele zelfredzaamheid van klant en/of cliënt en het versterken van de collectieve zelfredzaamheid (de eigen-krachtnetwerken in de leef- en geloofsgemeenschappen). Kortom: erken, waardeer en werk samen met informele zorgnetwerken als partners om de individuele en collectieve zelfredzaamheid te versterken waardoor de zorgafhankelijkheid van kwetsbare (allochtone) bewoners vermindert.

3.2. Vijf aanbevelingen

Op basis van het verkennende onderzoek onder 57 allochtone informele zorgnetwerken in vijf stadsdelen kunnen we vijf aanbevelingen formuleren. De aanbevelingen zijn uitgesplitst. Wat kunnen lokale overheden, instellingen en informele zorgnetwerken doen om bij te dragen aan een succesvolle integratie van informele zorgnetwerken in de reguliere zorgketens. Dit uiteraard met als doel de toegang tot en de kwaliteit van het hulpaanbod te vergroten, de zelfredzaamheid te versterken en de behoefte aan zorg te verminderen.

Algemeen

I. Erken, waardeer en rust de intermediairs toe.

Van de kant van de overheid, instellingen en zelfs van dragende organisaties van informele zorgnetwerken is een erkenning en waardering van de inzet en expertise van intermediairs nodig. Erken en waardeer de meerwaarde van vrijwillige intermediairs met betrekking tot het verbeteren van de toegang tot het reguliere aanbod zorg&welzijn, de verhoging van de kwaliteit van het hulpaanbod (door bemiddeling van de contextuele expertise) en de verbetering van de zelfredzaamheid van kwetsbare bewoners.

De erkenning en waardering komen andere tot uiting in beleid.

- door de overheid (programmatisch regievoering en facilitering);
- door instellingen (inrichten van voorzieningen waarin de samenwerking gerealiseerd kan worden) en;
- door de dragende organisaties (maak beleid: erken dat vrijwilligers vaak een dubbele taak hebben door ook als intermediair en vertrouwenspersoon te fungeren, ontlast deze vrijwilliger, rust ze toe, coach hen en biedt intervisie).

Onderdeel van een beleid waarin de meerwaarde van informele zorgnetwerken en hun intermediairs wordt erkend en gewaardeerd, is onder andere:

- een op maat geboden ondersteuning aan de organisaties die de informele

netwerken hebben ingericht. Netwerken die door een enkele sleutelpersoon in een lokale gemeenschap zijn ingericht en gedragen, vergen een andere ondersteuning dan een semiprofessioneel aangestuurd informeel netwerk;

- betrek sleutelpersonen bij collectieve programma's van toerusting en schakelen met bestaande informele zorgnetwerken;
- investeer in informele zorgnetwerken die uitsluitend door vrijwilligers worden gerund; vooral met betrekking op continuïteit en kwaliteit (verbetering van management; vrijwilligersbeleid (werving), financiën, administratie, projectontwikkeling). Geen ad hoc, projectmatige en tijdelijke investeringen maar langdurig en structureel;
- ondersteun de semiprofessioneel aangestuurde netwerken in verdere professionalisering;
- stel instellingen die informele zorgnetwerken inrichten voor de opdracht projecten te bestendigen en te investeren in duurzaamheid;
- betrek de aan kerken en moskeeën gelieerde informele zorgnetwerken bij de voorzieningen (trainingsprogramma's, netwerkbijeenkomsten, helpdesk etc.).

Het integreren van informele zorgnetwerken in reguliere zorg&welzijnketens past een integrale en programmatische aanpak.

- een enkel kortstondig en ad hoc project geïnitieerd door een stadsdeel en/of instelling volstaat niet. Een thema en/of doelgroepproject of programma, bijvoorbeeld huiselijk geweld en/of vrouwenorganisaties, volstaat evenmin;
- het toerusten van intermediairs dient structureel en permanent te zijn. Daartoe kunnen stadsdelen de inrichting van Netwerken Vertrouwenspersonen op stadsdeelniveau faciliteren. Dit in navolging van het al bestaande Netwerk vertrouwenspersonen Nieuw West. Dit bestaande Netwerk krijgt navolging in het stadsdeel Noord en stadsdeel Zuidoost. In het Netwerk Vertrouwenspersonen bieden professionals, werkzaam bij lokale instellingen, structureel en op programmatisch wijze deskundigheidsbevorderende trainingen en intervisie. Als spin-off van het programma geldt dat tussen intermediairs en professionals korte (toeleidings)lijnen ontstaan en over en weer meer inzicht komt in de setting waarin gewerkt wordt. Professionals leren over de leef- en belevingswereld van klanten en cliënten, intermediairs leren over de ins and outs van de systeemwereld van waaruit het reguliere aanbod wordt gepresenteerd.

Overheid

II. Regiefunctie bij de lokale overheid, integrale en programmatische aansturing

Een duidelijke regie en een integrale en programmatische aansturing met als doel de potentie van informele zorgnetwerken en hun intermediairs optimaal te benutten in het versterken van de zelfredzaamheid van kwetsbare, hulpbehoevende en zorgmijdende, bewoners en het verminderen van de zorgafhankelijkheid, impliceert onder andere:

- a. naar afstemming en synergie strevend met betrekking tot (a) beleidsprogramma's van de overheid betreffende huiselijk geweld, participatie(centrum), inburgering, jongerenloket, loket Zorg en Samenleving, armoedepreventie etc. (b) outreachende hulpaanbod-programma's, voorlichting& preventieactiviteiten van zorg&welzijnsinstellingen. Voorkom dat er een wildgroep aan projecten voor dezelfde doelgroepen ontstaat (Centrale stad en op stadsdeelniveau);
- b. faciliteer zogenaamde netwerkbijeenkomsten die multidisciplinair zijn en waarbij

- professionals van verschillende zorg- en welzijnsinstellingen, beleids- en uitvoerende ambtenaren en intermediairs betrokken zijn;
- c. inrichten van een helpdesk op stadsdeelniveau voor signalerende en toeleidende intermediairs met een consultfunctie;
- d. faciliteren van Netwerk Vertrouwenspersonen op stadsdeelniveau (zie hierboven);
- e. opstellen en bijhouden van een sociale kaart;
- f. initiëren en faciliteren van wetenschappelijk onderzoek naar “good practices” (Leefkringhuis Amsterdam Noord, Stg. Nisa for Nisa, Goud-bezoekvrouwen en Steunpunt Steunvrouwen) en functioneren (prestaties, kwaliteit en continuïteit) van intermediairs actief in allochtone informele zorgnetwerken (Centrale stad).

Instellingen zorg&welzijn

III. Instellingen zorg&welzijn ontwikkelen beleid met betrekking tot samenwerking met informele zorgnetwerken.

Onderdelen van het beleid waarmee op basis van “partnerschap” gestreefd wordt naar integratie van informele zorgnetwerken in reguliere zorgketens, zijn onder andere:

- a. het aanstellen van een contactpersoon voor intermediairs actief in de informele zorgnetwerken en deel uitmakend van “local communities”. Een dergelijk contactpersoon is aanspreekpunt voor intermediairs, monitort het proces na de intake en garandeert een warme en effectieve doorverwijzing tussen de collega-professionals (bij meervoudige problematiek) en de terugkoppeling tussen de professional en de intermediair;
- b. zorgen dat na de intake van een door een intermediair toegeleide hulpvrager de hulpverlening direct op gang komt (geen wachttijden);
- c. het waarderen van intermediairs. Intermediairs leiden klanten en cliënten toe. Instellingen ontvangen vergoedingen voor de geleverde zorg en hulpverlening. Hoe kunnen intermediairs gehonoreerd worden voor hun geleverde prestaties?
- d. Outreachend werken door in samenspraak met organisaties die informele zorgnetwerken inrichten en aansturen na te gaan op welke wijze structurele vormen van voorlichting, preventie en (inloop)sprekuren gerealiseerd kunnen worden;
- e. deskundigheid structureel ter beschikking te stellen aan intermediairs, toerusten van intermediairs.

IV. Professionals toerusten

- a. om het hulpaanbod aan te sluiten bij de hulpbehoefte, hulpvraag, hulpzoekgedrag en de wijze waarop de klacht, probleem en/of aandoening door de hulpvrager wordt beleefd;
- b. om te leren contextueel te werken en leren de eigen kracht (van de individuele hulpvrager en die in de “local community”) te mobiliseren.

Informele zorgnetwerken

V. Ontwikkel beleid ter ondersteuning van vrijwillige intermediairs.

Onderdeel van een te ontwikkelen beleid door de organisaties die informele zorgnetwerken inrichten en aansturen is het volgende:

- a. rust de vrijwilligers toe die een intermediaire rol vervullen en als vertrouwenspersoon fungeren voor deelnemers aan activiteiten en leden van de achterban/doelgroep. Coach ze en biedt vormen van intervisie (maak gebruik van het collectieve programma van de stadsdeelnetwerken vertrouwenspersonen (inter-

- mediairs vaardigheden aanraken en ontlasten);
- b. richt een sociale kaart in, onderhoud deze (vooral persoonlijke contacten met professionals naar wie worden toegeleid);
- c. evalueer de toeleidingen en het effect daarvan, koppel de resultaten daarvan terug naar de desbetreffende instellingen zorg&welzijn;
- d. initieer en neem deel aan netwerkbijeenkomsten waar professionals en intermediairs van andere informele zorgnetwerken elkaar treffen, ervaringen en werkwijzen uitwisselen.

Hoofdstuk 4

Samenvatting

Bevindingen

Vijf types allochtone informele zorgnetwerken

Er zijn vijf types allochtone informele zorgnetwerken te onderscheiden:

1. netwerken ingericht en aangestuurd door een sleutelpersoon met haar/zijn vertrouwensnetwerk in een “local community”
2. netwerken die georganiseerd zijn rondom vrijwilligersorganisaties en veelal geworteld zijn in de buurt en “local communities”
3. netwerken die door semiprofessionele organisaties worden ingericht en aangestuurd
4. netwerken die geïnitieerd zijn en aangestuurd worden door professionele reguliere instellingen in zorg&welzijn
5. aan godshuizen gelieerde netwerken

Activiteiten van allochtone informele zorgnetwerken

De activiteiten die allochtone informele zorgnetwerken uitvoeren zijn zeer divers. Toch zijn deze activiteiten op het punt van “informele zorg” samen te vatten. Bij de geleverde informele zorg wordt vooral gebruikt gemaakt van de “vertrouwensnetwerken” die de vrijwilligers in deze netwerken hebben opgebouwd. Zij staan dicht bij voor reguliere instellingen moeilijke bereikbare doelgroepen waaronder de zorgmijders. Deze vrijwilligers fungeren veelal als vertrouwenspersonen en als intermediairs.

Wat betreft informele zorg bieden de informele zorgnetwerken het volgende:

- voorlichting en preventie;
- traceren van verborgen hulpbehoeften en hulpvragen;
- vroegsignalering en toeleiding naar reguliere instellingen;
- helpen bij het voorkomen van drop out (als achterwacht tijdens het ‘traject’ en door expertise over context hulpvraag te bieden);
- helpen bij het voorkomen van terugval na afronding van traject door nazorg te bieden.

Meerwaarde en potentie van allochtone informele zorgnetwerken

De meerwaarde die allochtone informele zorgnetwerken leveren is als volgt te omschrijven:

- verbeterde toegang tot reguliere zorg&welzijn;
- helpen zorgmijders hulpvragen te formuleren en toe te leiden;
- kwaliteit en daarmee effectiviteit van het hulpaanbod te vergroten;
- zelfredzaamheid van de individuele hulpvrager en die van de “local community” waar zij/hij deel van uitmaakt versterken;
- vermindering van zorgafhankelijkheid;
- vermindering van zorgconsumptie;
- versterken van de motivatie en vaardigheid aan te haken bij de samenleving

(onderwijs, arbeidsmarkt, vrije tijdsactiviteiten) door de hobbels voor participatie helpen weg te nemen.

Geen beleid en geen regie

Op een enkele uitzondering na voeren allochtone informele zorgnetwerken geen beleid ter toerusting, ondersteuning en coaching van de actieve vertrouwenspersonen en intermediairs. Ook instellingen in zorg&welzijn hebben, op een uitzondering na, geen beleid bij het integreren van allochtone informele zorgnetwerken (de zogenaamde nul-de-lijn) in reguliere ketens van zorg&welzijn.

De lokale overheid kent geen beleid dat gebaseerd is op synergie (afstemming tussen verschillende beleidsterreinen, projecten en programma’s waarin een beroep wordt gedaan op (allochtone) informele zorgnetwerken).

Er ontbreekt een regisseur in het bevorderen van afstemming en samenwerking tussen informele zorgnetwerken en instellingen; en het benutten van de potentie van informele zorgnetwerken de zelfredzaamheid te bevorderen en de zorgconsumptie te verminderen.

Gebrekkige samenwerking tussen informele zorgnetwerken en reguliere instellingen zorg&welzijn

Op enkele uitzonderingen na is er geen structurele samenwerking tussen informele zorgnetwerken en reguliere instellingen. De relatie wordt gekenmerkt door adhoc-contacten die toevallig tot stand komen en veelal tijdelijk zijn. Zowel instellingen als informele zorgnetwerken zijn niet ingericht om deze samenwerking vlot te trekken. Beleid (en visie) ontbreekt. Ondanks de gebrekkige samenwerking is er consensus over de urgentie van samenwerking en overeenstemming over de complementariteit. Professionals en vrijwillige intermediairs zijn aanvullend aan elkaar om kwetsbare burgers een toegang tot aansluitende zorg&welzijn te garanderen.

De uitdaging: benut de potentie en verminder de zorgconsumptie

Benut de potentie van allochtone informele zorgnetwerken en de daarin actieve vertrouwenspersonen en intermediairs in het versterken van de zelfredzaamheid van kwetsbare burgers, verminderen van de zorgafhankelijkheid en daarmee van de zorgconsumptie.

Aanbevelingen

Algemeen

1. Erken, waardeer en rust intermediairs toe,

- richt op stadsdeelniveau een programma in voor structurele toerusting en intervisie van intermediairs, ala Netwerk Vertrouwenspersonen Nieuw West;
- geef op maat ondersteuning aan allochtone informele zorgnetwerken ter verbetering van kwaliteit en continuïteit inrichting en aansturing van informele zorg;
- streef naar integratie van informele zorgnetwerken in reguliere zorg&welzijnketens;
- erken dat intermediairs en professionals complementair zijn; ga uit van partnerschap.

Overheid

2. Neem de regie in handen en stuur het beleid integraal en programmatisch aan

- stem overheidsprogramma's die een beroep doen op (allochtone) informele zorgnetwerken op elkaar af;
- ga van projectmatig naar programmatische aansturing van de integratie allochtone informele zorgnetwerken in zorg&welzijnketens;
- faciliteer netwerkbijeenkomsten op stadsdeelniveau met ambtenaren, professionals en intermediairs;
- richt een helpdesk in voor intermediairs; m.n. voor consultfunctie voor toeleidende intermediairs;
- faciliteer de productie van een handleiding/protocol signalering en toeleiding ten behoeve van intermediairs;
- start een wetenschappelijk onderzoek naar good practices (werkwijzen) en het functioneren (prestaties – kwalitatief onderzoek) van allochtone informele zorgnetwerken en hun intermediairs.

Instellingen zorg&welzijn

3. Ontwikkel beleid ter bevordering van de samenwerking met informele zorgnetwerken.

- stel een contactpersoon aan voor informele zorgnetwerken en hun toeleidende intermediairs;
- zorg dat na de intake de hulpverlening direct op gang komt, koppel altijd terug naar de toeleidende intermediair;
- stel deskundigheid (signalering en wijze van toeleidingen) permanent beschikbaar;
- richt, in samenspraak, een sociale kaart in op stadsdeelniveau.

4. Rust professionals toe

- in contextuele benadering;
- outreachend werken;
- eigen-kracht van hulpvrager en zijn sociale netwerken leren traceren en inzetten.

Informele zorgnetwerken.

5. Ontwikkel beleid ter ondersteuning van vrijwillige intermediairs en samenwerking met reguliere instellingen.

- rust intermediairs toe, begeleidt ze en geef ze intervisie;
- richt, in samenspraak, een sociale kaart in voor toeleidingen;
- monitor toeleidingen en geef de resultaten terug aan instelling waarna toegeleid wordt.

Bijlage 1

Onderzochte allochtone informele zorgnetwerken

Amsterdam Noord

1. Arrayan Moskee
2. Gere Paulussen Leefkringhuis Noord
3. Hoop voor Noord
4. Sican, stichting islam centrum Amsterdam Noord
5. Stg Salaam
6. Stisccan, stg Turks islamitisch sociaal cultureel centrum
7. VIO, Vrouwen in Ontwikkeling, Foundation for African Women Freedom
8. Netwerk Intercultureel Makelaars, Arkin (Jellinek)/Solid-Buurtvaders

Geinformeerde netwerken Amsterdam Noord

9. Pteam Noord
10. Vrouwenlijn
11. Kerk en Buurtwerk Noord
12. Weggeefwinkel
13. Stg Cleopatra
14. Vrouwenbazaar
15. DOVO

Amsterdam Zuidoost

16. Stg Conquerors Youth Project
17. Eben Ezer Ministeries, kerkgemeenschap
18. Maranatha Community Transformation Center, kerkgemeenschap
19. Sikaman, Ghanese zelforganisatie
20. Stg "Er is hoop voor morgen"
21. Stg Jehu
22. Stg Welzijn voor moslims
23. SBV, Surinaamse Vrouwen Bijlmermeer
24. VAS, Hindoestaanse kerk
25. Vica Versa, Ghanese zelforganisatie.

Amsterdam Nieuw West (Slotervaart-Osdorp)

26. Big Sister, Nisa for Nisa
27. Nisa for Nisa
28. Stg Eigenwijks, buurtopbouw
29. Stg Jij, Jongeren investeren in jongeren
30. Stg KAP, Kinderen in Achterstand Positie
31. Stg Oogappel i.o., Hassana Boussakhane
32. Hart van Osdorp
33. Impuls, Goud-bezoekvrouwen
34. STOC
35. BMO, "taal en ouder betrokkenheid", Ching Men Leung
36. Youssef Yaghdi
37. Milli Gorus, Fatma Batman
38. Miili Gorus Vrouwenfederatie, Seyma Halici

39. Contactouder Al Amien, Fatima Taimounti
40. Maroc.nl
41. Vrouw en Vaart (Sezo)

Geinformeerde netwerken Nieuw West (Geuzenveld-Slotermeer)

42. Stg Kumbet
43. Stg Kader
44. De Hippe Heks
45. Voedselbox
46. Stg Kizilirmak
47. Stg De Brug-Destek
48. Stg Aca
49. ABC, Amsterdam Buurvrouwen Contact
50. AFAK, Marokkaanse zelforganisatie
51. CABO
52. Laat het van twee kanten komen
53. Stimulans, oecumenisch samenwerkingsverband
54. Mescide Aksa Camil moskee
55. Aca Biso na Biso
56. Impuls Goud-bezoekvrouwen
57. stg Buurtbelangen (Stg Dock)

Bijlage 2

Betrokken netwerken en instellingen proeftuin

Amsterdam Zuidoost

1. Stg Jehu
2. Stadsdeel Zuidoost, beleidsmedewerkster 12 plus
3. Young Parents Zuidoost
4. Spirit jeugdzorg
5. Stg Pillar
6. Eben Ezer Ministeries
7. Kansrijk Zuidoost
8. Madi Zuidoost
9. Swazoom
10. Conquerors Youth Project

Amsterdam Geuzenveld-Slotermeer

11. De Brug-Destek
12. ABC Amsterdams Buurvrouwen Contact
13. Impuls, Goud-bezoekvrouwen
14. De Hippe Heks
15. stg Kizilirmak
16. AFAK
17. Mescide Aksa Camli Moskee
18. stg Kumbet
19. Stg Kader
20. stg Aca Biso na Biso
21. Anbo
22. Cabo
23. Voedselbox
24. Stimulans
25. Laat het van twee kanten komen
26. Leger des Heils-De Kandelaar
27. De Bron
28. Het nieuwe Verbond
29. De Ontmoeting
30. Impuls, schuldhulpverlening
31. Impuls, preventie
32. Impuls, alg maatschappelijk werk
33. GGZingeest, zorgconsulenten
34. Unalzorg
35. stg Buurtbelangen-stg Dock
36. DWI
37. GGD Vangnet en Advies
38. Stadsdeel Geuzenveld-Slotermeer
 - schuldenpreventie
 - huiselijk geweld
 - buurtcoördinatoren
 - loket Zorg en Samenleving
 - Participatiecentrum

Bijlage 3

Wat is wat kan en wat doet een vertrouwenspersoon?

Vooraf:

Hieronder is opgenomen een profielschets van een intermediair en vertrouwenspersoon. Deze is ontwikkeld – in de loop van vier jaar – in het Netwerk Vertrouwenspersonen Nieuw West: een samenwerkingsnetwerk van zo'n 45 informele zorgnetwerken en reguliere instellingen zorg&welzijn in Amsterdam Nieuw West. In dit Netwerk wordt gestreefd naar afstemming en samenwerking onder andere door overeenstemming te bereiken in wat de rol, functie en meerwaarde is van intermediairs en door een permanent programma aan te bieden waarin zij worden toegerust en vormen van intervisie ontvangen. De toerusting en de intervisie worden aangeboden door professionals.

Inleiding

Vertrouwenspersonen hebben veel namen. Ze worden bemiddelaars of maatjes genoemd, interculturele makelaars, intermediairs, zusters, broeders, buddy's of sleutelpersonen. Maar wat doet nu een intermediair of een vertrouwenspersoon? Op basis van de omvangrijke en zeer diverse praktijkervaringen van de bij het Netwerk aangesloten organisaties, is een profiel van een vertrouwenspersoon opgesteld. Instellingen en overheden die vormen van samenwerking wensen met informele netwerken hebben hiermee zekerheid over wat een intermediair is, kan en doet.

Vertrouwenspersonen zijn vrijwilligers die iemand in een kwetsbare positie steunen. Vertrouwenspersonen zijn informele zorgverleners - veelal actief als activiteitenbegeleider in zelforganisaties, vrouwen-, jongeren- en migrantenorganisaties - die een vertrouwensband met de ander aangaan. Zij zijn met nadruk geen hulpverleners, bieden dus geen zorg of hulp en verwijzen ook niet door. Vertrouwenspersonen informeren, leiden toe naar professionals en helpen bij het vergroten van de zelfredzaamheid en zelfstandigheid van hulpvragers.

De functies van een vertrouwenspersoon

1. Klankbord

Luisteren naar het (levens)verhaal van de ander.

Het feit dat een bezoeker een luisterend oor heeft waar hij/zij zijn/haar verhaal kwijt kan, kan bevrijdend en helend werken. Een vertrouwenspersoon helpt al door te luisteren. Door te luisteren biedt de vertrouwenspersoon een ander de mogelijkheid zijn/haar hart te luchten, het (levens)verhaal te vertellen en of de hulpbehoefte te vertalen in een hulpvraag.

2. Het verhaal ordenen en de hulpvraag formuleren

De vertrouwenspersoon luistert, maar helpt vooral ook bij het ordenen van het (levens)verhaal. Daarbij worden hulpbehoeften gesignaleerd en ondersteuning gegeven bij het formuleren van een hulpvraag.

3. Advies

De vertrouwenspersoon heeft kennis van de 'sociale kaart' en een netwerk van specifieke hulpverleners, maatschappelijke werkers en coaches. De vertrouwenspersoon adviseert de bezoeker in deze.

4. Vroegsignalering

Vanwege zijn/haar positie in de leefwereld van kwetsbare groepen burgers is een vertrouwenspersoon in staat problemen, klachten en aandoeningen vroegtijdig te signaleren. Vroegtijdige hulp is vaak effectieve hulp.

5. Toeleiden en doorverwijzen

De vertrouwenspersoon verwijst de hulpvrager door naar juiste vormen van zorg en welzijn. Al naar gelang de behoefte van de hulpvrager kan hij/zij dat op actieve wijze doen door hem/haar tijdens de doorverwijzing te begeleiden.

6. Ondersteunen

De vertrouwenspersoon heeft een ondersteunende functie. Hij/zij helpt bij het ordenen van het verhaal, het formuleren van een hulpvraag, verwijst door, ondersteunt de hulpvrager tijdens de doorverwijzing, ondersteunt de hulpvrager tijdens het 'traject' en biedt ondersteuning na het 'traject' (nazorg).

7. Verbinden

De vertrouwenspersoon heeft kennis van de sociale kaart en kennis van de leefwereld van de hulpvrager. De vertrouwenspersoon verbindt de hulpvrager met aansluitende vormen van professionele hulpverlening maar vooral ook met informele netwerken die onderdeel uitmaken van de leefwereld van de hulpvrager.

8. Zelfstandigheid bevorderen

De vertrouwenspersoon bevordert in de eerste plaats de zelfstandigheid van de hulpvrager. Het zelfoplossend vermogen van de hulpvrager kan op veelmanieren gestimuleerd worden. Door samen met de hulpvrager na te gaan wat hij/zij zelf kan ondernemen, maar ook door na te gaan bij welke personen in de leefwereld (gezin, familie, gemeenschap) vormen van steun gevraagd kan worden.

De vertrouwenspersoon kan de hulpvrager ook verbinden met sociale netwerken, lotgenoot contactgroepen, sociale activiteiten variërend van gymnastiek tot Nederlandse les tot onderwijsprogramma's en instellingen.

In eerste instantie inventariseert de vertrouwenspersoon op welke steunmannen en steunvrouwen de hulpvrager een beroep kan doen. Na instemming van de hulpvrager mobiliseert de vertrouwenspersoon het steunnetwerk van de hulpvrager.

Positie van de vertrouwenspersoon

1. Erkenning in eigen netwerk en organisatie

Vertrouwenspersonen worden in de eigen organisatie erkend. Hij/zij wordt in staat gesteld deze functie naar behoren uit te voeren. In de organisatie is de functie van vertrouwenspersoon in het reguliere (activiteiten)programma geïntegreerd. Er is tevens beleid ter ondersteuning in de vorm van begeleiding, scholing en intervisie.

2. Onderdeel van regulier aanbod

Vertrouwenspersonen zijn een regulier onderdeel van het aanbod van programma's en activiteiten in informele organisaties. Vertrouwenspersonen worden in de organisatie begeleid, geschoold en krijgen intervisie aangeboden.

3. Erkenning door professionele instellingen van zorg en welzijn

Vertrouwenspersonen worden door professionele zorg/welzijnsinstellingen erkend. Zij zijn actief in informele organisaties en verrichten op aanvraag van reguliere

instellingen in de zorg en welzijn werkzaamheden ten behoeve van mannen en vrouwen met hulpvragen of ten behoeve van groepen kwetsbare bewoners.

Er wordt een beroep gedaan op vertrouwenspersonen op het gebied van voorlichting en preventie, in het bereiken van moeilijk bereikbare doelgroepen, op het gebied van matchen van aanbod met hulpvragen, tijdens het hulpverleningstraject en in de nazorg.

Reguliere zorg/welzijnsinstellingen erkennen de functie van vertrouwenspersonen actief in informele organisaties.

Reguliere instellingen maken beleid op de samenwerking waar het gaat om:

- a. voorlichting/preventie
- b. bereiken en informeren van moeilijk bereikbare doelgroepen
- c. toeleiden van individuele hulpvragers
- d. begeleiding bij toeleiding
- e. afstemming tijdens het hulpverleningstraject, en voorkomen drop-out
- f. aangaande nazorg, en voorkomen terugval
- g. matchen van hulpaanbod met hulpbehoefte en hulpvraag
- h. ontwikkelen van zelfhulpmethoden voor kwetsbare groepen

Reguliere instellingen en informele organisaties sluiten ten behoeve van een optimale intergratie van informele vormen van ondersteuning en regulier zorg/welzijn in de zorg/welzijnketen convenanten over vormen van samenwerking.

4. Onpartijdig

De vertrouwenspersoon functioneert zelfstandig in de organisatie waar hij/zij actief is. Hij/zij is onpartijdig en deskundig. De regie blijft bij de hulpvrager.

5. Ondersteunend

De vertrouwenspersoon ondersteunt de hulpvrager en wel zo dat de regie in handen blijft van de hulpvrager. De hulpvrager bepaalt of hij/zij de vertrouwenspersoon in vertrouwen neemt en behoudt de regie over afspraken en de uitvoering daarvan. Het initiatief blijft bij de hulpvrager. De vertrouwenspersoon onderneemt actie alleen met nadrukkelijk in- en toestemming van de hulpvrager.

6. Complementair

De vertrouwenspersoon is geen hulpverlener. Hij luistert, helpt een hulpvraag formuleren, verwijst door, begeleidt tijdens de doorverwijzing - en in overleg met de professional tijdens het hulpverleningstraject - en is beschikbaar voor nazorg. Bovendien helpt de vertrouwenspersoon bij het geven voor voorlichting en is betrokken bij preventieactiviteiten. Het beschikbaar stellen van sociale netwerken - als vangnet voor de hulpvrager - is een andere ondersteunende functie van de vertrouwenspersoon.

Deze ondersteunende functie(s) zijn complementair aan de professionele zorg/welzijn. De vertrouwenspersoon voegt iets toe en is een welkome aanvulling.

7. Context deskundige

Fysieke en geestelijke gezondheidsklachten, sociale en andere problemen worden ingekleurd door sociale, culturele (religieuze) en maatschappelijke factoren. Maar ook door gender en migratie-gerelateerde factoren. Vertrouwenspersonen hebben inzicht en deskundigheid met betrekking tot de context waarin klachten, problemen en aandoeningen opspelen. Bovendien wordt het hulpzoekgedrag mede door bovengenoemde factoren bepaald. Professionals kunnen daarom optimaal gebruik maken van de contextexpertise van vertrouwenspersonen. Dit om het aanbod nog beter te matchen met de hulpbehoefte en hulpvraag.

8. Vertrouwing in de leefwereld

Vertrouwenspersonen zijn verbinders tussen de leefwereld van groepen burgers en de systeemwereld van professionals in zorg en welzijn. Zij vertalen over en weer. Dit kunnen zij doen omdat zij in de leefwereld als vertrouwing worden erkend en omdat zij bekend zijn met de systeemwereld.

Omdat zij vertrouwing zijn in de leefwereld zijn vertrouwenspersonen bij uitstek geschikt om ter ondersteuning van een hulpvrager sociale zorgnetwerken op te zetten. Als vorm van nazorg om terugval te voorkomen of om verder herstel en autonomie te bevorderen. Maar ook als vorm van extra ondersteuning ter voorkoming van drop-out tijdens het zorg en hulpverleningstraject.

Vaardigheid en deskundigheid

Intermediairs en vertrouwenspersonen worden in en buiten de eigen organisaties geschoold. Deskundigheidsbevordering heeft als doel:

- bewaking van kwaliteit van de inzet
- garantie van de continuïteit
- voorkomen van overbelasting.

Beginnende intermediairs en vertrouwenspersonen volgen een basistraining waarin het aan-leren van basisvaardigheden en werkwijzen centraal staan. Deze hebben betrekking op:

- gesprekstechnieken
- privacy en geheimhouding
- de kunst van het luisteren
- herkennen van signalen GGZ-problematiek
- sociale kaart
- rol en functie van de vertrouwenspersoon in de “zorgketen”
- rol van vertrouwenspersonen bij toeleiden naar instellingen van professionele zorg/welzijn
- rol van vertrouwenspersonen in het mobiliseren van steunsysteem ten behoeve van hulpvrager.

Intermediairs en vertrouwenspersonen, die de basistraining hebben gevolgd en een half jaar praktijkervaring hebben, volgen een aanvullend programma deskundigheidsbevordering. Van de 5 modules volgen de vertrouwenspersonen er minimaal 3. Doel van deze training/scholing voor gevorderden:

- scholen in het (vroegtijdig) signaleren en toeleiden naar professionele vormen van zorg en welzijn
- aanbieden van vormen van intervisie
- bijdragen aan kwaliteit en continuïteit aanbod informele ondersteuning
- kennisoverdracht ten aanzien van specifieke onderwerpen, zoals seksueel geweld, suïcidaliteit, armoede en verarming etc.

De 5 modules hebben betrekking op:

- sociaal-economische problemen en klachten
- de aard, beleving en de context van problemen en klachten
- vormen van geweld
- vormen van psychosociale en psychische belasting bij adolescenten
- psychische en psychiatrische aandoeningen