

Samen zorgen in de wijk

Author(s)

Hogenstijn, Maarten; Meulemans, Wander

Publication date

2020

Document Version

Final published version

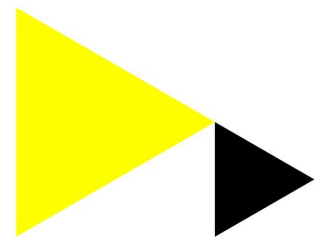
License

CC BY

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Hogenstijn, M., & Meulemans, W. (2020). *Samen zorgen in de wijk*.

**General rights**

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 than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please contact the library: <https://www.amsterdamuas.com/library/contact>, or send a letter to: University Library (Library of the University of Amsterdam and Amsterdam University of Applied Sciences), Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

Samen zorgen in de wijk

HOUSE
OF
SKILLS

Colofon

© 2020 Hogeschool van Amsterdam

Deze publicatie is een uitgave van The Work Lab van de Hogeschool van Amsterdam.

www.hva.nl/theworklab

Auteurs:

Maarten Hogenstijn en Wander Meulemans

Deze publicatie is mede mogelijk gemaakt door het Centre for Economic Transformation (CET) in oprichting en het Centre of Expertise Urban Governance and Social Innovation (CoE UGSI)

Vormgeving:

Creja ontwerpen

Beeld:

HvA beeldbank, Shutterstock, thispersondoesnotexist.com

Deze publicatie is tot stand gekomen vanuit het project House of Skills
www.houseofskillsregioamsterdam.nl

House of Skills is mede mogelijk gemaakt door financiële bijdragen van de Europese Unie (EFRO en ESF)

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door printouts, kopieën, of op welke manier dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Hogeschool van Amsterdam.



Europese Unie
Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling
Europees Sociaal Fonds



**Hogeschool
van Amsterdam**

HOUSE
OF
SKILLS



Inhoud

Samenvatting	5
1. Inleiding	8
2. Achtergrond	11
2.1 Arbeid en participatie in de wijk	11
2.2 Samen organiseren van zorg in de wijk	12
3. Werkwijze	15
3.1 Fase 1. Verkenning op drie niveaus (2017-2018)	16
3.2 Fase 2. Verdieping en case studies (2018-2019)	17
3.3 Fase 3. Vaststellen conclusies en afronding (2019-2020)	18
4. Resultaten	20
4.1 Het heden: voor elkaar zorgen in de wijk	20
4.1.1 Hulp nodig	20
4.1.2 Hulp geven	21
4.1.3 Het verbinden van de zorg in de wijk	22
4.2 Het heden: leren van de wijk	23
4.2.1 Mensen in de wijk (zorgvragers / zorgverleners)	24
4.2.2 Organisaties in de wijk	26
4.2.3 Samenwerking in de wijk en de stad	28
4.3 De toekomst: ideeën uit de wijk	29
4.3.1 Terug naar Samira	30
4.3.2 Van informeel zorgen naar betaald werk	31
5. ‘Samen zorgen in de wijk’ in beeld	37
5.1 De complexiteit van samenwerken in de zorg	37
5.2 Een nieuwe benadering: samen zorgen in de wijk	38
6. Conclusie en aanbevelingen	41
6.1 Conclusie	41
6.2 Aanbevelingen	42
6.3 Mogelijke bijdrage House of Skills aan het wijknetwerk	42
7. Dankwoord	45
8. Bronnen	46
Bijlagen	48
Bijlage 1. Samen zorgen in de wijk en House of Skills	48
Bijlage 2. Onderzoeksproces	49

Samenvatting

Zorgorganisaties in de regio Amsterdam worstelen met de krappe arbeidsmarktsituatie. Daarbij is vooral veel aandacht voor het tekort aan verpleegkundigen op de niveaus mbo-4 en hbo. Veel oplossingen zijn gericht op het opleiden van nieuwe mensen voor de zorg, binnen de huidige kaders.

In het project ‘Samen zorgen in de wijk’, dat deel uitmaakt van het regionaal samenwerkingsverband House of Skills, is gekozen voor een andere, experimentele manier van kijken naar deze situatie. We zetten de beelden van de mensen die zorg nodig hebben en informeel zorg verlenen voorop en gaan mét deze mensen op zoek naar oplossingen. In de wijk wonen mensen met zorgvragen én mensen die op een waardevolle manier in de samenleving willen participeren. Er vinden allerlei activiteiten plaats die gericht zijn op het helpen van medemensen. De mensen die deze activiteiten uitvoeren hebben in feite al affiniteit met het zorgen voor medemensen in hun wijk. Mogelijk kan een aantal van hen doorgroeien naar een betaalde functie in de zorg.

Hoe ervaren de mensen in de wijk het zorgen voor elkaar? Hoe kijken zij aan tegen een betaalde baan in de zorg? Hoe kan de doorgroei naar betaald werk georganiseerd worden in de wijk? En hoe kunnen de vraag naar zorg in de wijk en de mogelijkheden van mensen beter gematcht worden?

Dat hebben wij onderzocht door in de Amsterdamse stadsdelen Nieuw-West en Zuidoost te beginnen bij de basis: de ervaringen van zorgvragers en zorgverleners in de wijk. Docenten, onderzoekers en acht HvA-afstudeerders van de opleidingen Bedrijfskunde en Ergotherapie zijn in de wijken de diepte ingegaan rond deze vragen. Uiteraard komen de formele organisaties om de zorgvragers en zorgverleners heen ook ter sprake.

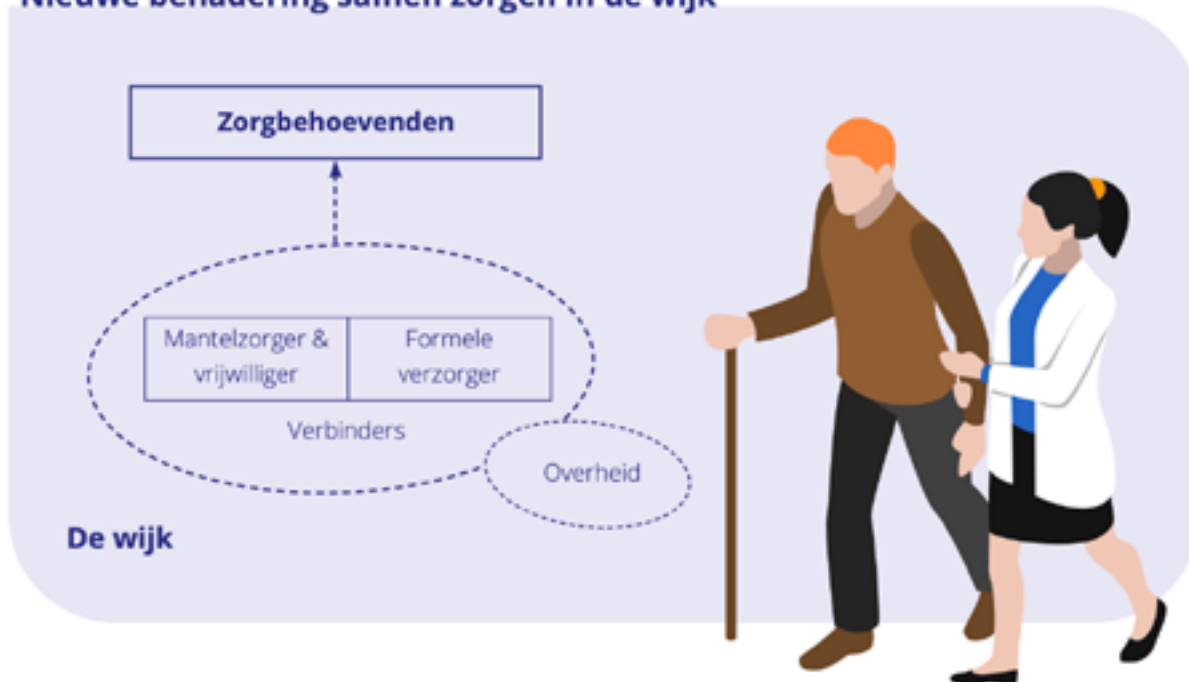
We leerden acht lessen vanuit de wijken. Deze lessen hebben we in samenwerking met

Les	Stap
1. Mensen in de wijk doen zinvolle en zingevende activiteiten op het grensvlak van zorg, welzijn en participatie	1. De zinvolle en zingevende activiteiten kunnen worden benut door te denken vanuit mensen, niet vanuit systemen
2. Informele zorgverleners hebben veel ervaringsdeskundigheid en specifieke kennis	2. Waardeer ervaringsdeskundigheid en specifieke kennis
3. Informele zorgverleners voelen zich onvoldoende gewaardeerd door de systeemwereld van de formele zorg	3. Bied mensen de kans zich te ontwikkelen zonder zorgen over hun bestaanszekerheid
4. Mensen en organisaties die actief zijn rond zorg, welzijn en participatie in de wijk gebruiken andere 'taal' en begrijpen elkaar daardoor vaak niet	4. Bied ontwikkelmogelijkheden op maat. Ontwerp een laagdrempelige manier om verworven 'skills' te erkennen
5. Informele organisaties in de wijk hebben een sleutelrol: zij hebben specifieke kennis die nodig is om maatwerk te leveren	5. Waardeer en faciliteer organisaties die proactief en wijkgericht aan het werk gaan
6. Informele organisaties zijn fragiel. Hun flexibiliteit is tegelijk kracht en zwakte	6. Geef tijd voor afstemming en samenwerking
7. Formele en informele organisaties zien meerwaarde in samenwerken, maar ervaren een gebrek aan tijd en een gevoel van concurrentie	7. Werk vanuit vertrouwen en neem het gevoel van concurrentie weg
8. De samenwerking tussen informele en formele zorg verloopt nauwelijks gestructureerd. 'Verbinders' worden matig gefaciliteerd.	8. Waardeer en faciliteer mensen met een verbindende rol in de wijk

wijkgerichte participatieprofessionals tijdens bijeenkomsten voorgelegd aan betrokkenen. Dat heeft ertoe geleid dat we elke les hebben gekoppeld aan een stap in de richting van een nieuwe benadering waarin ‘samen zorgen in de wijk’ centraal staat.

De nieuwe benadering hebben we uitgewerkt in onderstaande figuur. In deze nieuwe benadering ontstaat vanuit arbeidsmarktperspectief meer ruimte om toe te groeien naar een rol als verzorgende. Uitgangspunt is immers de wijk waarin mensen al wonen, vertrouwd zijn en waardevolle ervaringen hebben. Verbinders zijn dichtbij en samenwerking is een kernpunt. Dat biedt een vriendelijker en laagdrempeliger context om aan de slag te gaan dan de huidige sterk geformaliseerde systeemwereld van de zorg.

Nieuwe benadering samen zorgen in de wijk





1. Inleiding

Op het moment van schrijven (november 2020) staat de cruciale rol van de zorg in de bestrijding van het coronavirus in het middelpunt van de belangstelling. Het aantrekken van meer mensen naar de zorg is misschien wel belangrijker dan ooit en vanwege de pandemie worden hiervoor allerlei geïmproviseerde oplossingen gezocht en gevonden.

Het coronavirus heeft zaken op scherp gezet, maar het tekort aan mensen in bepaalde zorgberoepen is zeker niet nieuw. Drie jaar geleden¹ waren er ook al tekorten aan verpleegkundigen (mensen met opleidingen op niveau mbo- 4 en hoger) die maar niet aangevuld werden, maar stonden tegelijkertijd de banen van helpenden en verzorgenden (niveau mbo-2 en mbo-3) onder druk vanwege kostenoverwegingen.

Tijdens onderzoeken die we tussen 2015 en 2018 in Amsterdamse wijken uitvoerden², zagen wij echter dat er wél volop voor elkaar gezorgd werd. Deze zorg vond plaats op een laagdrempelige manier, waarbij zorgbehoevenden zich over het algemeen goed geholpen voelden, ongeacht of de verzorgende over de juiste diploma's beschikte of niet. Er leek een interne mismatch in de Amsterdamse zorgsector zijn. Hoe kon het anders dat er wél voor elkaar wordt gezorgd in de onderzochte wijken, maar dat er anderzijds nog veel vacatures onvervuld bleven? Hieruit ontstond

het idee om op zoek te gaan naar manieren om ontslagen zorgwerkers op niveau 2 of 3 te behouden voor de arbeidsmarkt in de Metropoolregio Amsterdam én de zorgsector. Zo ontstond het project 'Samen zorgen in de wijk', als onderdeel van het House of Skills (zie bijlage 1). Het startpunt van dit project was (en is) om dit vraagstuk vanuit de wijk te benaderen. In de wijken zijn de problemen rond zorg immers het meest zichtbaar, terwijl oplossingen nog vooral op het niveau van de arbeidsmarkt gezocht moeten worden.³

Het aanpakken van de mismatch tussen zorgvragers en zorgverleners is gezien de huidige situatie ook urgenter dan ooit. De tekorten in de zorg zijn verder toegenomen⁴. Er is nieuwe maatschappelijke waardering ontstaan voor mensen die in de zorg werken, maar er is ook een nieuwe realiteit rond de organisatie van de samenleving. Mensen reizen minder en zijn daardoor sterker aan hun directe omgeving gebonden. Bij het zoeken naar oplossingen voor de zorg van de toekomst is het nodig om buiten de gebaande paden van zorgbeleid te kijken. Nieuwe 'out-of-the-box' oplossingen kunnen mogelijk effectief zijn om de huidige situatie te verbeteren, waarbij er ook gedegen aandacht is voor toeleiding vanuit de informele wijkzorg naar een betaalde baan in de zorg. Het is daarom ook meer dan logisch dat de wijk een minstens zo'n belangrijk startpunt is

1 De uitgangspunten van dit project 'Samen zorgen in de wijk' werden begin 2017 geformuleerd.

2 Ballafkih et al., 2016; Meulemans et al., 2017; Abu Ghazaleh et al., 2017.

3 In het oplossen van acute tekorten bij bestaande zorgorganisaties wordt al veel tijd en denkracht gestoken. Er ontstaan waardevolle nieuwe initiatieven die arbeidsmarktoplossingen kunnen bieden, met name voor hoger opgeleide mensen. Nieuwe opleidingsinitiatieven op dat vlak die in 2019 zijn gestart zijn onder meer:

- de nieuwe opleiding hbo-opleiding wijkverpleegkundige zorg duaal, die de Hogeschool van Amsterdam (HvA) startte, in samenwerking met zes grote zorgaanbieders in de regio.
- de nieuwe deeltijd associate degree opleiding Ervaringsdeskundige Zorg en Welzijn van de HvA

Een recent landelijk overzicht van oplossingsrichtingen vanuit arbeidsmarktperspectief is te vinden in de Factsheet Arbeidsmarkt Zorg van UWV uit maart 2020 (UWV, 2020).

4 zie UWV, 2020

als het formele zorgbeleid.

In ‘Samen zorgen in de wijk’ is de wijk dus ons startpunt: we werken ‘bottom up’.⁵ De vraag is hoe zorg in de wijk zo kan functioneren dat het goed is voor de mensen die zorg nodig hebben én het bijdraagt aan het tegengaan van de tekorten in de zorg. We zijn daarom naast de mensen gaan staan die in de wijk wonen en brengen hun belevingswereld in kaart. Zo geven we aandacht aan het perspectief van de mensen uit de praktijk die vaak niet gehoord worden, om zo de wijk als plaats waar mensen zorg verlenen en krijgen beter te begrijpen.

Dit rapport is in eerste instantie bedoeld om resultaten terug te geven aan mensen in de Amsterdamse wijken waar wij onderzoek hebben gedaan, en aan de betrokkenen in House of Skills. Zij zijn daarom ook onze voornaamste doelgroepen. We denken daarnaast dat de resultaten ook van belang kunnen zijn voor mensen die met zorg bezig zijn

in andere wijken of plaatsen en voor beleidsmakers rond zorg.

De rest van dit rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 schetsen we in het kort de inhoudelijke achtergrond, waarna we in hoofdstuk 3 ingaan op onze werkwijze. Hoofdstuk 4 en 5 vormen samen de kern. Hierin brengen we verslag uit over de resultaten en interpreteren we deze. In hoofdstuk 4 bespreken we eerst de lessen die voortkomen uit de wijken en vervolgens de bijbehorende stappen die gezet zouden kunnen worden op weg naar een benadering waarin ‘samen zorgen in de wijk’ centraal staat. In hoofdstuk 5 brengen we deze nieuwe benadering in beeld. Tot slot volgt in hoofdstuk 6 de conclusie en een serie aanbevelingen, specifiek gericht op het arbeidsmarktperspectief van House of Skills (HoS) en de bijdrage die HoS zou kunnen leveren aan een toekomst van ‘samen zorgen in de wijk’.

5 In het House of Skills (zie bijlage 1) ligt de focus op mensen met een mbo-opleidingsniveau en is er ruimte gemaakt voor experimentele projecten gericht op een betere ‘matching’ op de arbeidsmarkt. Samen zorgen in de wijk is zo’n experimenteel project.



2. Achtergrond

2.1 Arbeid en participatie in de wijk

Voordat we het gaan hebben over zorg in de wijk is het belangrijk om eerst de begrippen arbeid en participatie kort te bespreken. Beide begrippen zijn namelijk zeer nauw verbonden met het leveren van zorg, oftewel zorgen voor elkaar. Bij arbeid gaat het erom dat mensen alleen of samen werken om een bepaalde waarde te creëren. Bij waarde denk je al snel aan iets wat in geld is uit te drukken, maar ook het leveren van een dienst en het daarvoor ontvangen van een wederdienst is een vorm van waardecreatie waarbij arbeid wordt verricht. Arbeid wordt daarom vaak ook in een adem genoemd met een ander begrip: participatie oftewel ‘meedoen’ in de samenleving.⁶

Onze stelling is dat arbeid en participatie het meest tastbaar zijn in de wijk. Hier wonen en werken mensen en daarom krijgen beide begrippen hier ook echt invulling. Arbeidssocioloog Albert Mok maakte een ordening van verschillende

vormen van arbeid (zie figuur 1). Arbeid kan betaald of onbetaald zijn; en formeel of informeel. Zo is er natuurlijk (betaalde) formele arbeid die je daadwerkelijk om je heen ziet: van de caissière in de supermarkt tot de leraar in de klas of de bouwvakker op straat. Daarnaast zijn er nog andere, vaak minder zichtbare vormen van arbeid nodig om de samenleving in stand te kunnen houden.⁷ Huishoudelijk werk en vrijwilligerswerk (waar ook onbetaalde zorgarbeid onder valt), zijn vormen van arbeid die nodig zijn voor de samenleving. Ze leveren niet altijd geld op, maar er wordt wel waarde mee gecreëerd.

Door de ordening van Mok denkbeeldig op een wijk te leggen kunnen we de verschillende vormen van arbeid ook beter onderscheiden. In de praktijk overlappen formele en informele, betaalde en onbetaalde activiteiten elkaar en komen ze ook in combinatie voor. In dit onderzoek hebben we ervoor gekozen om zorgarbeid vanuit de wijk te bekijken en om te starten vanuit de informele onbetaalde kant (rechtsonder

Figuur 1: Schematisch overzicht van een arbeidsmarkt⁸



⁶ Ballafkih et al., 2016; Meulemans et al., 2017; Abu Ghazaleh et al., 2017

⁷ Mok, 2011

figuur 1) naar de betaalde formele kant (linksboven figuur 1) waarbij mensen uiteindelijk een perspectief hebben op een formele betaalde baan in de zorg. Bij onbetaald werk in de zorg wordt er vaak al snel aan mantelzorg gedacht (de informele kant), maar het kan ook gaan om vrijwilligerswerk (de formele kant).

Bij mantelzorg gaat het om het geven van hulp aan iemand met gezondheidsproblemen door iemand uit de directe omgeving van de hulpbehoevende. Dit kan bijvoorbeeld een huisgenoot zijn of een familielid.⁹ Bij mantelzorg draait het altijd om zorg voor iemand met gezondheidsproblemen, maar hierbij worden vaak ook andere taken opgepakt die bij de zorg komen kijken, zoals het doen van boodschappen, schoonmaak, gesprekspartner zijn of iemand naar de dokter brengen.

Ook vrijwilligers doen onbetaald werk in de zorg, maar het verschil is dat ze deel uitmaken van een formele organisatie. Vrijwilligers helpen in principe zonder verdere verplichtingen. Ze hebben over het algemeen ook geen persoonlijke (familie) relatie met de zorgbehoevende.¹⁰ Voor vrijwilligerswerk kiest iemand bewust, soms voor een kortere periode, terwijl mantelzorg iets is waar iemand mee begint als een bekende hulpbehoevende een beroep doet. Vaak blijft een mantelzorger dan langdurig voor iemand zorgen. Mantelzorgers en vrijwilligers zijn niet weg te denken uit de wijk. Dat erkent iedereen, ook mensen die zich vanuit een betaalde formele baan bezig houden met zorg.¹¹

2.2 Samen organiseren van zorg in de wijk

Wanneer je over de organisatie van zorg in de wijk spreekt, heb je het al snel over

de ‘systeemwereld’ en de ‘praktijkwereld’. Onder de systeemwereld verstaan wij de organisaties achter het verlenen van formele zorg in de wijk én de organisaties die hier invloed op uitoefenen, zoals de overheid. In de systeemwereld is veel aandacht voor beleid en precieze definities van zorgverlening. Dat komt doordat hier ook geld aan gekoppeld is: organisaties in de systeemwereld worden vaak gedreven door (financiële) cijfers, bijvoorbeeld uitgedrukt in rendementen. Er is hierdoor een jargon ontstaan welke niet altijd goed begrepen wordt in de praktijkwereld.

De praktijkwereld wordt gedreven door praktische uitvoering van de zorg voor een ander. In de wereld van de uitvoering is voor de motivatie van mantelzorgers en vrijwilligers niet belangrijk hoe iets heet en in welke vorm dit precies georganiseerd is. Het is voor hun praktijk bijvoorbeeld niet zo relevant of de hulp die ze bieden onder het kopje ‘zorg’ valt, of onder het kopje ‘welzijn’; en of het ‘informeel’ wordt genoemd of een andere naam krijgt. Dat betekent dat in de praktijkwereld termen vaak breder gebruikt worden dan in de definities van de systeemwereld.

In dit onderzoek nemen we niet de systeemwereld van de zorg, maar de praktijkwereld van zorg in de wijk als uitgangspunt. Onderdeel van deze aanpak is dat we bij het gebruik van termen zoals informele zorg ook uitgaan van de manier waarop mantelzorgers en vrijwilligers kijken naar de zorg die zij zelf verlenen.

De systeemwereld en de praktijkwereld zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden als het gaat om de organisatie van zorg van de wijk. Ze komen op allerlei manieren samen en raken elkaar.

⁹ Oudijk et al., 2010

¹⁰ Scholten, 2011

¹¹ Touwen et al., 2013; De Boer & De Klerk, 2013; De Boer, Plaisier, & De Klerk, 2019

Soms op een positieve manier: ook professionals vanuit de formele kant erkennen het individuele karakter (aandacht, kennis, affectie) van de informele zorg. Deze is uniek en vult de formele zorg aan. Maar beide werelden botsen ook regelmatig. Uit onderzoek blijkt dat mantelzorgers kritisch zijn op de samenwerking met de formele zorg. Deze wordt gezien als niet-flexibel en/of onvoldoende gericht op de persoonlijke situatie van de zorgbehoevende.¹² Iemand die professioneel in de wijk zorg verleent heeft vaak een afgebakend takenpakket, terwijl mantelzorgers zich veel breder verantwoordelijk voelen en tot op bepaalde hoogte ook ondersteuning verwachten van bijvoorbeeld de thuiszorg. Een goede afstemming en samenwerking is dus erg belangrijk.¹³

Het belang van die goede afstemming zie je op verschillende niveaus: van het niveau van individuele zorgbehoevenden en zorgverleners tot het niveau van de regionale arbeidsmarkt.

Bij het organiseren van zorg voor een individuele zorgbehoevende spelen bijvoorbeeld vrijwilligers een belangrijke rol in de afstemming. Zij nemen aan de ene kant soms taken over van mantelzorgers, zoals een wandeling

maken met een zorgbehoevende; en aan de andere kant soms taken van de professionele zorgverleners, zoals avondverzorging overnemen van de thuiszorg.¹⁴

Maar ook op het niveau van de arbeidsmarkt in de zorg in de regio Amsterdam als geheel is het belang van goede afstemming duidelijk. Het oplossen van het tekort aan mensen in de zorg is in de wijk het meest zichtbaar. Op dit niveau ontstaan ook allerlei initiatieven die het probleem het hoofd willen bieden. De mensen die deze initiatieven starten zien dat er in de wijk mensen zijn die over vaardigheden beschikken die nuttig zijn om in te zetten.¹⁵ Zo heeft een deel van de mensen die betrokken raken bij initiatieven in de wijk geen ervaring met werken in de zorg, maar wel interesse om iemand te helpen. Deze mensen hebben, mits opgeleid, wellicht interesse om betaald aan het werk te gaan in de zorgsector. Een ander deel van deze mensen heeft wel ervaring. Ook deze mensen zouden, met eventuele opfrustraining, weer betaald aan het werk kunnen gaan. Er liggen dus mogelijkheden bij het verbinden van formele en informele organisaties in de wijk om uiteindelijk competenties (skills) te matchen.

¹² Mulder-Boers, 2004

¹³ Morée, 2004; Post, 2017

¹⁴ Struijs, 2006

¹⁵ zie o.a. Hogenstijn, 2018



3. Werkwijze

Welke mogelijkheden zijn er om zorg in de wijk beter te organiseren en ‘skills’ beter te matchen? Om antwoord te krijgen op vragen rond zorg in de wijk, moet je de wijk in. We zijn daarom praktijkverbonden onderzoek gaan doen in de wijk en kozen daarbij voor een actiegerichte onderzoeksopzet.¹⁶

Dit deden we omdat we op deze manier dicht bij de praktijkwereld van zorg in de wijk konden blijven. Daarnaast bood deze methode ook de ruimte om tussenresultaten te delen met de wijk en de mensen in de wijk te laten meebeslissen over hoe het inhoudelijk verder moest gaan (bijsturen). We hebben de onderzoekscyclus in figuur 2 drie keer doorlopen. Iedere ronde is een fase. Het gehele onderzoek bestaat dus uit 3 fasen.

We kozen ervoor om het onderzoek uit te voeren in twee Amsterdamse stadsdelen: Nieuw-West en Zuidoost. Daarvoor waren twee belangrijke redenen. Ten eerste kenden we deze stadsdelen vanuit eerder

onderzoek al redelijk goed, waardoor we snel van start konden gaan. Ten tweede zijn het stadsdelen waar het op sociaal en economisch gebied minder goed gaat dan in de rest van de stad. In die situatie worden aan de ene kant problemen duidelijk zichtbaar en aan de andere kant worden er vaak juist creatieve oplossingen gevonden.

Het onderzoek heeft plaatsgevonden in drie fasen. Dit zijn:

1. Verkenning op drie niveaus
2. Verdieping en case studies
3. Vaststellen conclusies en afronding

Hieronder leggen we kort uit hoe elke fase verlopen is. Een uitgebreidere beschrijving van het onderzoeksproces is te vinden in bijlage 2.

Figuur 2. Enkele onderzoekscyclus die drie keer is doorlopen



¹⁶ Geïnspireerd op van der Zouwen, 2018.

3.1

Fase 1. Verkenning op drie niveaus (2017-2018)

In het najaar van 2017 zijn we gestart met het verkennen van zorg in de wijk. Dit hebben we gedaan aan de hand van drie subonderwerpen.

a. Doelgroepverkenning

Hoe zoeken mensen die vragen hebben rond zorg in de wijk naar oplossingen; en welke rol spelen organisaties hierbij? In de stadsdelen Zuidoost en Nieuw-West¹⁷ zochten we via bij ons bekende (tussen) personen en via studentenprojecten¹⁸ naar ervaringen van mensen met zorgvragen. We hebben ons daarbij niet gehouden aan de afbakening van zorg in formele zin, maar zijn uitgegaan van de vragen van mensen. Die spelen vaak op verschillende vlakken tegelijk. Zo kan iemand bijvoorbeeld niet goed lopen, is er ook sprake van eenzaamheid en beheerst hij of zij de Nederlandse taal niet goed. We hadden aandacht voor mensen vanuit verschillende sociale groepen, onder meer op basis van etniciteit. We zijn vervolgens nagegaan of en hoe deze mensen met informele en formele organisaties in contact komen om hun vragen op te lossen.

b. Inventarisatie initiatieven in de wijken

Welke zorgorganisaties zijn er actief in Nieuw-West en Zuidoost, welke vraagstukken pakken zij aan en hoe organiseren ze zichzelf? Samen met studenten van de opleidingen Bedrijfskunde en Ergotherapie van de Hogeschool van Amsterdam deden we verkennend onderzoek rond deze vragen. We spraken tientallen initiatieven en

organisaties in Zuidoost en Nieuw-West.¹⁹

Daarbij lag de nadruk op initiatieven die actief zijn op het grensvlak van participatie en (informele) zorg.

c. Sectorverkenning

Wat speelt er in de zorgsector en wat nemen we daarvan wel en niet mee in het vervolg van dit onderzoek? We hebben ervoor gekozen om ons te richten op de zorg die dichtbij de mensen in de wijk georganiseerd wordt. In de systeemwereld van de zorg gaat het dan om verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT). We besloten ons ook te richten op taken in de zorg waar mensen zonder formele zorgopleiding relatief snel naar toe zouden kunnen groeien; met name op niveau mbo-2 (helpende) en mbo-3 (verzorgende). Juist op deze niveaus speelde rond de start van het project de dreiging van ontslagen. Dit veranderde echter snel: in plaats van ontslagen werd er steeds vaker over de urgentie van de tekorten aan mensen in de zorgsector gesproken. In eerste instantie ging dit vooral over verpleegkundigen, maar terwijl de verkenning vorderde ging het ook steeds vaker over (wijk)verzorgenden en deels ook over helpenden.

De verkennende fase is in juni 2018 afgerond met een stakeholderbijeenkomst in Amsterdam Nieuw-West, waarbij mensen uit zowel de informele als de formele zorg aanwezig waren. Samen met de aanwezige stakeholders zijn de resultaten aangescherpt en vastgelegd. Na de bespreking van de resultaten is er besloten om verdere verdieping te zoeken in de samenwerking tussen beiden.

¹⁷ In de eerste fase is er ook een verkenning gedaan naar stadsdeel Noord. De onderzoekers hadden hier minder bestaande contacten om op voort te bouwen. Verder bleek dat een ander project (TNO/De Paskamer) hier al actief was. Daarop is besloten het onderzoek te focussen op Zuidoost en Nieuw-West.

¹⁸ Calvo, Dikic & Tjoeng, 2018

¹⁹ Biere, Brugman & Van Rozendaal, 2018; Calvo, 2018

3.2

Fase 2. Verdieping en case studies (2018-2019)

Het thema samenwerking tussen formele en informele zorg op wijkniveau zoals ter sprake kwam tijdens de stakeholderbijeenkomst in fase 1 is in deze fase verder uitgediept. We vroegen ons onder meer af wat de werkzame bestanddelen zijn die een samenwerking succesvol maken. Om deze brede vraag af te bakenen hebben wij gezocht naar case studies. We vonden drie initiatieven in Nieuw-West en Zuidoost bereid om hier aan mee te werken.

Deze initiatieven hielden zich bezig met:

Initiatief 1:

Zorgverlening via pgb's die aansluit bij mbo-niveau 2, in samenhang met een team vrijwilligers;

Initiatief 2:

Het bouwen van een duurzame organisatie vanuit de wijk rondom langetermijnzorg voor mensen met brandwonden;

Initiatief 3:

Het bouwen van een wijkcoöperatie op basis van een community-based approach met hierin een tak die zich op zorg richt.

Na een aantal voorgesprekken zijn we rond deze drie initiatieven case studies gestart, waarin samenwerking tussen formele en informele zorg op verschillende manieren onderzocht werd. Dit deden we samen met een aantal afstudeerders van de opleidingen Bedrijfskunde en Ergotherapie. Elk van de cases werd opgebouwd rond één van de initiatieven:

Case 1: Formele en informele zorg in één wijkgerichte organisatie

Samen met een afstudeerder van de opleiding Bedrijfskunde hebben wij bij initiatief 1 onderzoek gedaan naar hoe deze organisatie formele en informele zorgverlening zou kunnen combineren en hoe deze zou kunnen groeien naar een (financieel) gezond bedrijf voor de lange termijn.²⁰

Case 2: Met een informele zorgorganisatie toewerken naar een verdienmodel

Samen met een andere afstudeerder van de opleiding Bedrijfskunde zijn we met initiatief 2 aan de slag gegaan. Centraal stond de vraag hoe er in de wijk aan de vraag naar zorg wordt tegemoetgekomen en welke rol coördinatie en waardering van het informele circuit hierin speelt. Gelijktijdig is er voor het initiatief een concept van een duurzaam verdienmodel ontwikkeld.²¹

Case 3: Verbinden formele en informele zorg op wijkniveau

Twee afstudeerders van de opleiding Ergotherapie hebben samen met ons onderzoek gedaan naar verbindingen op wijkniveau. Initiatief 3 speelde een belangrijke rol in het leggen van verbindingen, maar ook andere initiatieven werden meegenomen.²²

De resultaten van de casestudies zijn met en via de initiatieven aan de betrokkenen in de wijken teruggekoppeld. De reacties van de initiatieven hebben we meegenomen bij het formuleren van de conclusies.

²⁰ Salem, 2019

²¹ Elferink, 2019

²² Koster & Lambeck, 2019

3.3

Fase 3. Vaststellen conclusies en afronding (2019-2020)

Bij de start van fase 3 hebben wij alle resultaten uit de eerste twee fasen naast elkaar gelegd en geanalyseerd.²³ Hieruit hebben we conclusies getrokken en een aantal vervolgvragen geformuleerd. Deze hebben we vervolgens weer voorgelegd in de wijken. Het doel was om de conclusies vast te stellen en om te bespreken welke vervolgstappen daadwerkelijk zouden kunnen bijdragen aan het verbeteren van zorg in de wijk.

In elk van de stadsdelen Zuidoost en Nieuw-West zijn wij de samenwerking aangegaan met een wijkgerichte overkoepelende organisatie gericht op informele zorg. Samen organiseerden we stakeholderbijeenkomsten waar de tussenconclusies gepresenteerd konden worden en de vervolgvragen in focusgroepen bediscussieerd. In totaal namen aan deze bijeenkomsten ongeveer 50 mensen deel. Dit waren zowel mensen die formele en/of informele zorg verleenden, maar ook mensen die coördinerend werk verrichtten in de wijk.

De stakeholderbijeenkomsten waren de laatste dataverzamelingsfase, waarna we aan de slag konden met dit eindrapport. In de volgende hoofdstukken presenteren wij onze hoofdresultaten en conclusies.

²³ Fase 2 eindigde met een analyse per case studie; in fase 3 is een analyse gemaakt over de drie case studies samen.



4. Resultaten

Samen zorgen in de wijk gaat over mensen in de wijk die zorg nodig hebben, mensen die zorg geven, en het organiseren daarvan. De bedoeling is om een toekomstperspectief te schetsen voor een arbeidsmarktmodel in de zorg, met de wijk als uitgangspunt.

Daarom is de werkelijkheid die mensen in de wijk beleven het uitgangspunt van dit hoofdstuk en staat allereerst het perspectief van de praktijkwereld centraal. We gebruiken de verhalen van mensen en organisaties in de wijk als voorbeelden. Vanuit hun oogpunt maken wij inzichtelijk hoe zorg in de wijk nu is georganiseerd. We gebruiken persona's: omschrijvingen van mensen die niet echt bestaan, maar zijn gebaseerd op de kenmerken van personen in de wijken.²⁴ We verbinden de mensen in de praktijkwereld van de wijk met hun positie in de 'systeemwereld' van de organisatie van zorg in de wijk.

Vervolgens trekken we lessen op basis van wat we sinds 2018 in de wijk zijn tegengekomen. Deze lessen zijn geordend rondom de thema's mensen, organisaties en samenwerking. Met deze lessen keren we terug naar de persona's in de wijk en schetsen we een toekomstbeeld over zorg in de wijk, waarin de praktijkwereld en de systeemwereld beter met elkaar verbonden zijn.

4.1 Het heden: voor elkaar zorgen in de wijk

Hoe zorgen mensen voor elkaar in de wijk? We maken hieronder kennis met vijf persona's die vanuit verschillende perspectieven met zorg in de wijk te maken hebben. We beginnen bij

zorgbehoevende Samira. Hierna maken we kennis met Nadia, Yvette en Fatima, die betrokken zijn vanuit de formele en informele zorg. We sluiten af met Harry, die alle benodigde zorg voor zorgbehoevenden zo goed mogelijk op elkaar wil afstemmen.

4.1.1 Hulp nodig

Samira heeft hulp nodig. Ze is 72 jaar en woont alleen in een klein flatje in Amsterdam Nieuw-West.

Ze heeft twee zoons die hun moeder graag helpen, maar zelf druk zijn en buiten de Randstad wonen. Samira heeft een Marokkaanse achtergrond en spreekt matig Nederlands. Ze heeft hulp nodig bij wassen, douchen en aankleden, het aantrekken van steunkousen en bij het gebruik van haar medicijnen. Ze gebruikt onder andere bloedverdunders en vergeet dit nog wel eens te nemen. Ook heeft Samira hulp nodig bij het schoonhouden van haar flatje, want ze is slecht ter been. Brieven van bijvoorbeeld de gemeente of haar zorgverzekeraar begrijpt ze niet of nauwelijks. Haar zoons bellen haar regelmatig op en halen haar eens in de paar weken op voor familiebezoek. Ze zou haar zoons en hun families graag dichterbij zich hebben, maar is nog te gehecht aan haar huis. Samira puzzelt en kijkt via een schotelantenne dagelijks uren naar Marokkaanse tv-programma's. Omdat ze niet zo mobiel meer is, komt ze al een paar jaar niet vaak meer buiten. Ze zou meer in het park willen wandelen of contact maken met haar nieuwe burens op de galerij, maar dat lukt haar nauwelijks. Ze begint hierdoor te vereenzamen, maar wil dit zelf niet



²⁴ Voor meer uitleg over deze methode, zie bijlage 2. De profielfoto's geven niet bestaande door een computer samengestelde personen weer. Deze foto's zijn afkomstig van de website thispersondoesnotexist.com

inzien. Samira's wens is dat ze geholpen wordt in huis, door iemand die ze vertrouwt, die dichtbij is en haar taal spreekt.

In het perspectief van Samira is er een lijst aan problemen waar ze hulp bij kan gebruiken. Het is voor haar niet zo belangrijk of je die hulp 'zorg' noemt of dat je daar een andere term voor gebruikt.

Voor het oplossen van Samira's problemen binnen het huidige systeem worden die termen opeens wel belangrijk. Samira's hulpvragen worden uiteengehaald en aan elk stukje wordt een label gehangen. Afhankelijk van de gegeven labels, gaan verschillende mensen en instanties uit de systeemwereld aan de slag om de zorg te organiseren.

4.1.2 Hulp geven



Nadia is 54 jaar en woont in Amsterdam Nieuw-West. Ze werkt al jaren als verzorgende in de thuiszorg. Daarvoor heeft ze ooit een diploma Ziekenverzorging gehaald. Ze is de afgelopen jaren bij wel zes verschillende thuiszorgorganisaties in dienst geweest, na fusies, aanbestedingen en ander – in haar ogen – gedoe. Ze komt inmiddels al ruim een jaar regelmatig bij Samira thuis en ondersteunt haar met wassen en aankleden en steunkousen aantrekken.



Yvette is 29 jaar en is wijkverpleegkundige bij dezelfde thuiszorgorganisatie. Ook zij komt af en toe bij Samira thuis en let dan met name op medicijngebruik. Daarnaast beoordeelt ze of er nog andere zorg nodig is. Yvette is eigenlijk veel te druk.

Haar thuiszorgorganisatie heeft te weinig verpleegkundigen. Al maanden staan er vacatures open, maar daar reageert niemand op. Yvette heeft hierdoor het gevoel dat ze te weinig aandacht aan cliënten zoals Samira kan geven. Dat geeft haar veel stress.

Nadia en Yvette zijn voor Samira vertrouwde gezichten, die haar komen helpen met dagelijkse dingen. In de taal van de systeemwereld zijn zij formele zorgverleners, die betaald krijgen voor het werk wat ze doen. Beiden hebben een vaste baan bij de thuiszorgorganisatie en daarmee een stabiele positie in de systeemwereld. De opleiding van Nadia staat gelijk aan niveau mbo-3. Dat betekent dat zij verzorgende taken mag doen, maar bepaalde medische handelingen niet mag uitvoeren. Ze mag bijvoorbeeld geen medicijnen geven. Dat mag Yvette wel, met haar opleiding als verpleegkundige op niveau mbo-4.

Aan mensen met een mbo-4 diploma of hoger is een schreeuwend tekort, zeker in Amsterdam²⁵. Daarom zijn er in de stad allerlei initiatieven opgezet om nieuwe mensen op dit niveau op te leiden én bestaande mensen voor de zorg te behouden. Yvette merkt daar voorlopig weinig van. Zij heeft structureel tijd tekort tijdens haar werkdag. Het wordt steeds lastiger om vaak genoeg bij kwetsbare cliënten zoals Samira langs te gaan.



Fatima is 46 jaar, alleenstaand met drie volwassen kinderen (tussen de 19 en 23 jaar) en woont in een flatje in Amsterdam Nieuw-West. Ze heeft een Marokkaanse achtergrond en spreekt prima Nederlands en Arabisch. Fatima heeft geen formele opleiding afgerond en zit

in de bijstand. Ze kan net rondkomen, maar heeft geen spaargeld. Nu haar kinderen volwassen zijn, wil ze graag uit de bijstand en naar een betaalde baan. Tegelijk wil ze niet de zekerheid van haar inkomen op het spel zetten. Ze is onlangs begonnen met vrijwilligerswerk in een project om eenzaamheid onder oudere migranten tegen te gaan. Ze heeft hiervoor trainingen gevolgd en meegedraaid in een groep. De coördinator heeft haar na een tijdje gevraagd of ze een maatje wil zijn voor een eenzame oudere uit haar eigen buurt. Zo is ze gekoppeld aan Samira. Fatima komt sinds een maand wekelijks bij Samira langs. Soms gaan ze samen naar een winkel en Fatima probeert haar te motiveren mee te gaan naar activiteiten in het buurtcentrum. Ook helpt ze Samira af en toe met het lezen van een brief of kleine schoonmaakkusjes in huis.

Fatima is vanuit Samira's perspectief één van de mensen die komen helpen om haar problemen op te lossen. Vanuit het perspectief van Fatima is het belangrijk dat zij het contact met Samira als zinvol en zingevend ervaart. Maar Fatima heeft ook te maken met de systeemwereld, op twee manieren:

- Fatima heeft vanwege haar bijstandsuitkering een klantmanager vanuit de gemeente, die toenemende druk op haar uitoefent om betaald werk te zoeken. Vrijwilligerswerk wordt door de klantmanager gezien als een (tijdelijke) stap in het traject naar een betaalde baan.
- Fatima heeft binnen het vrijwilligersproject een training gekregen om haar vaardigheden op het gebied van luisteren en gesprekken voeren te verbeteren. Nu de match met Samira is gemaakt, wordt Fatima eens in de drie maanden uitgenodigd voor een bijeenkomst voor uitwisseling met andere vrijwilligers, een lichte vorm van intervisie.

Vanuit de systeemwereld is voor Fatima vooral de gemeente belangrijk. Die heeft veel macht over haar, want die geeft haar een bijstandsuitkering en daarmee bestaanszekerheid. De gemeente wil Fatima zo snel mogelijk uit de bijstand hebben. Het maakt de gemeente eigenlijk niet zo veel uit hoe Fatima uit de bijstand komt, als ze maar een betaalde baan krijgt en zo geen bijstandsgeld meer kost. Met het vrijwilligerswerk kan ze vaardigheden opdoen die haar helpen een betaalde baan te vinden. Vanuit de systeemwereld zijn de inhoud van het vrijwilligerswerk rond eenzaamheidsbestrijding en de betekenis die Fatima en Samira voor elkaar hebben eigenlijk bijzaak. Het is een activiteit waarop het label 'welzijn' of 'informele zorg' past. Maar voor de systeemwereld staat het label 'participatie' voorop. Het gaat dan om de participatie van Fatima, die betaald werk moet krijgen. Haar activiteiten die inhoudelijk gaan over informeel zorgen, worden dus vanuit het systeem bekeken vanuit participatie.

4.1.3 Het verbinden van de zorg in de wijk

Harry (53 jaar) heeft een droom. Daarin ziet hij het buurtcentrum waarin hij werkt uitgroeien tot een plek waar mensen zich ontwikkelen en voor elkaar zorgen. Het centrum wordt gerund door mensen uit de buurt en mensen zijn er actief voor de buurt. Organisaties ontmoeten elkaar en starten nieuwe samenwerkingen. Mensen kunnen zo activiteiten vinden die bij hen passen en ervaring opdoen. Zo kunnen ze van vrijwilligerswerk misschien ook wel betaald werk maken. Eén van de organisaties die onderdak heeft gevonden in het buurtcentrum van Harry is de organisatie rond eenzaamheidsbestrijding, waarin Fatima actief is. Harry vindt het een perfect voorbeeld van een organisatie die voor iedereen meerwaarde oplevert. Alleen is die meerwaarde niet gemakkelijk uit



te drukken in geld. En dat is lastig, want elk jaar moet de organisatie weer haar waarde aantonen aan ambtenaren die subsidies verstrekken. Elke jaar moet dit weer op een nét iets andere manier. Over dit soort regels ligt Harry regelmatig overhoop met de gemeente. Met sommige ambtenaren kan hij het prima vinden, met andere juist helemaal niet.

Als iemand zoals Samira hulp nodig heeft, komen er verschillende werkelijkheden bij elkaar. Het begint bij de werkelijkheid van Samira zelf; daarnaast staan de werkelijkheden van de mensen die Samira helpen en de organisatorische systemen die daaraan gekoppeld zijn. Harry is een voorbeeld van iemand die de werkelijkheid van de wijk probeert te verbinden met de regels van de systeemwereld. Dat blijkt niet gemakkelijk te zijn. Als we weer kijken naar Samira, dan zijn wijkverpleegkundige Nadia en verzorgende Yvette formele zorgverleners. De zoons van Samira zijn mantelzorgers en Fatima is vrijwilliger bij de welzijnsorganisatie die het eenzaamheidsbestrijdingsproject uitvoert. Iemand als Harry wil dat al deze zorgverleners zo goed mogelijk samenwerken, maar voor de verschillende rollen gelden elk eigen regels. Hoe kan Harry zijn rol als verbinder versterken?

4.2 Het heden: leren van de wijk

Uit het verhaal van Samira en de mensen om haar heen wordt duidelijk dat de praktijkwereld van 'de wijk' en de systeemwereld rond 'zorg' met elkaar botsen. In deze paragraaf gaan we in op de belangrijkste lessen die we in dit onderzoek vanuit de wijk leerden. Eerst gaan we kort in op de betekenis van het woord 'zorg' en de focus die we gekozen hebben. Vervolgens

bespreken we de lessen op de drie eerdergenoemde niveaus: voor mensen in de wijk, organisaties in de wijk en de samenwerking tussen organisaties.

De mensen in de wijk die hulp nodig hebben, gebruiken het woord 'zorg', maar vaak zonder de definities van de systeemwereld goed te kennen. Wat verstaan ze zelf onder zorg? Uit de gesprekken in de wijk haalden we de volgende werkdefinitie van zorg in de wijk: 'alle activiteiten rond het verbeteren van de levenskwaliteit van mensen in de wijk, die door betrokkenen als zinvol en zingevend worden ervaren'.²⁶ Deze definitie is breder dan wat de systeemwereld verstaat onder zorg. Hoe definieert de systeemwereld zorg dan? Allereerst koppelt de systeemwereld zorg aan gezondheid. Een definitie van gezondheidszorg is: 'het geheel van zorgverleners (en ondersteunend personeel), instellingen, middelen en activiteiten dat direct gericht is op instandhouding en verbetering van de gezondheidstoestand en/of de mogelijkheid om zelf regie te voeren, en op het reduceren, opheffen, compenseren en voorkomen van tekorten daarin'.²⁷ Als extra uitleg staat daarbij dat de focus hierbij ligt op de zorgverlening (ook wel het 'primaire proces' genoemd) en niet het zorgstelsel, waarin ook andere partijen belangrijk zijn, zoals zorgverzekeraars. De zorg kent een indeling in verschillende 'soorten', zoals ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en VVT (Verpleging, Verzorging en Thuiszorg). De zorg die in de wijk plaatsvindt past vooral bij de 'soort' VVT.

Voor dit onderzoek vinden we – met het arbeidsmarktperspectief van House of Skills in het achterhoofd – vooral informele zorgverleners interessant. Zij hebben immers nog geen betaalde baan

²⁶ Deze definitie is opgesteld op basis van resultaten uit fasen 1 en 2. We hebben deze in fase 3 in focusgroepen besproken en daar kon de definitie op instemming rekenen.

²⁷ Bron: overheidssite Volksgezondheidszorg.info. Definitie gebaseerd op van der Meer et al., 1997; Nuy & Bex, 1986

in de zorg, maar zijn er al wel in actief. We kijken vooral naar informele zorg die in de wijk plaatsvindt en georganiseerd wordt.

Wat is informele zorg nu precies? Als je het mensen in de wijk vraagt, dan kan het gaan over ongeveer alle activiteiten in de wijk om een ander te helpen, zonder dat je ervoor betaald krijgt. Het beeld is dus weer, net als bij het beeld van zorg, breed en divers. De systeemwereld voegt aan 'onbetaald' toe dat het gaat om zorg waarvoor mensen in principe niet opgeleid zijn. Daarbovenop is er een onderscheid tussen mantelzorg en zorg door vrijwilligers. Bij mantelzorg gaat het om 'alle hulp aan een hulpbehoevende die wordt gegeven door iemand uit diens directe omgeving'²⁸. Bij zorg of hulp door vrijwilligers kennen de vrijwilliger en degene die hulp krijgt elkaar vooraf vaak niet en wordt er meestal een koppeling gemaakt door een organisatie. De systeemtaal rond dit onderwerp kan verwarrend zijn. Sommige organisaties gebruiken expres de term 'informele hulp' en niet zorg, omdat ze het woord zorg graag voorbehouden aan formele organisaties waarin specifiek opgeleide mensen betaald aan de slag zijn. Om diezelfde reden houden sommige organisaties niet van het woord mantelzorg, maar dat is zo ingeburgerd dat vrijwel iedereen het gebruikt.

Nu we weten welke betekenissen er worden gegeven aan de begrippen zorg en informele zorg, bespreken we onze bevindingen rond mensen in de wijk die in de – breed gedefinieerde – zorg actief zijn. Uiteindelijk trekken wij hier acht lessen uit. We lichten deze lessen toe met citaten van mensen uit de wijken, uit de interviews en bijeenkomsten.

4.2.1 Mensen in de wijk (zorgvragers / zorgverleners)

We spraken met veel informele zorgverleners die in hun eigen wijk actief zijn. Gesprekken gingen onder meer over hoe informele zorg in elkaar zit, wat voor waarde dit heeft en hoe individuele mensen een betaalde baan in de zorg kunnen krijgen. Uit die gesprekken trokken we vier lessen²⁹.

Les 1: Veel mensen in de wijk doen zinvolle en zingevende activiteiten op het grensvlak van zorg, welzijn en participatie

De groep informele zorgverleners is groot. Wat informele zorgverleners gemeen hebben, is dat ze hun bijdrage primair doen vanuit intrinsieke motivatie. Ze willen echt helpen en zijn voor hun inkomen veelal niet afhankelijk van de zorg die ze verlenen. Mensen zien zij als mens, niet als nummer of klant. Sommigen houden het bij de zorg voor één specifieke persoon en blijven 'onzichtbaar' voor de systeemwereld. Anderen zien voor zichzelf een belangrijke rol in de netwerken rond zorg in de wijk. Ze zijn zeer betrokken en verlenen hulp aan anderen naast hun andere dagelijkse activiteiten (werk, studie of zorg voor een gezin). Op die manier hebben ze vaak een groot netwerk.

'Er is gewoon een heel aantal betrokken buurtbewoners die je eigenlijk overal tegenkomt, op veel verschillende plaatsen. Dat zijn mensen die zich graag willen inzetten voor de mensen die hulp nodig hebben in de buurt.'

De mensen die zich inzetten voor anderen zien daarvan ook de waarde voor zichzelf.

'Ik heb voor vrijwilligerswerk ook nooit vergoeding gekregen, maar het heeft me wel heel erg doen groeien. Ik heb heel veel vaardigheden geleerd. Ik heb ook mezelf leren kennen.'

²⁸ SCP 2019, p. 11

²⁹ Deze lessen zijn in grote lijnen ook in de focusgroepen in fase 3 van het onderzoek besproken (zie hoofdstuk 3 en bijlage 2 voor uitleg). De hoofdlijnen zijn hier bevestigd, verder zijn op basis van de discussies kleine herformuleringen gedaan in de lessen en is de uitleg verder uitgewerkt.

In zowel Nieuw-West als Zuidoost geven informele zorgverleners spontaan aan dat er grote problemen rond eenzaamheid zijn in de wijk. Dat geldt zeker voor ouderen, zoals Samira, maar ook voor andere generaties.

Eenzaamheid is ook typisch een probleem op de grens van zorg, welzijn en participatie. Vanuit welke van deze termen je naar dat probleem kijkt, is voor de mensen in de wijk zelf niet belangrijk. Maar het is erg bepalend voor hoe de systeemwereld ermee omgaat.

Les 2: Informele zorgverleners hebben veel ervaringsdeskundigheid en specifieke kennis

Informele zorgverleners staan naar eigen zeggen dichtbij mensen die hulp nodig hebben. Ze wonen immers in de buurt, zijn gemakkelijk bereikbaar en kunnen hierdoor specifieke kennis opdoen over zorgbehoevenden. Ze geven vertrouwen en worden vertrouwd. Zo bereiken ze groepen die zich ‘onder de radar’ van de formele zorg bevinden. Deze groepen hebben soms een vertrouwensprobleem met de formele zorg, maar kennen soms ook simpelweg de weg niet, vanwege bijvoorbeeld taalproblemen of culturele barrières.

Het vertrouwen dat informele zorgverleners opwekken hangt ook samen met het feit dat veel informele zorgverleners zelf ervaring hebben met de problemen die ze helpen bestrijden bij een ander. Ze weten hoe problemen met elkaar samen kunnen hangen en kennen praktische oplossingen. Informele zorgverleners kunnen, met andere woorden, ervaringsdeskundige zijn.

‘Je kan boekslim zijn, maar je kan ook straatslim zijn’, zo verwoordt één wijkbewoner het. Veel mensen benadrukken het belang van

ervaringsdeskundigheid en erkenning van die deskundigheid. Ze willen ook door de systeemwereld serieus genomen worden. Daartoe worden de laatste jaren wel stapjes gezet: zo zijn er opleidingen rond ervaringsdeskundigheid opgezet³⁰ en nemen formele organisaties ook wel eens ervaringsdeskundigen in dienst. Dat vinden veel mensen fijn, maar nog lang niet voldoende.

‘Die ervaringsdeskundigen, die hebben meteen een klik. Over sommige dingen hoef je niet te praten, dat voel je aan of dat weet je. En dan kan je veel meer doen, je krijgt gelijk een stuk connectie, een verbinding met een persoon.’

Les 3: Informele zorgverleners voelen zich onvoldoende gewaardeerd door de systeemwereld

Het gevoel van onvoldoende serieus genomen worden, leeft breed onder informele zorgverleners. Zij merken dat ze een steeds belangrijkere rol krijgen toebedeeld in de zorg voor mensen in de wijk, maar vinden dat ze niet de financiële waardering krijgen die past bij iemand die naast het zorgen ook nog een eigen huishouden moet runnen.

‘Je hebt nu een situatie van de terugtrekkende professional die zorg moet overlaten aan vrijwilligers of mantelzorgers. Nu zie je een situatie dat een mantelzorger zegt van, als ik voor de zorg moet zorgen [leveren], dan wil ik er ook betaald voor krijgen. [...] De zorg die mantelzorgers leveren, was vroeger een betaalde baan. Tegenwoordig moeten zij dit vrijwillig doen, waarbij ze ook nog eens een keertje alle ballen omhoog moeten houden om hun eigen gezin en eigen persoonlijke zaken te kunnen financieren. Nou, dan krijg je overbelasting.’

Mensen reageren verschillend op deze situatie van ervaren onderwaardering en

30 Bijvoorbeeld de nieuwe deeltijd associate degree opleiding Ervaringsdeskundige Zorg en Welzijn van de HvA.

hoge druk. Sommigen willen strijden voor verandering en gaan daarover in gesprek met bijvoorbeeld de gemeente. Anderen doen hetzelfde, maar dan georganiseerd in een collectief om zo beter een vuist te kunnen maken (zie ook 4.2.3). Weer anderen proberen zo veel mogelijk weg te blijven bij de systeemwereld. Ze blijven weg van instanties en verbinden zich exclusief aan één of enkele mensen die ze helpen³¹. Soms leidt de ervaring van onderwaardering ertoe dat mensen maar kort als informeel zorgverlener actief zijn. Dat kan uit teleurstelling zijn, maar ook omdat de druk uit de systeemwereld te groot wordt.

Dat zagen we in het voorbeeld van Fatima, die als vrijwilliger bij Samira thuiskomt. Zij ervaart dit als een waardevolle activiteit, maar vanuit de systeemwereld ervaart zij grote druk om betaald werk te vinden. Het is daardoor de vraag of het contact tussen Fatima en Samira wel kan blijven bestaan in deze vorm.

Les 4: Mensen en organisaties die actief zijn rond zorg, welzijn en participatie in de wijk gebruiken andere 'taal'

Bij de bespreking van de verschillende betekenissen van het woord 'zorg' bleek al dat mensen in formele en informele zorgorganisaties andere 'taal' gebruiken. Informele organisaties sluiten veel beter aan op de taal die mensen in de wijk gebruiken. Ze zien de mens als mens. Bij formele organisaties staat het bedrijfsmatige vaak meer voorop en wordt 'systeemtaal' gebruikt, die lang niet altijd begrepen wordt. Dit kan zorgen voor veel verstoring in de communicatie waardoor de samenwerking tussen formeel en informeel beperkt blijft.

'We hebben hier klantmanagers rondlopen. Dat zijn medewerkers van WPI [de gemeentelijke afdeling Werk, Participatie en Inkomen]. (...) De klantmanager spreekt klanten aan. Informele zorginitiatieven,

bewonersinitiatieven, zien bewoners, mensen, geen klanten. Als je mensen aanspreekt als mensen dan krijg je menselijk gedrag terug, met alle hoop en frustraties, kansen en onmogelijkheden. Maar als je mensen aanspreekt als klant, krijg je klantgedrag terug, en klantgedrag is klieren, klagen, klooiën.'

Voor een deel is dit punt rond communicatie ook heel praktisch. Als informele verzorgenden 'hun' mensen overdragen aan de formele zorg, willen ze graag in begrijpelijke taal op de hoogte gehouden worden van hoe het verder gaat. Voor de organisaties in de formele zorg zijn informele zorgverleners vaak geen 'officiële' partij waar ze contact mee moeten onderhouden. Daardoor komt het voor dat de formele zorg geen contact meer opneemt met de informele zorg. Informele verzorgenden voelen zich dan overgeslagen. Ze hebben vaak jarenlang voor iemand gezorgd en dus ook een emotionele band opgebouwd. Dit gebrek aan overdracht kan dan ook leiden tot het gevoel dat wat een informeel verzorgende gedaan heeft niet serieus genomen wordt.

4.2.2 Organisaties in de wijk

Mensen die zorg nodig hebben, krijgen met verschillende zorgverlenende partijen te maken die in de wijk actief zijn. Dat zijn zowel formele partijen, waar betaalde zorgverleners werken, als informele partijen, die met vrijwilligers en/of mantelzorgers werken. We kijken hier vooral naar de rol van informele zorgorganisaties. Daarbij maakt de systeemwereld vaak een onderscheid tussen 'georganiseerd informeel' en 'lokaal (of ongeorganiseerd) informeel'. Bij 'georganiseerd informeel' gaat het om de vrijwilligersprojecten van formele zorgorganisaties. Bij 'lokaal informeel' gaat het om allerlei projecten en organisaties die niet van een formele zorgorganisatie uitgaan. Het kan

³¹ Een nieuwe ontwikkeling is dat sommige formele zorgorganisaties mantelzorgers in dienst nemen en gaan betalen (zie bijvoorbeeld Huisman, 2020). Dit zijn we in ons onderzoek in Amsterdam echter niet tegengekomen.

bijvoorbeeld gaan om een netwerk van mantelzorgers, of een initiatief vanuit een buurtcentrum.

Over de rol van organisaties in de wijk hebben we drie lessen geformuleerd.

Les 5: Informele organisaties in de wijk hebben een sleutelrol: zij hebben specifieke kennis die nodig is om maatwerk te leveren

Veel informele organisaties hebben een breed netwerk in de wijk van de mensen 'waar het om gaat'. Ze staan dicht bij de 'sociale basis' of 'leefwereld', kennen de bewoners en bieden structuur en bescherming aan hun vrijwilligers. Zo kunnen ze helpen om de ondersteuning van mensen die zorg nodig hebben op maat te organiseren, als ze daartoe in staat gesteld worden.

Les 6: Informele organisaties zijn fragiel. Hun flexibiliteit is tegelijk kracht en zwakte

Veel informele zorgorganisaties hebben problemen om mensen voor langere tijd aan zich te binden. Bijna altijd gaat het dan om vrijwilligers, en die kunnen snel verschijnen maar ook weer snel verdwijnen. Als de activiteiten of de ondersteuning door de organisatie niet bevallen, haken vrijwilligers af. Soms zijn de coördinerende mensen in een informele zorgorganisatie zelf ook als vrijwilliger actief. Dan gebeurt het nog wel eens dat de taken iemand boven het hoofd groeien.

Informele zorgorganisaties zijn vaak afhankelijk van subsidies, maar die zijn vaak tijdelijk. Bij het aflopen van een subsidie komt een organisatie dan onder enorme druk te staan, en sommige organisaties bezwijken daaronder. Ze vinden het lastig hun meerwaarde aan te tonen in de taal die de subsidieverlener verlangt. De coördinerende mensen in zulke organisaties ervaren het subsidieaanvraagproces vaak als frustrerend en missen waardering en

zekerheid.

'Vrijwilligers doen heel veel voor de buurt. Soms krijgen ze hier een klein bedrag voor, maar daar gaat het niet om. Wij [informele zorgorganisatie] geven ze een kans. Zij [een vrijwilliger] kan heel veel dingen, dan geef ik haar de kans 1 of 2 jaar. Dan kan ze weer verder en komt iemand anders. Je blijft gewoon vrijwillig in die buurthuizen, maar hoe lang moet ze vrijwillig blijven?'

'Dan zou ik [als informele zorgorganisatie] eigenlijk een stukje continuïteit willen [voor de vrijwilligers], door gewoon voor een langere periode enige zekerheid te hebben dat je middelen [subsidies] hebt. Het moment dat je die zekerheid hebt, heb je ook meer de ruimte om na te denken over het kunnen ontwikkelen van een visie.'

In informele zorgorganisaties is hulp verlenen aan mensen de kern van de activiteiten. Zorgtaken en andere taken die daarbij horen, voeren zij in samenspraak met de hulpbehoevende uit. Een informele verzorgende kijkt naar wat er moet gebeuren en is hierdoor niet of nauwelijks verbonden met de regels en standaarden die voorgeschreven zijn in de formele zorg. Deze flexibiliteit van de informele zorg is enerzijds een kracht, want het sluit vaak heel goed aan op wat er gevraagd wordt door een zorgbehoevende. Informeel verzorgers doen 'wat nodig is' en stoppen niet als een bepaalde taak niet in het takenpakket zit. Anderzijds kan dit vanuit een werkdrukperspectief worden gezien als een kwetsbaarheid, omdat informele verzorgers daardoor soms hun eigen grenzen overschrijden. Ook betwijfelen formele zorgverleners soms of informeel verzorgers hun taken wel goed uitvoeren.

Les 7: Formele en informele organisaties zien meerwaarde in samenwerken, maar ervaren een gebrek aan tijd en een gevoel van concurrentie

Bijna alle mensen die actief zijn in organisaties in de zorg (formeel en

informeel) geven desgevraagd aan dat ze beter zouden kunnen samenwerken met anderen. Dit kan zowel praktisch bij het verlenen van hulp, maar ook bij het aanvragen van subsidies of door meer met één mond naar de overheid te praten. Tegelijk zeggen dezelfde organisaties dat ze hier niet of nauwelijks tijd voor hebben. Ze zijn te druk met het leveren van zorg en het overleven als organisatie. Zij voelen zich financieel onvoldoende ondersteund en vinden dat de overheid hierin moet voorzien. Ze vragen zich af of de gemeente geld wel op een juiste manier verdeelt en zouden willen dat het subsidiesysteem verder versimpeld wordt. Sommige informele organisaties zien hierin een rol voor de formele organisaties die wél door de gemeente ondersteund worden.

‘Ik denk dat je gewoon moet blijven praten met elkaar en ook eens een keer samen pauze nemen. Dat kost tijd, dat weet ik... en dat hebben die [formele] hulpverleners niet. Maar ja, als je met vrijwilligers wilt werken dan moet je dat doen. [...] Veel betaalde krachten zeggen ook, ‘als ik het eerst moet uitleggen aan een vrijwilliger dan doe ik het liever zelf’. Dan denk ik: doe het dan maar zelf want anders gaat het toch niet werken.’

Veel informele zorgorganisaties zijn afhankelijk van subsidies. Aan subsidies worden eisen gesteld, zoals een bepaald aantal mensen dat door de organisatie moet worden bereikt. Mede hierdoor is het onderlinge vertrouwen tussen organisaties wisselend. Aan de ene kant voelen ze dat ze in hetzelfde schuitje zitten en weten elkaar daardoor goed te vinden. Aan de andere kant zien zij elkaar soms ook als concurrenten voor dezelfde subsidiegelden.

‘Er is ook een soort van rare concurrentie natuurlijk tussen de informele zorgorganisaties. Ik denk dat heel veel organisaties niet meer zo denken en dat we ons daar los van proberen te vechten, want

het gaat om het belang van de bewoner en dat is wat we allemaal delen [...]. Maar, als een stadsdeel vraagt: jullie moeten dit jaar zo veel matches maken, dus zoveel contactmomenten hebben, jullie moeten aan alle participatiemarkten meedoen. Dan heb je zo’n hele lijst voorwaarden. En als ze dan zien dat iemand anders meer heeft gescoord, zou die dan beter functioneren? Dus op het moment dat werving dan een vraag binnenkrijgt, dan zouden zij best goed kunnen denken: die houd ik voor mezelf, terwijl diegene misschien beter bij [een ander] zou hebben gepast.’
‘Jij wilt ouderen bereiken, jij ook, jij ook. Maar jij krijgt geen subsidie en jij wel. Omdat jij iets groter bent, omdat jij iets bekender bent. Terwijl we allemaal hetzelfde doen. De een krijgt wel het geld, de ander niet. De een kan wel bij [fondsen] geld lospeuteren en de ander niet. Dat merk ik heel erg. Er zijn zoveel verschillende organisaties en die hebben allemaal dezelfde insteek. Maar ze moeten scoren met punten: ik heb zoveel mensen binnengehaald, ik heb zoveel mensen geholpen.’

Deze laatste les geeft al aan dat samenwerking tussen organisaties meerwaarde kan opleveren. Welke les is er verder te trekken op het gebied van samenwerking?

4.2.3 Samenwerking in de wijk en de stad

Een systeem waarin organisaties rond zorg in de wijk goed met elkaar samenwerken is een ideaalbeeld van veel mensen die we gesproken hebben. Maar dit komt nog onvoldoende op gang, constateren ze ook. Sterker nog: verschillende mensen geven juist aan dat de afstand tussen formele zorgorganisaties en informele zorgverleners en hun organisaties steeds groter wordt. Niet iedereen in de formele zorg heeft de tijd of zin om zich te verdiepen in en te helpen bij het verlenen van informele zorg. Welke les is hierover te trekken?

Les 8: De samenwerking tussen informele en formele zorg verloopt nauwelijks gestructureerd. ‘Verbinders’ worden matig gefaciliteerd.

Vanuit zowel informele als formele zorgorganisaties spreekt men over een kloof tussen beiden. Dit heeft deels te maken met het eerder geconstateerde gebrek aan waardering dat mensen in de informele zorg vanuit de formele zorg ervaren (zie ook 4.2.1). Op organisatieniveau heeft het gebrek aan waardering vaak een link met het vechten voor voortbestaan waarin veel informele organisaties verwickeld zijn. Ze hebben moeite om aansluiting te vinden bij de eisen van subsidieverstrekkers, terwijl subsidies voor hen van levensbelang zijn. Tegelijkertijd zien ze dat de formele zorg (in hun ogen) wel ruim gefinancierd wordt.

‘Die verbinding... dat is een systeem en dat gaat heel moeizaam. Als kleine organisatie kom je er sowieso ook al niet meer binnen, binnen het beleid van Amsterdam [gemeente] kom je niet meer binnen. Alleen de grote organisaties, die komen nog binnen. [...] en dat wordt in 2021 nog erger.’

Het gaat overigens te ver om te zeggen dat er geen samenwerking is tussen informeel en formeel. Er zijn zeker contacten en daar wordt tot op zekere hoogte ook structuur aan gegeven. Het verschilt per wijk hoe dit is geregeld, maar er zijn bijvoorbeeld ‘wijkzorgallianties’ of ‘wijktafels’ actief. Daarin stemmen betrokkenen zaken op praktisch niveau met elkaar af. Ook deze samenwerkingsvormen moeten het meestal doen met tijdelijke financiering en de deelname van informele organisaties is vaak matig gefaciliteerd. Mensen uit formele organisaties nemen in werktijd deel aan overleggen, maar voor informele organisaties is het vaak een extra onbetaalde activiteit. Daardoor is er uiteindelijk nauwelijks structurele samenwerking. Er is geen coördinerende organisatie die zowel het overzicht heeft

als ook handelend kan optreden om samenwerking op gang te brengen.

Op dit moment is het beeld dat de samenwerking tussen de formele en informele zorg dus beperkt is. Er zijn enkele individuen tussen formele en informele organisaties in, die samenwerkingen aangaan. Daarnaast zijn er georganiseerde overlegvormen, bijvoorbeeld door wijktafels of via buurtteams, vaak met een coördinator. Tegenover de rol van zulke ‘verbinders’ staat iedereen positief. Veel mensen geven aan dat ‘alles continu verandert’ en dat het veel tijd kost om dat allemaal bij te houden. Een ‘verbinder’ kan hierbij helpen. Maar zulke verbinders worden tot nu toe nauwelijks gefaciliteerd.

‘Wat ik heel erg terug hoor uit de informele zorg, is dat bijvoorbeeld veel mantelzorgers het niet erg vinden om te zorgen, maar wat ze wel erg vinden, is het stukje coördinatie met al die verschillende soorten hulpverlening, formulieren aanvragen, indicaties regelen. [...] Ik kan me voorstellen als je iemand wil verleiden om aan de slag te gaan met een opleiding of stap naar werk, dat je iemand kunt ontlasten. Zouden we daar iets op kunnen verzinnen? Daar zou zo’n verbinder in kunnen helpen.’

4.3 De toekomst: ideeën uit de wijk

Het is duidelijk geworden dat men in de wijk volop voor elkaar zorgt. Betaald of onbetaald, mensen zorgen voor elkaar vanuit het hart. Tegelijkertijd is er ook nog veel te verbeteren. De acht lessen vanuit de wijk leiden niet automatisch tot beter georganiseerde zorg of duurzame perspectieven voor mensen en organisaties die hierin actief zijn. In onze gesprekken in de wijk hebben we ook telkens aan de orde gesteld hoe het praktisch beter kan. We vertalen dat hier eerst in een fictieve ‘ideale’ situatie voor de persona’s die we eerder introduceerden: Samira;

haar zorgverleners Nadia, Yvette en Fatima; en verbinder Harry. Daarna beschrijven we de stappen die nodig zijn om deze situatie te bereiken. Tot slot keren we expliciet terug bij het arbeidsmarktperspectief van House of Skills.



4.3.1 Terug naar Samira



Het is 2025. Samira drinkt samen met andere buurtgenoten een kop thee aan een tafel in het buurthuis. Ze heeft het zichtbaar naar haar zin. Ook al is ze vijf jaar ouder, ze voelt zich alsof ze vijf jaar jonger is geworden. Dat komt vooral door de nieuwe activiteiten die ze onderneemt. Ze komt zeker twee keer per week in het buurthuis: voor een gespreksgroep voor ouderen die mooie herinneringen met elkaar delen en soms ook samen zingen, maar ook – én dat vindt ze het allerleukst – voor een kookgroep met jonge mensen. Ze kookt niet zelf – vooruit, ze doet af en toe iets voor – maar is vooral een soort vraagbaak over traditionele recepten. Dat geeft haar veel voldoening. Het gevoel van eenzaamheid is verdwenen.

Natuurlijk heeft Samira nog wel zorg nodig. Die krijgt ze vooral van Fatima, die nu een betaalde baan heeft bij een wijkgerichte zorgorganisatie, Slotervaart Zorg, die in het buurthuis gevestigd is. Fatima is daar enorm trots op. De baan is er uiteindelijk gekomen nadat ze een leer-werktraject kon volgen, met behoud van uitkering. Daarin kon ze haar 'skills' op het gebied van verzorging ontwikkelen en laten erkennen. Toen het traject klaar was, kon ze bij Slotervaart Zorg een contract krijgen. Hoewel Fatima het druk heeft, komt ze nu bijna dagelijks bij Samira thuis en doet allerlei verzorgend werk, variërend van hulp met aankleden tot het begeleiden van een bezoekje aan het buurthuis. Samira is blij met Fatima als vast gezicht waarbij ze ook al haar hulpvragen kan neerleggen.

Wijkverpleegkundige Yvette heeft inmiddels een andere baan als docent wijkverpleegkunde in het middelbaar

beroepsonderwijs, maar verzorgende Nadia is nog in beeld bij Samira. Zij is ook bij Slotervaart Zorg in dienst en ook zij heeft op voorspraak van Yvette een ontwikkeltraject gevolgd, waarna ze haar 'skills' heeft laten erkennen. Nu mag ze meer zorgtaken uitvoeren. Bij Samira komt ze af en toe langs voor wat ingewikkelder taken, zoals de medicatie. Nadia en Fatima zitten samen in een team dat de zorg voor een aantal oudere mensen regelt. Ze doen heel veel zelf, maar voor administratie en dergelijke zijn er mensen bij Slotervaart Zorg die ondersteunen, of kunnen verwijzen naar anderen.

Harry is de coördinator van Slotervaart Zorg. Hij kent iedereen die met de zorg in zijn eigen buurt te maken heeft, en de mensen van soortgelijke organisaties in andere buurten. Ook overlegt hij regelmatig met coördinerende mensen uit de hele stad. Harry houdt niet van vergaderen, maar dit voelt anders, omdat het telkens gaat over concrete manieren waarop ze elkaar kunnen helpen. Er is geen gevoel van concurrentie meer, er zijn een aantal mensen uit de wijk zinvol aan de slag geholpen en zelf hoeft Harry ook niet langer elk jaar te knokken voor subsidies en tijdelijke contracten.

Het is een flinke strijd geweest voordat Slotervaart Zorg van de grond kwam, maar nu gebeuren er mooie dingen. Harry heeft met Yvette en Nadia een leer-werktraject voor informeel verzorgenden in de wijk opgezet. Volgende week gaat dit voor het

eerst draaien met 15 belangstellenden uit Nieuw-West. Omdat het traject is opgezet vanuit de wijk geeft dit Harry veel energie. Verschillende grote bewonersinitiatieven uit de stadsdelen Zuidoost en Noord zijn geïnteresseerd in wat Harry tot nu toe al heeft opgezet. Harry, Yvette en Nadia hopen dat Slotervaart Zorg uiteindelijk een officieel diploma 'wijkverzorgende' uit mag geven waarin lokale zorgskills erkend worden.

4.3.2 Van informeel zorgen naar betaald werk

Welke stappen zijn er nodig om het scenario zoals geschetst in de vorige paragraaf werkelijkheid te laten worden? Voor een antwoord op die vraag grijpen we weer terug op onze resultaten vanuit de wijk. Daar hebben we mensen gevraagd naar oplossingen voor de problemen die ze momenteel ervaren en naar hun ideale toekomstbeeld. Het ging daarbij zowel om een algemeen toekomstbeeld rond zorg in de wijk, als om de specifieke vraag hoe mensen kunnen toegroeien naar een betaalde baan in de zorg³².

Vanuit de acht lessen die we leerden komen we tot acht bijbehorende stappen, die we hieronder toelichten.

Stap 1. De zinvolle en zingevende activiteiten kunnen worden benut door te denken vanuit mensen, niet vanuit systemen

Je krijgt een nieuw perspectief als je begint bij de mensen die zorg nodig hebben en zorg willen verlenen. Zij doen zinvolle en zingevende activiteiten, die dus van waarde zijn. In ons voorbeeld heeft Samira twee mensen, Nadia en Fatima, die haar graag willen helpen, maar vanuit de systeemwereld beperkingen krijgen opgelegd in wat ze mogen doen. Om nu in een betaalde baan in de zorg aan de slag te gaan, heb je een specifiek diploma nodig. Zeker voor werk op niveau mbo-4 en hoger zijn de regels streng. Verpleegkundige is een 'beschermde beroepstitel', wat betekent dat in de wet is vastgelegd aan welke eisen je moet voldoen om jezelf verpleegkundige te mogen noemen. Een verpleegkundige moet ook een BIG- registratie hebben. Kortom: verpleegkundige word je niet zomaar. Juist de verpleegkundige heeft vanuit het

systeem gezien een centrale rol. Maar gezien de tekorten zal er iets moeten veranderen.

'Wat we volgens mij moeten doen met elkaar is anders gaan kijken naar: wat is waardevol werk? Dat vraagt nogal veel, want dat is echt een verandering in de samenleving, maar je kan maatschappelijke inzet anders gaan waarderen (...) Maak daar gebruik van, want het is hartstikke belangrijk. (...) De kantine schoonmaken is ook belangrijk werk en als iemand af en toe een kopje soep brengt naar de burens is dat ook belangrijk. En daar mogen we naar elkaar ook meer waardering over uitspreken.'

Stap 2: Waardeer ervaringsdeskundigheid en specifieke kennis

Problemen van mensen in de wijk kun je voor een groot deel oplossen met behulp van mensen die dichtbij die problemen en mensen staan. Daar zijn informeel verzorgenden van overtuigd. Ze noemen allerlei voorbeelden vanuit hun eigen ervaring maar ook vanuit bredere ervaring of vanuit onderzoek³³.

Die ervaringsdeskundigheid zou je ook meer 'officieel' kunnen waarderen, vinden sommigen.

'[Een mantelzorger] heeft al tien jaar ervaring met haar moeder, dus qua tijd heeft ze al heel veel besteed. Dat moet eigenlijk uitgedrukt worden in bepaalde waardering (...) Je zou dus kunnen denken dat een opleiding daar ook naar moet kijken. Dat ze vrijstelling krijgt, en dat ze daardoor versneld haar diploma krijgt. Ik weet niet of dat een punt is wat uitgewerkt kan worden of dat het bestaat?'

Ook het belang van specifieke kennis over taal en cultuur wordt genoemd. Dit heeft deels te maken met letterlijk

³² Aansluitend bij het arbeidsmarktperspectief van het House of Skills

³³ In de afgelopen jaren is veel onderzoek naar ervaringsdeskundigheid gedaan of gestart. Zie voor een overzicht bijvoorbeeld Weerman et al., 2019. Het Leger des Heils wordt regelmatig genoemd als voorloper in het inzetten van ervaringsdeskundigen.

elkaar verstaan. Maar het gaat ook over vertrouwen. Er is een drempel om toe te geven dat je hulp nodig hebt. Veel mensen hebben zorg nodig, maar geen vertrouwen in officiële instanties. Ze kunnen dan nog wel bereikt worden door bijvoorbeeld een geloofsgemeenschap, of een vrijwilliger met dezelfde culturele achtergrond. Deze contacten zijn enorm belangrijk, omdat er in sommige culturen een hoge drempel geldt voor het vragen om hulp van buitenstaanders in het algemeen en officiële instanties in het bijzonder. Een term die hierbij viel was 'camouflage-aanbod'. Niemand vindt het leuk om zich in te schrijven voor een eenzaamheidsbestrijdingsproject. Een maatjesproject klinkt al een stuk vriendelijker, maar kan op de achtergrond hetzelfde doel hebben.

Ook het belang van wederkerigheid werd benadrukt. Alleen maar afhankelijk zijn van anderen is niet prettig. Er zou daarom meer aandacht moeten zijn voor wat mensen die hulp vragen zelf kunnen bijdragen als 'wederdienst'. In ons voorbeeld wordt Samira's deskundigheid als kok ingezet. Dat kan het gevoel van eigenwaarde en verbondenheid versterken.

Stap 3: Bied mensen de kans zich te ontwikkelen zonder zorgen over hun bestaanszekerheid

Veel mensen in de stadsdelen Nieuw-West en Zuidoost kunnen de eindjes niet of maar net aan elkaar knopen. Ze hebben tijdelijke, onzekere of onregelmatige banen, of zijn afhankelijk van een uitkering. Vaak is er weinig tot geen spaargeld, soms zijn er schulden. Mensen in zulke situaties hebben veel aan hun hoofd en leven vaak van dag tot dag. Het is lastig plannen maken voor over drie jaar, als je nog niet weet of je aan het eind van de maand wel eten kunt kopen of de huur kunt betalen. Het volgen van een opleiding om jezelf te ontwikkelen is dan een grote stap waarbij allerlei praktische problemen

spelen. Soms zijn mensen ook bang om de stap te zetten, omdat ze in een uitkeringssituatie zitten en de zekerheid van de uitkering niet willen verliezen. Er zijn wisselende verhalen over hoe mensen zelf en uitkeringsinstanties daarmee omgaan.

'Er zijn heel veel mensen die een uitkering hebben, die kunnen met behoud van hun uitkering gaan studeren. Daarna gaan ze dan door naar een baan. (...) Maar ze maken onderscheid tussen de mensen. Leeftijd, hoe is je taal, dat soort dingen. Ik merk dat er heel veel mensen zijn die wel willen, maar niet kunnen omdat er niet genoeg begeleiding daarin is. Geen financiën. En een hoop mensen krijgen geen studiefinanciering meer dus dan moeten ze alles zelf betalen. Mensen in een uitkering (...) hebben geen ruimte om te kunnen sparen dus dan houdt het leren vanzelf op.'

'De UWV klantmanager, in ieder geval diegene waar je het gesprek mee hebt om het te kunnen onderbouwen en misschien ook wel een stukje maatwerk te krijgen, [die is] ook alleen maar blij, als je uit een uitkering komt. (...) Wat ik tot nu toe merk bij het UWV, soms is het wel even lullen als Brugman. Maar ze willen wel steeds meer en vaker maatwerk leveren.'

Stap 4: Bied ontwikkelmogelijkheden op maat. Ontwerp een laagdrempelige manier om verworven 'skills' te erkennen

Het is nu onduidelijk voor hoeveel informele zorgverleners de stap naar een betaalde baan in de zorg een realistische optie is. Er zijn voorbeelden van mensen die zich succesvol ontwikkelen, maar vaker hoor je dat mensen tegen allerlei barrières aanlopen.

Voor informele zorgverleners die een betaalde baan willen, zijn er nu twee realistische mogelijkheden. Ze maken een stap naar niveau mbo-2 (helpende, opleidingsduur in principe 2 jaar) of mbo-3 (verzorgende, opleidingsduur in principe 3 jaar). Er zijn hierbij allerlei

opties beschikbaar: bijvoorbeeld een BBL-opleiding (Beroepsbegeleidende Leerweg), waarbij je vrijwel meteen aan de slag gaat in de praktijk en één of twee dagen per week naar school gaat. Grote zorgorganisaties bieden dit soort opleidingen soms zelfs gratis aan³⁴. Je hebt in principe wel een middelbare schooldiploma nodig om aan zo'n opleiding te mogen beginnen; anders kost het al snel een jaar extra.

Een opleidingstraject kost dus flink wat tijd. Daarnaast spelen er vaak allerlei praktische barrières. Door de informele zorg die mensen moeten verlenen, kunnen ze soms niet weg om op locatie een opleiding te volgen. Daarnaast ontbreekt door andere zorgtaken, onzekere inkomenssituaties en soms schuldenproblematiek de tijd en het geld om een opleiding te doen. Respijtzorg (het tijdelijk overnemen van taken van mantelzorgers) is een mogelijke oplossing die ruimte biedt voor mantelzorgers om een opleiding te gaan doen. Maar wie gaat dat betalen?

‘Maar ja hè, hoe? Hoe gaat ze punt 1 de zorg voor haar moeder dan regelen? Punt 2 de zorg voor haar twee jonge kinderen, hoe gaat ze dat dan regelen? Dat is best wel ingewikkeld. (...) Over het algemeen kunnen we niet een vrijwilliger voor een voltijdsopleiding vier dagen in de week regelen. En dat is te veel verantwoordelijkheid voor een vrijwilligezorger, als de vrijwilliger dan een keer niet kan dan kan zij dus niet naar haar opleiding, haalt ze haar examen niet.’

Het volgen van een complete formele opleiding kan dus een flinke drempel zijn. Maar de huidige formele opleidingen sluiten sowieso niet goed aan op de behoeften en mogelijkheden, vinden verschillende mensen in de wijk. Ze pleiten voor een andere manier van

kijken naar opleidingen, veel meer vanuit de vaardigheden of ‘skills’ die nodig zijn voor specifiek werk.

Stap 5: Waardeer en faciliteer organisaties die proactief en wijkgericht aan het werk gaan

In de wijk zijn allerlei initiatieven of organisaties rond zorg ontstaan. De mensen in deze organisaties kennen hun wijk dus ook goed. Men let op elkaar en zorgt waar dat nodig is ook voor elkaar. De intentie van deze organisaties is om mensen te helpen door hun zorgaanbod voor alle mensen zichtbaar te maken. Daarmee gaan ze vaak proactief aan de slag. We noemen ze daarom ook wel ‘proactieve collectieven’.

‘Veel informele zorg begint bij iemand die het niet kan vinden bij de grote organisaties. (...) Dat zijn organisaties die dachten: he, dit is hartstikke nodig, maar het is er eigenlijk niet, of niet op de goede manier. En dat ze weten dat het hartstikke nodig is, is vaak uit eigen ervaring.’

Proactieve collectieven kom op allerlei manieren in actie. Soms door een individu onder de aandacht te brengen bij de formele zorginitiatieven in de wijk. Soms ook door (delen van) de zorg samen met vrijwilligers op zich te nemen. Dit doen ze voornamelijk bij mensen die om verschillende redenen (cultuur, verblijfsvergunning) niet onder de aandacht willen komen bij de formele instanties. Ze bereiken groepen die anders lastig bereikt worden en zijn op deze manier een aanvulling op de formele zorg.

Veel collectieven zijn actief op het grensvlak van participatie en zorg. Ze hebben dus een brede blik en bereiken ook een brede groep mensen. Het zijn dit soort collectieven die vanuit de wijk ‘nieuwe’ mensen naar een betaalde baan

³⁴ Zo biedt de grote zorgorganisatie Amstelring bijvoorbeeld een traject ‘leerling-verzorgende IG’ (mbo niveau 3, BBL), waarbij de opleiding betaald wordt en de verzorgende-in-opleiding vanaf de start een leerlingensalaris ontvangt. Ook Cordaan biedt een soortgelijk traject voor zijinstromers in de ouderenzorg.

in de zorg zouden kunnen leiden; mensen die niet in beeld komen bij formele organisaties.

‘Het is natuurlijk ook een beetje zot dat we het zo hebben ingericht dat als je heel erg goed bent in zorg verlenen, dat je dan ook nog goed moet zijn met het invullen van formulieren om betaald te krijgen. Dat zijn capaciteiten die niet per se bij elkaar horen. En zelfs elkaar wel eens in de weg zitten.’

Stap 6: Geef tijd voor afstemming en samenwerking

De samenwerking tussen proactieve collectieven en de formele zorg is in zowel Zuidoost als in Nieuw-West nog zwak georganiseerd. Veel mensen in de informele zorg ervaren een gevoel van afstand tot de systeemwereld van formele zorgorganisaties en de overheid. Ze zien dat formele organisaties soms eigen netwerken opzetten, waardoor mensen in de informele zorg hun gevoel van gebrek aan waardering versterkt zien en beide werelden ook gescheiden blijven. Tegelijk blijft er uiteindelijk bijna altijd wel een wil tot samenwerken om de zorg in de wijk te verbeteren. Het ontbreekt dan vaak nog aan een concrete vorm waarin de samenwerking met een gemeenschappelijk doel vorm kan krijgen. Het bieden van duurzaam betaald werk voor informeel verzorgenden kan een mooi perspectief zijn om de samenwerking op gang te helpen.

‘De buurt, daar zitten de vrijwilligers, de mantelzorgers; de hele rataplan. En ik denk dat je die basis moet omarmen, want zij zijn de meest betrouwbare partijen in een wijk (...) Want ze zijn er altijd, ze wonen er en ze laten hun groep ook niet los, wat er ook gebeurt. (...). Over 4/5/6 jaar komt er weer een aanbesteding, waarbij de bekende stoelendans wordt gedaan, maar die basis, die blijft altijd.’

Stap 7: Werk vanuit vertrouwen en neem het gevoel van concurrentie weg

Veel van de proactieve collectieven hebben nu moeite om te blijven bestaan. Eerder trokken we de les dat dit soort organisaties kwetsbaar én flexibel is. Ze draaien op vrijwillige inzet en de netwerken van mensen die bekend zijn in de wijk en mensen met elkaar verbinden. Als dergelijke verbindende vrijwilligers niet meer deelnemen, komt vaak het voortbestaan van een collectief in het gedrang. Om samen zorgen in de wijk mogelijk te maken, zouden deze organisaties beter ondersteund moeten worden, zodat ze enerzijds hun kracht van flexibiliteit behouden en anderzijds hun kwetsbaarheid beperken. Volgens de betrokkenen heeft in ieder geval de gemeente daar een belangrijke rol in.

Veel initiatieven zijn (deels) afhankelijk van gemeentelijke subsidies. De gemeente stelt tot nu toe vaak voor één of enkele jaren subsidies beschikbaar voor informele organisaties. Om deze subsidie van de gemeente te krijgen, kunnen organisaties een plan indienen. De gemeente kiest het beste plan dat dan subsidie krijgt. Het gaat echter vrijwel altijd om projectsubsidies en niet om structurele subsidies. Daardoor kunnen opgebouwde netwerken snel weer verdwijnen omdat er geen subsidie meer binnenkomt na afronding van een project. Goede initiatieven krijgen hierdoor nauwelijks kans om te groeien en opgebouwde kennis en netwerken kunnen in rap tempo weer verloren gaan.

Bij dit punt rond vertrouwen en concurrentie past voor de Amsterdamse wijken een specifieke opmerking over buurtteams. Vanaf 2021 wordt er in de gemeente Amsterdam met buurtteams gewerkt. In juni 2020 hebben een groot aantal betrokkenen een brandbrief gestuurd, met als titel en hoofdboodschap ‘Geef informele netwerken een formele positie in de buurtteams’.

‘Ik hoop straks in 2021 dat we meer met buurtteams gaan werken, dat die lijnen dan veel korter worden, dat je inderdaad sneller kan schakelen en dat je elkaar sneller vindt.’

Stap 8: Waardeer en faciliteer mensen met een verbindende rol in de wijk

Mensen zoals Harry zijn verbinders. Zij kennen de wijk en de mensen, en koppelen de juiste mensen aan elkaar zodat mensen zorg kunnen verlenen en krijgen en zo tot hun recht komen. Verbinders kunnen bijvoorbeeld vertellen aan mantelzorgers, die vaak een beperkt netwerk hebben, welke ondersteunings- én ontwikkelmogelijkheden er in de zorg zijn.

Om goed te kunnen verbinden heb je naast een heleboel sociale skills ook tijd nodig. Daar gaat het vaak mis. Die tijd is er vaak niet, omdat verbinders ook geld moeten verdienen. En ‘verbinden’ is in de wijken en rondom zorg een functie die meestal geen geld oplevert.

‘Juist die verbinders hebben de leidende rol in het informele netwerk. En als je die hebt, komt het netwerk vanzelf.’

De lessen en stappen geven een goed overzicht over wat er in de wijk speelt en welke ideeën er leven. In de discussie in het volgende hoofdstuk bouwen wij hierop voort, om het nog een stap verder te brengen.



5. ‘Samen zorgen in de wijk’ in beeld

Hoe kunnen in een wijk mensen met zorgvragen én mensen die op een waardevolle manier in de samenleving willen participeren aan elkaar gekoppeld worden? In dit hoofdstuk beschrijven we op basis van de resultaten een nieuwe benadering rond ‘samen zorgen in de wijk’ en brengen we deze in beeld.

5.1 De complexiteit van samenwerken in de zorg

Dit onderzoek is vanuit een ‘bottom up’ wijkperspectief opgezet. De ervaringen van de mensen die van buiten de systeemwereld naar zorg in de wijk kijken, hebben hierdoor ruim aandacht gekregen. Dit was een bewuste keuze. Enerzijds omdat de geluiden van deze mensen in de praktijkwereld niet altijd gehoord worden in discussies over zorg. Anderzijds omdat we meerwaarde dachten te bereiken met het loslaten van het systeemperspectief als startpunt. Binnen de systeemwereld rondom zorg wordt al op allerlei manieren

nagedacht over het toeleiden van nieuwe mensen naar de zorg, maar dat lost niet alle problemen rond ‘matching’ van taken en mensen op. Juist een nieuw perspectief van buiten het systeem kan nieuwe ideeën opleveren, was de gedachte. We hebben daarom ook veel aandacht besteed aan het schetsen van een ‘ideaalbeeld’; en de stappen om daar te komen.

Dat ideaalbeeld roept allerlei nieuwe vragen op. Voordat wij hier op ingaan grijpen we eerst kort terug op hoe samenwerking in de zorg in de context van arbeid en participatie in de wijk vorm krijgt.

Figuur 5.1 is een startschets van samenwerking in de zorg, gezien op individueel niveau³⁵. Duidelijk is dat alle betrokkenen in hun eigen hokje staan, maar wel goed met elkaar verbonden zijn. Dat laten we zien met de pijlen in de figuur. In de praktijk van de wijk krijgt

Figuur 5.1. Startschets samenwerking in de zorg (individueel)



35 Dit sluit aan op de beschrijving in hoofdstuk 2.

samenwerking op andere manieren vorm. De startschets hebben wij daarom vertaald naar een praktijkschets van samenwerking rond zorg in de wijk, gebaseerd op de resultaten van dit onderzoek. In figuur 5.2 is direct te zien dat de samenwerking er in werkelijkheid een stuk complexer uitziet.

De buitenste stippellijn geeft het kader van 'de wijk' aan. De stippellijnen tussen de actoren staan voor de problematische samenwerking tussen de informele en formele zorg. In de praktijk blijkt het lastig om die twee vormen van zorg blijvend te verbinden. Dit heeft onder meer te maken met ervaren wantrouwen en ongelijkheid in de wederzijdse verhoudingen. Ook de tijdelijkheid van initiatieven die wel de verbinding leggen tussen informeel en formeel, maar alleen projectfinanciering kunnen krijgen, is een probleem. Vanuit de landelijke overheid is het concept van de participatiesamenleving waarin iedereen meedoet neergelegd, maar over de praktische invulling hiervan op wijkniveau bestaat veel onduidelijkheid. Er zijn allerlei plekken waar deze problemen geadresseerd worden, zoals wijktafels of wijkzorgallianties, maar die lossen niet alle problemen op.

Verder is duidelijk dat er allerlei organisaties achter de zorgverleners zitten, die elk in hun eigen hokje staan. De wijk

is niet voor alle organisaties een relevante context. Het zijn vooral de organisaties in de informele zorg die aan de wijk verbonden zijn; voor de formele zorg is de wijk minder belangrijk. Daarom is deze deels buiten de wijk geplaatst, net als de overheid. Ook de relatie tussen de overheid en de lokale informele zorgorganisaties is problematisch.

5.2 Een nieuwe benadering: samen zorgen in de wijk

Waar ligt dan de oplossing? Wij denken dat die begint bij het nemen van de zorg in de wijk als uitgangspunt voor het organiseren van het systeem; en daarin inzetten op zo goed mogelijk verbinden.

De kernpunten van deze nieuwe benadering van zorg in de wijk zijn:

- Organisaties denken niet meer vanuit hun eigen hokjes, maar werken samen en pakken de benodigde activiteiten dan ook samen op.
- Ze spreken als één richting de zorgbehoevende.
- 'Verbinders' zetten samenwerking

Figuur 5.2. Praktijkschets samenwerking zorg in de wijk



- tussen informele en formele zorgverleners op en sturen deze aan.
- De verbinders zorgen ook voor verbinding met andere relevante actoren in de wijk (ondernemers, buurthuizen, etc.).
 - De lokale overheid faciliteert de verbinders op een duurzame wijze en zorgt ook voor de aansluiting met andere overheidsniveaus, zoals andere stadsdelen, de centrale stad en/of de landelijke overheid. De uitwerking van deze benadering staat in figuur 5.3.

In deze nieuwe benadering ontstaat vanuit arbeidsmarktperspectief meer ruimte om toe te groeien naar een rol als

verzorgende. Uitgangspunt is immers de wijk waarin mensen al wonen, vertrouwd zijn en vaak al waardevolle ervaringen hebben. De verbinders zijn dichtbij en samenwerking is een kernpunt. Dat biedt een vriendelijker en laagdrempeliger context om aan de slag te gaan dan de huidige sterk geformaliseerde systeemwereld van de zorg.

Natuurlijk is deze nieuwe benadering een ideaalbeeld en roept deze onherroepelijk nieuwe vragen op. Met als belangrijkste vraag: hoe hier te komen?

In het volgende hoofdstuk formuleren we conclusies en aanbevelingen.

Figuur 5.3 Nieuwe benadering samen zorgen in de wijk





6. Conclusie en aanbevelingen

In dit slothoofdstuk bespreken we eerst de conclusies uit ons onderzoek. Vervolgens keren we terug naar de opdrachtgever van dit onderzoek, het House of Skills. We formuleren aanbevelingen voor House of Skills om de conclusies in acties om te zetten en bespreken drie mogelijke rollen die House of Skills in de wijk op zich zou kunnen nemen.

6.1 Conclusie

In de wijk zijn mensen met hart en ziel aan de slag om te zorgen voor diegenen die het nodig hebben. Er zit veel kracht in de wijk, wat nog lang niet altijd door alle betrokkenen gezien en of gewaardeerd wordt³⁶. Dat er veel gebeurt, wil niet automatisch zeggen dat alles ook vlot verloopt. Want wanneer het om samenwerking gaat, is er nog veel te verbeteren. Een betere samenwerking kan enerzijds zorgen voor betere zorg in de wijk, door het benutten van aanwezige kennis bij de informele zorgverleners. Anderzijds kan het een arbeidsperspectief geven aan mensen die nu informeel zorgen.

Vanuit de wijk leerden wij dat de specifieke kennis en ervaring van de informele zorg onmisbaar is om passende zorg te verlenen aan mensen die dit nodig hebben³⁷.

Als je deze conclusie doortrekt naar de organisatie van de zorg in de wijk, dan is de informele zorg te typeren als een ‘missend puzzelstuk’. Er is niet echt sprake van ‘samen zorgen in de wijk’ zolang deze groep met specifieke kennis en ervaring niet structureel en gelijkwaardig bij de ‘systeemwereld’

van de formele zorg en de overheid betrokken wordt. Daarbij spelen op dit moment drie problemen een rol:

1. Gebrek aan waardering. Veel informele zorgverleners voelen zich onvoldoende gewaardeerd door de systeemwereld.
2. Stroeve communicatie. Mensen die informeel actief zijn in de zorg in de wijk en mensen uit de systeemwereld praten vaak langs elkaar heen. Ze spreken een andere ‘taal’ (soms letterlijk, vaak figuurlijk) en zijn niet altijd bereid informatie met elkaar te delen.
3. Ongelijkwaardigheid. Het voortbestaan van informele zorgorganisaties staat onder constante druk. Er is weinig geld en organisaties zijn kwetsbaar. Daardoor lukt het nauwelijks om aan de lange termijn te denken, nemen formele partijen de informele organisaties niet altijd serieus en komt gestructureerde samenwerking niet van de grond. De systeemwereld van formele organisaties en de overheid faciliteert ‘verbinders’ die pogingen doen om dit vlot te trekken matig.

Eén van de gevolgen van deze situatie is dat er voor mensen die actief zijn in informele zorg niet echt een duidelijke en haalbare manier is om door te groeien naar een betaalde baan in de zorg. Gelukkig zijn er volop aanknopingspunten voor een betere samenwerking in de nabije toekomst. Mensen in de praktijkwereld van de wijk willen met de systeemwereld samenwerken, omdat ze beseffen dat er een groter geheel is. Ze zitten boordevol ideeën over hoe dit vorm kan krijgen³⁸. Het

36 Deze resultaten sluiten aan op wat we in eerder onderzoek naar andere thema's in de wijk al concludeerden (zie bijv. Meulemans & Hogenstijn, 2019).

37 Zie paragraaf 4.1 en 4.2

38 Zie paragraaf 4.3

komt neer op denken vanuit de mens die hulp nodig heeft en het waarderen van en vertrouwen op de ervaring en kennis in de wijk. Vanuit deze basis kan een evenwichtig en goed georganiseerd wijknetwerk van zorgverleners ontstaan. In dit netwerk kunnen mensen die dit willen zichzelf ontwikkelen om de zorg betaald uit te voeren. De skills die deze mensen bezitten of ontwikkelen worden gemakkelijker erkend.

Voor een duurzaam wijknetwerk is verbinding nodig tussen de 'informele' wereld van de wijk en de systeemwereld. De mensen en organisaties die deze verbinding willen bewerkstelligen, moeten daarvoor tijd en ruimte krijgen.

6.2 Aanbevelingen

Wij denken dat de nieuwe benadering 'samen zorgen in de wijk' veel van de huidige problemen kan helpen oplossen. De wijk is daarin het uitgangspunt, samenwerking is de basis en gefaciliteerde verbinders vormen de kern. De nieuwe benadering kan nieuwe kansen bieden voor mensen om in de zorg aan de slag te gaan. Maar dit gaat niet vanzelf. Daarom tot slot enkele aanbevelingen voor het House of Skills om stappen te zetten in de richting van de nieuwe benadering.

1. Erken de waarde van informele zorg.
De informele zorg die mensen krijgen is onmisbaar en het verlenen van die informele zorg is zinvol en zingevend. Houd hier in de systeemwereld ook rekening mee en schat informele zorgverlening op waarde, ook vanuit arbeidsmarktperspectief.
2. Faciliteer verbinders structureel.
Verbinders zijn essentieel om mensen en organisaties te laten samenwerken én om ook mensen in de wijk te bereiken die niet makkelijk gehoord of gezien worden. Verbinders zijn vaak verbonden aan wijkgerichte initiatieven of sociale ondernemingen. Deze hebben

structurele ondersteuning nodig, zodat ze voor de langere termijn plannen kunnen maken en contacten kunnen opbouwen.

3. Verlaag de drempels om betaald in de zorg aan het werk te gaan. Deze zijn nu voor veel mensen te hoog. Zoek naar nieuwe manieren om 'over de drempel' te komen, bijvoorbeeld door het laten erkennen van ervaringsdeskundigheid of netwerk als 'skill', gekoppeld aan een perspectief op betaald werk. Koppel dit aan een gedetailleerd onderzoek naar de vragen welke barrières mensen tegenkomen die zichzelf nu willen scholen richting een betaalde baan in de zorg, en hoe zij deze kunnen overwinnen.

6.3 Mogelijke bijdrage House of Skills aan het wijknetwerk

De hierboven genoemde aanbevelingen zijn door ons uitgewerkt in mogelijke bijdragen/rollen voor het House of Skills in de wijk. Er is immers nog steeds een groot tekort aan mensen in de zorg. Door te denken vanuit de wijk kun je een potentiële bron voor nieuw personeel in de zorg aanboren. Hier zijn mensen met mogelijkheden die best een betaalde baan in de (wijk)zorg willen, maar die in het huidige systeem geen kans krijgen. De ervaring en specifieke vaardigheden waarover zij beschikken zijn lastig te valideren. Daarnaast ervaren ze drempels om opleidingen te volgen, waardoor zij minder snel in aanmerking komen voor een betaalde baan. Het House of Skills, waarin met de skillsbenadering in de kern om- en bijscholingstrajecten (assessment – scholing – matching) worden gecreëerd, kan dit voor deze groep mensen helpen doorbreken.

House of Skills (HoS) kan dus een wezenlijke bijdrage leveren aan het toeleiden van nieuwe mensen naar de zorg in de wijk. We zien mogelijkheden voor drie specifieke rollen.

1. *House of Skills als verbinder vanuit de wijk*

Een onderdeel van het House of Skills wordt in de wijk dé verbinder als het gaat om scholingstrajecten gericht op de zorg. Gezien de verschillen tussen wijken moet dit per wijk op maat vorm krijgen. Dienstverlening kun je dus niet vanaf een afstand ‘inpluggen’ in de wijk. Idealiter bouwt HoS dit mét en in de wijk op en zijn het ook de mensen uit de wijk die deze ‘verbindende organisatie’ vormgeven (toegepast op wat er in de wijk leeft en hoe de wijk werkt) en dragen. Assessment, scholing en matching vinden ook plaats in de wijk.

2. *House of Skills als betrokken facilitator in de wijk*

Een onderdeel van het House of Skills gaat de bestaande verbinders en proactieve collectieven helpen bij het toepassen van de skillsgedachte en helpt zo de wijk verder. Het House of Skills spant zich in om opleidingen zover te krijgen om lokale kennis, ervaring en vaardigheden te valideren en betreft hier de verbinders in. De verbinders leiden mensen die zich willen laten om- of bijscholen zelf op, of leiden ze wanneer dit niet kan door naar de experts van House of Skills die actief zijn op De Werkvloer.

3. *House of Skills als slimme raadgever voor de wijk*

House of Skills fungeert vooral als raadgever voor de stadsdelen en mogelijk de buurtteams, die op hun beurt weer contact houden met de verbinders in de wijk. Het House of Skills verzamelt middels experimenten kennis over het toepassen van de skillsgedachte, werkt deze uit en deelt deze met de stadsdelen. Vanuit dit punt ontwikkelen de stadsdelen samen met verbinders in de wijk toepassingen die passen bij de specifieke wijk. Mensen die zich willen laten om –of bijscholen worden

door de verbinders doorgeleid naar de experts van House of Skills die actief zijn op De Werkvloer.

De drie rollen sluiten elkaar niet uit en zijn wellicht te combineren. Wij denken dat House of Skills als verbinder vanuit de wijk uiteindelijk het meest succesvol kan zijn. Uit dit rapport blijkt immers dat er in de wijk veel energie is om te komen tot betere samenwerking en dat er schat aan lokale (zorg) ervaring is waarvoor men waardering wil. Beide signalen borg je het beste in een vorm waarin informeel verzorgenden meebeslissen en samen met proactieve collectieven nieuwe initiatieven ontplooien. Duurzame ondersteuning van de verbindende rol is essentieel. Maar als je dit doet, liggen er ook mooie kansen voor een van onderaf opgebouwd eigenaarschap van de skillsgedachte en dus een grotere kans op duurzaam succes.



Dankwoord

Graag willen we House of Skills bedanken voor het mogelijk maken van dit meerjarige onderzoek. Daarnaast willen wij ook de volgende mensen bedanken die ons in de wijk hebben geholpen met het toegang krijgen tot de wijk en het verzamelen van data: Michel Calvo, Quinty Dikic, Mellicia Tjoeng, Jorik Brugman, Raoul van Rozendaal, Rick Biere, Ismael Salem, Chantal Koster, Michelle Lambeck en Mitchell Elferink. We bedanken onze collega's van HvA – The Work Lab en in het bijzonder Joop Zinsmeister, die met ons de wijk in ging; Hafid Ballafkih voor het kritisch meelezen; en Lianne van den Berg die zowel meeging als meelas.

We danken Wijkzorg Amsterdam Zuidoost en Ru Paré Community in Amsterdam Nieuw-West, die samen met ons de bijeenkomsten in de wijk organiseerden en zo als echte verbinders optraden.

Tot slot zou dit rapport nooit tot stand zijn gekomen zonder de enorme bereidheid van mantelzorgers, vrijwilligers en medewerkers die betrokken zijn bij verschillende zorg/wijkinitiatieven om hun ervaringen, wensen en ideeën met ons te delen. Dank voor jullie vertrouwen!

Bronnen

- Abu Ghazaleh, N., Hogenstijn, M., Meerman, M., Zinsmeister, J., & Ballafkih, H. (2017). *Meedoen in Nieuw-West 2: de rol van bedrijven in de participatiesamenleving*. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam, Urban Management. https://www.hva.nl/binaries/content/assets/subsites/kc-be-carem/assets_10/meedoen_in_nieuwwest_def_web2.pdf
- Ballafkih, H., Zinsmeister, J., Meerman, M. & Bay, N. (2016). *Meedoen in Nieuw-West*. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam. https://www.hva.nl/binaries/content/assets/subsites/kc-be-carem/assets_11/meedoen_in_nieuw-west_def_klein.pdf
- Biere, R., Brugman, J. & Van Rozendaal, R. (2018). *Samen zorgen in de wijk. Een inventarisatie van collectieve organisaties gericht op zorg in het stadsdeel Amsterdam Nieuw-West*. Hogeschool van Amsterdam: ongepubliceerde scriptie Ergotherapie.
- Calvo, M., Dikic, Q., & Tjoeng, M. (2018). *Gezondheid in de Wijk. Wat is de organisatiestructuur van zorgverleners in de informele zorg in de wijken van Amsterdam Zuidoost?* Hogeschool van Amsterdam: Ongepubliceerd rapport BKM jaar 4.
- Calvo, M. (2018). *'Samen zorgen in de wijk'. Een onderzoek rondom succesfactoren van informele zorginitiatieven in Amsterdam Zuidoost*. Hogeschool van Amsterdam: ongepubliceerde scriptie Bedrijfskunde.
- De Boer, A. & De Klerk, M. (2013). *Informele zorg in Nederland; een literatuurstudie naar mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. <https://www.sociaalwerknederland.nl/?file=8010&m=1374495028&action=file.download>
- De Boer, A., Plaisier, I. & de Klerk, M. (2019). *Werk en mantelzorg. Kwaliteit van leven en het gebruik van ondersteuning op het werk*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/04/01/werk-en-mantelzorg-kwaliteit-van-leven-en-het-gebruik-van-ondersteuning-op-het-werk>
- Elferink, M. (2019). *Samen zorgen in de wijk*. Hogeschool van Amsterdam: ongepubliceerde scriptie Bedrijfskunde. Hogenstijn, M. (2018). *Sociaal ondernemerschap: grip op het begrip*. Eburon. https://pure.hva.nl/ws/files/5083957/sociaal_ondernemerschap_grip_op_het_begrip.pdf?_ga=2.169239009.1780660582.1594714418-392525820.1558948374
- Huisman, C. (2020). *Mantelzorgers in loondienst bij zorgorganisatie*. Volkskrant, 8 juli 2020. <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/mantelzorgers-in-loondienst-bij-zorgorganisatie~bd32cf3f/>
- Koster, C. & Lambeck, M. (2019). *Samen zorgen in de wijk*. Formele en informele zorg en welzijn in Amsterdam Nieuw-West. Hogeschool van Amsterdam: ongepubliceerde scriptie Ergotherapie.
- Meulemans, W. R., Meerman, M. G. M., Bos, E. & Wildeboer, M. (2017). *Samen werken aan een inclusieve wijk economie in Amsterdam Zuidoost*. Amsterdam: Urban Management, Centre for Applied Research on Economics & Management, Lectoraat Human Resource Management. Hogeschool van Amsterdam. https://pure.hva.nl/ws/files/4188513/samen_werken_aan_een_inclusieve_wijk_economie_in_amsterdam_zuidoost.pdf?_ga=2.172378723.1780660582.1594714418-392525820.1558948374

- Meulemans, W., & Hogenstijn, M. (2019). *Samen leven en werken in de wijk*. In M. Meerman (Ed.), *Mens&Markt: HRM- onderzoek op het HBO* (pp. 129-137). Utrecht: Eburon. https://pure.hva.nl/ws/files/6198643/Meerman_129_137_Samen_leven_en_werken_aangepast.pdf?_ga=2.216752222.978397212.1593513042-392525820.1558948374
- Mok, A.L. (2011). *Arbeid, bedrijf en maatschappij*. 6de druk. Noordhof uitgeverijen.
- Morée, M. (2004). *Mantelzorg concurreert met prikken en bedden opmaken: de plaats van mantelzorg in opleidingen*. *Denkbeeld*, 17(2), 22-24.
- Mulder-Boers, D. (2004). *De thuiszorg: meer aandacht voor de mantelzorger*. In: Knipscheer, K. (red.). *Dilemma's in de mantelzorg*. Utrecht: NIZW.
- Oudijk, D., De Boer, A., Woittiez, I., Timmermans, J. & De Klerk, M. (2010). *Mantelzorg uit de doeken*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Post, F. (2017). *Met de benen op (de keuken) tafel? Formeel en informeel in het sociale domein*. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice* 26 (4), 71-76.
- Salem, I. (2019). *Lucas Buurtzorg. Impact van een sociale onderneming*. Hogeschool van Amsterdam: ongepubliceerde scriptie Bedrijfskunde.
- Scholten, C. (2011). *Zonder cement geen bouwwerk. Vrijwilligerswerk in de zorg, nu en in de toekomst*. Utrecht: Vilans / Movisie en Vereniging Nederlandse Organisaties Vrijwilligerswerk. https://www.vilans.nl/docs/producten/zonder_cement_geen_bouwwerk.pdf
- SIGRA (2018). *Arbeidsmarktrapportage 2018*. https://www.sigra.nl/sites/default/files/images/arbeidsmarktrapport_2018.pdf
- Struijs, A.J. (2006). *Informele zorg. Het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de langdurige zorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Touwen, D.P., Van Bruggen, S. & Heering, J.P. (2013). *Zorg uit betrokkenheid; een betekenisvolle definitie van mantelzorg ten behoeve van een passend ondersteuningsbeleid*. *Tijdschrift voor gezondheidszorg en ethiek* 23 (1), 2-7.
- UWV (2018). *Zorg. Factsheet Arbeidsmarkt 12 maart 2018*. UWV Afdeling Arbeidsmarktinformatie en advies.
- UWV (2020). *Factsheet Arbeidsmarkt Zorg 2020*. UWV, 16 maart 2020. <https://www.uwv.nl/overuwv/Images/factsheet-arbeidsmarkt-zorg-maart2020.pdf>
- Weerman, A., De Jong, K., Karbouniaris, S., Overbeek, F., Van Loon, E. & Van der Lubbe, P. (2019). *Professioneel inzetten van ervaringsdeskundigheid*. Amsterdam: Boom uitgevers
- Zouwen, van der, T. (2018). *Actieonderzoek doen. Een routewijzer voor studenten en professionals*. Amsterdam: Boom uitgevers

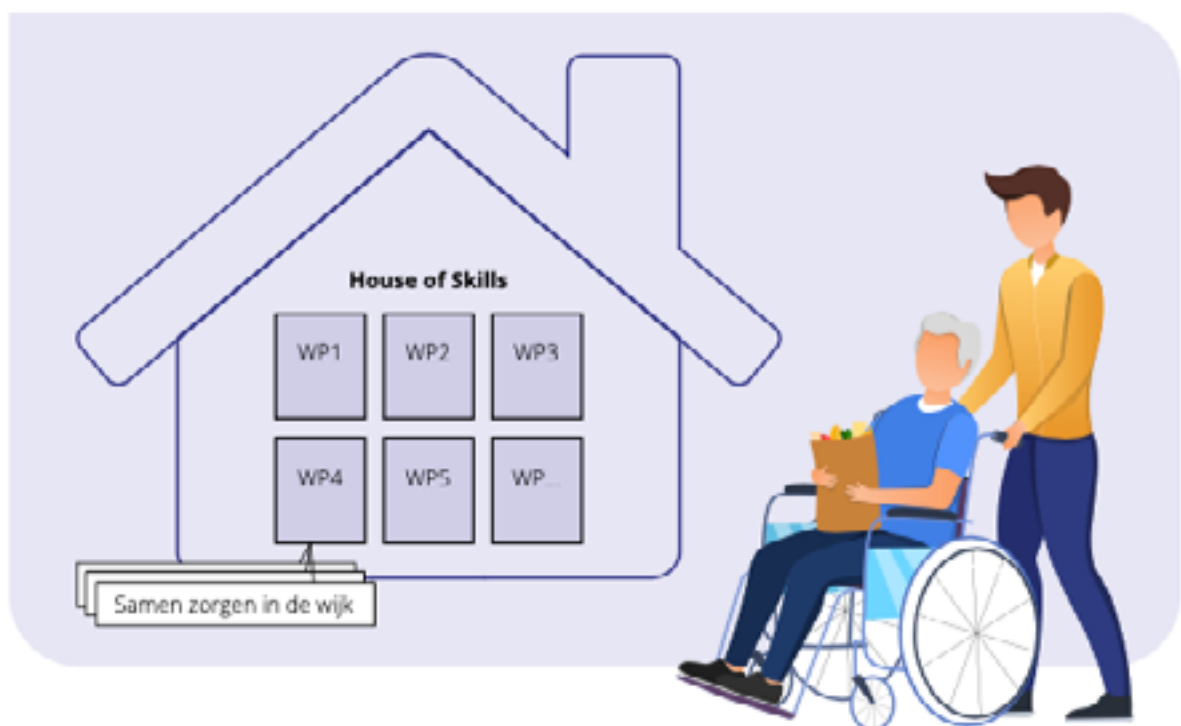
Bijlagen

Bijlage 1. Samen zorgen in de wijk en House of Skills

Samen zorgen in de wijk vormt een deelproject in werkpakket 4 (matching) van House of Skills regio Amsterdam; een publiek-privaat samenwerkingsverband dat mede is gefinancierd door het Europees Sociaal Fonds (ESF) en Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling (EFRO). Het House of Skills bestaat uit een partnerschap van werkgevers- en werknemersorganisaties, opleidingsinstituten en matchingsbureaus waaronder UWV en de uitzendbranche. Samen proberen zij oplossingen te vinden rond de thema's *Leven Lang Ontwikkelen* en *Duurzame Inzetbaarheid* voor het lagere en middensegment van de arbeidsmarkt in Amsterdam en omstreken. Voor die deze groepen vermindert de werkgelegenheid in bepaalde sectoren in snel tempo maar zijn er ook sectoren waar de vraag naar personeel groot is. Het House of Skills stelt zichzelf ten doel: *“Een betere (intersectorale) matching en duurzame*

inzetbaarheid op de skillsmarkt voor werkenden en werkzoekenden op lager en middelbaar niveau in de Metropoolregio Amsterdam”.

Organisatorisch is het House of Skills (HoS) opgedeeld in verschillende werkpakketten (WP) die elk een deel van het complexe vraagstuk trachten aan te pakken. Elk werkpakket bestaat uit deelprojecten. De Hogeschool van Amsterdam is verantwoordelijk voor de uitvoering van een aantal deelprojecten. De uitvoering gebeurt in lectoraten of onderzoeksgroepen. Dit deelproject valt in werkpakket 4 van het House of Skills, dat gericht is op matchingsvraagstukken (zie figuur). De uitvoering heeft plaatsgevonden in het lectoraat gedifferentieerd HRM, dat later transformeerde in onderzoeksgroep The Work Lab. Deze groep richt zich op vraagstukken rond arbeid, werken, leren, professionaliseren en sociaal ondernemerschap in Amsterdam en wil om deze reden ook bijdragen aan House of Skills.



Bijlage 2. Onderzoeksproces

De contouren van het project Samen zorgen in de wijk zijn definitief vastgesteld in het voorjaar van 2017. Onderzoeker Maarten Hogenstijn en docent-onderzoeker Wander Meulemans (beiden verbonden aan The Work Lab van de Hogeschool van Amsterdam) merkten tijdens verschillende veldonderzoeken naar participatie, arbeid en economie op dat de lokale zorgsector in Amsterdam volop in beweging was. Veel werknemers verloren hun baan in de zorg, maar gelijktijdig werden er ook stevige tekortenesignaleerd in diezelfde sector.

Voor deze ‘mismatch’ werden oplossingen gezocht. Het startpunt daarbij was (en is) om dit vanuit een bottom-up perspectief te realiseren, oftewel in de wijk. In de wijken zijn de tekorten aan zorg immers het meest zichtbaar. Gelijktijdig zijn in de wijken ook sociale ondernemingen en burgerinitiatieven in opkomst die aan verschillende maatschappelijke vraagstukken het hoofd willen bieden. Het organiseren van zorg van de wijk is een van die vraagstukken. Het verbinden van deze organisaties én recent ontslagen zorgwerkers (niveau 2 en 3) aan de in de wijk benodigde zorg stond centraal in het ontwerpen van het project ‘samen zorgen in de wijk’. Het project had als doel te onderzoeken of en hoe werknemers die ontslagen worden door een reorganisatie of door sluiting van een zorginstelling collectief kunnen worden opgevangen in bestaande of op te richten sociale ondernemingen in de wijk waar deze werknemers zelf wonen. In andere woorden; de matching van skills van ontslagenen met de benodigde zorg in de wijk stond centraal. Het uiteindelijke doel van ‘samen zorgen in de wijk’ was om in 3 jaar toe te werken naar een systemische aanpak van nieuwe arbeidsrelaties in de lokale gezondheidszorg waarbij wat we noemden ‘proactieve collectieven’ een belangrijke rol vervullen. Al in de

ontwerpfase van het project werd besloten om het project te richten op drie stadsdelen van Amsterdam waar relatief sociaaleconomische achterstand is ten opzichte van de rest van de stad. Het gaat hierbij om Nieuw-West, Zuidoost en Noord.

Uitvoering van het project heeft plaatsgevonden in drie fasen (zie hoofdstuk 3). Hieronder lichten we verder toe welke keuzes qua onderzoeksaanpak in de betreffende fasen zijn gemaakt.

Fase 1. Verkenning op drie niveaus

De zorgsector is in algemene zin sterk gereguleerd op nationaal niveau en formele diploma's zijn zeer belangrijk. Van het moment van aanvraag vinden in de zorgsector belangrijke ontwikkelingen plaats, die gevolgen hebben voor de focus van het project.

Het project gaat in het najaar van 2017 van start. Op dat moment lijken de vooruitzichten voor medewerkers in de zorg op niveau mbo-2 en mbo-3 nog matig. Dat verandert snel. In maart 2018 besluit het kabinet om extra geld uit te trekken om het personeelstekort in de zorg op te lossen. Ongeveer 350 miljoen euro wordt geïnvesteerd in het opleiden van nieuw personeel, omscholen van huidig personeel, extra stageplekken en regionale actieplannen. Ongeveer tegelijkertijd blijkt dat voor alle beroepen vanaf mbo-niveau 3 grote tekorten ontstaan, in Nederland als geheel (UWV, 2018) maar ook specifiek in de Metropoolregio Amsterdam. Uit de arbeidsmarktrapportage van SIGRA (september 2018) blijkt dat er meer dan 1600 vacatures zijn. De verwachting is dat tekorten verder oplopen omdat er minder ‘pas gediplomeerden’ zijn, meer uitstroom van personeel is en de vraag naar personeel in alle werkvelden toeneemt.

Het uitgangspunt dat veel medewerkers hun baan in de zorg zouden verliezen

gaat daarom niet meer op. De vraag ligt vooral bij het vinden van meer mensen om het werk in de zorg te doen. Op dat moment blijkt uit verkennend onderzoek dat er spanning ligt bij het werk op mbo-niveau 2. Er is in de wijk vraag naar dit werk, maar er is weinig budget voor.

In de drie vooraf gekozen stadsdelen onderzoeken we in deze fase welke organisaties momenteel actief zijn in de zorgsector, welke vraagstukken zij aanpakken hoe zij zich zelf organiseren en of hier overeenkomsten in te vinden zijn. Het gaat hierbij hoofdzakelijk om sociale ondernemingen en/of organisaties die een collectief /collaboratief / coöperatief bedrijfsmodel hanteren. Deels benaderen wij hiervoor ons eigen netwerk in Nieuw-West en Zuidoost. Ook voeren we een aantal gesprekken met belanghebbenden in Noord.

Studenten Bedrijfskunde en Ergotherapie helpen ons bij de verkenning. We besluiten om het onderzoek te focussen op Zuidoost en Nieuw-West, omdat daar goede aanknopingspunten zijn. Vier afstudeerders doen onderzoek onder mensen die actief zijn in wijkgericht werken in de zorg, van wijktafels, wijkzorgcoördinatoren tot vrijwilligers tot professionals tot ambtenaren. Verder starten twee docent-onderzoekers een verkenning bij Buurtzorg, maar die kan om praktische redenen niet worden voortgezet. De ingezette methoden zijn vooral interviews, observaties en literatuuronderzoek. Belangrijke uitkomst is dat bij de zorgvraag in de stadsdelen sprake is van ‘multi-problematieken’. In een individu komen fysieke, mentale maar ook sociale problemen vaak samen. Proactieve collectieven gaan aan de slag met deze problematiek en proberen hierin vooral te verbinden.

De fase wordt afgerond door een stakeholderbijeenkomst in Amsterdam Nieuw-West (waarvoor ook mensen uit

Zuidoost zijn uitgenodigd). We besluiten in de tweede fase verdieping te zoeken door middel van een aantal case studies.

Fase 2. Verdieping en case studies

In fase 2 krijgt het onderzoek meer richting. Het thema samenwerking tussen formele en informele zorg op wijkniveau wordt verder uitgediept. Na een aantal voorgesprekken starten we samen met een aantal afstudeerders van de opleidingen Bedrijfskunde en Ergotherapie 3 case studies waarin succesvolle samenwerking tussen formeel en informeel centraal staat. In elk van de casestudies zijn observaties en vooral interviews als methoden gebruikt.

- Case 1: Formele en informele zorg in één wijkgerichte organisatie

Hiervoor zijn interviews gehouden met de oprichter, een medewerker en twee vrijwilligers van initiatief 1; en met vijf zorgontvangers.

- Case 2: Met een informele zorgorganisatie toewerken naar een verdienmodel

Naast deskresearch en observaties worden vijf diepte-interviews gedaan met stakeholders die actief zijn rondom initiatief 2.

- Case 3: Verbinden formele en informele zorg op wijkniveau

In dit onderzoek zijn desk research, observaties en interviews als methoden gebruikt om informatie te verzamelen. Uiteindelijk zijn er diepte-interviews gehouden met acht betrokkenen: drie vanuit formele zorg, twee vanuit georganiseerde informele zorg en drie vanuit lokale informele zorg.

De fase is afgerond door de resultaten van de case studies terug te koppelen aan de betrokkenen in de wijken.

Fase 3. Vaststellen met conclusies en afronding

Bij de start van fase 3 bekijken wij (de twee auteurs) alle gecodeerde transcripten van de diepte-interviews

én de observaties in eerste instantie onafhankelijk van elkaar, met het oog op het formuleren van tussenconclusies. Vervolgens bespreken we deze, tot er consensus ontstaat en we thematisch coderen, met als hoofdthema's mensen, organisaties en samenwerking.

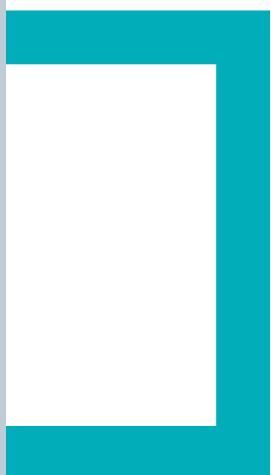
Vervolgens starten we met de voorbereiding van stakeholderbijeenkomsten in beide stadsdelen. Hiervoor zoeken we samenwerking met organisaties in de wijk, die zowel de bijeenkomst kunnen faciliteren als de juiste mensen aan tafel brengen. In Nieuw-West werken we samen met de Ru Paré Community / Netwerk Informele Zorg Nieuw-West; en in Zuidoost met alliantie Wijkzorg Zuidoost / MaDi.

We bereiden een presentatie voor met een aantal tussenconclusies en vervolgvragen voor focusgroepgesprekken in kleinere deelgroepen. Eind januari 2020 vinden deze bijeenkomsten plaats. In totaal nemen een vijftigtal formele en informele zorgverleners deel aan vijf focusgroepgesprekken, met elk acht tot twaalf deelnemers, een gespreksleider en een notulist. Deze gesprekken zijn (met toestemming van de deelnemers) opgenomen en getranscribeerd, en

vervolgens door elk van de auteurs gecodeerd. Over de codering overleggen we vervolgens totdat consensus is bereikt. Dit vormt de basis voor het formuleren van de lessen en stappen in hoofdstuk 4.

Bij het schrijven van dit eindrapport hebben we de informele en formele zorgverleners in de wijk als belangrijke doelgroep voor ogen. Daarom besluiten we het resultatenhoofdstuk beeldend en praktisch te maken, door het gebruik van persona's. Om de dynamiek tussen de belangrijkste spelers rond zorg in de wijk in beeld te kunnen brengen, hebben we vijf persona's nodig; een zorgvrager, twee formele zorgverleners (met verschillende opleidingsachtergrond), een informele zorgverlener en een 'verbinder'. Voor het uitwerken van de persona's putten we uit de transcripten van de interviews uit (met name) fase 2.

Het schrijven van dit eindrapport valt samen met de start van de coronacrisis. Dat leidt tot enige vertraging, en ook tot bezinning over de vraag of de conclusies en aanbevelingen in de nieuwe context anders geïnterpreteerd moeten worden. Uiteindelijk besluiten we te blijven bij de conclusies op basis van de eerder verzamelde data.



Hogeschool van Amsterdam

The Work Lab Wibautstraat 3B 1091 GH
Amsterdam

www.hva.nl