

Samen werken aan herstel

*Een onderzoek naar de inzet van vrijwilligers voor
informele zorg aan ggz-cliënten in kerken*

Afstudeeronderzoek
Jan van Klinken



Opdrachtgever:	Kennisinstituut christelijke ggz
Contactpersoon:	Hanneke Schaap – Jonker
Website:	www.kicg.nl
Student:	Jan van Klinken
Email:	janvlinken@kliksafe.nl
Studentnummer:	120904
Hogeschool:	Christelijke Hogeschool Ede
Opleiding:	Godsdienst Pastoraal Werk
Afstudeerbegeleider :	Henk Bakker
Beoordelaar:	Karin de Jonge
Datum:	6 januari 2017

Voorwoord

Dit afstudeeronderzoek heb ik uitgevoerd als eindopdracht voor mijn studie Godsdienst Pastoraal Werk. Deze studie was voor mij meer dan een opleiding theologie. Het heeft mijn persoon gevormd om mensen te begeleiden met hun levensvragen en hun zoektocht naar God. Daarnaast heb ik nieuwe inzichten mogen opdoen en zijn er nieuwe vragen bij gekomen. Eén van deze vragen was de verhouding psyche en geloof en daarmee verbonden de integratie van pastoraat en ggz-hulpverlening. Op 14 april 2016 heb ik het congres Psyche & Geloof bijgewoond en daar is mijn afstudeeropdracht bij het Kicg geboren. Het is voor mij een mooi en leerzaam traject geweest om kennis te maken met de werkwijze van hulpverleners en hoe zij hun christelijk geloof proberen te integreren in hun behandelingen.

Deze scriptie heeft als onderwerp informele zorg aan ggz-cliënten in een kerkelijke context. Iedereen die te maken heeft met christelijke hulpverlening zou ik willen aanraden kennis te nemen van mijn onderzoek. Als is het maar om meer bewust te worden van de waarde van zorgnetwerken in een kerkelijke gemeenschap. Ons herstel begint daar waar we door de gebrokenheid heen Jezus zelf mogen ontmoeten of iets van zijn liefde mogen ervaren in zorg en hulp geboden door onze gemeenteleden.

Mijn dank gaat uit naar Hanneke Schaap voor haar begeleiding. Onze overleggen waren momenten van reflectie en gaven mij weer nieuwe inspiratie om verder te gaan. Daarnaast wil ik Henk Bakker bedanken voor zijn begeleiding als afstudeerbegeleider. Onze gesprekken stimuleerden mij om mijn afstudeeronderwerp te verdiepen en te verbinden met theologische vraagstukken.

Last, but not least gaat mijn dank uit naar Willeke. Ze gaf mij de ruimte om te kunnen studeren. Ze heeft zelf ook de afgelopen jaren opleiding psychopastoraat gedaan en dat heeft ons tot nu toe al vele mooie momenten opgeleverd.

Dat ik deze studie heb mogen doen beschouw ik als een voorrecht van mijn God en Vader. Hij geeft aan mij het verlangen om Hem meer te leren kennen en anderen bij Hem te brengen. Hem komt alle lof en dank toe!

Veenendaal, december 2016

Samenvatting

In de visie van Eleos is de geloofsgemeenschap van de cliënt een belangrijke plaats voor herstel. Eleos wil deze dan ook meer betrekken bij de behandeling door middel van informele kerkelijke zorg. Dat is een methode waarbij hulpverleners, cliënten en leden van het sociaal netwerk samen werken aan herstel. De doelstelling van dit onderzoek is het presenteren van de methode van informele kerkelijke zorg aan kerken. De hoofdvraag van dit onderzoek is hoe kunnen kerken uit de achterban van Eleos hun vrijwilligers inzetten voor informele zorgtaken aan ggz-cliënten?

Dit onderzoek bestaat uit een deel literatuurstudie en empirisch onderzoek. De literatuurstudie beschrijft wat aandachtspunten zijn in het organiseren van informele zorg aan ggz-cliënten en wat de toegevoegde waarde is van het inzetten van vrijwilligers vanuit de kerken. Het empirisch onderzoek bestaat uit een kwantitatief onderzoek en verdiepend onderzoek. Het doel van het empirisch onderzoek is meer inzicht krijgen in de belemmerende en stimulerende factoren in het organiseren van informele zorg in kerken.

Uit de literatuurstudie volgen een aantal aandachtspunten bij het organiseren van informele zorg aan ggz-cliënten. Deze aandachtspunten zijn dat cliënten vaak moeite hebben om te participeren in de kerk en een deel van hen geen pastorale zorg ontvangt. Ggz-cliënten zijn kwetsbaar en komen gemakkelijk in een sociaal isolement terecht.

De inzet van vrijwilligers voor informele zorgtaken in de kerk heeft veel toegevoegde waarde. Zo wordt de professionele zorgrelatie tussen Eleos en de cliënt uitgebreid met een vaak duurzamere relatie van informele zorg. Een andere toegevoegde waarde is dat vanuit de eigen geloofsgemeenschap gestalte wordt gegeven aan de dienst of ambt aller gelovigen.

Het empirisch onderzoek is uitgevoerd onder 50 ambtsdragers. De belangrijkste stimulerende factoren zijn het bekend zijn met psychische ziektebeelden en het tot beschikking hebben van bekwame vrijwilligers. Een goede coördinatie en samenwerking tussen Eleos en de kerk wordt ook als stimulerend ervaren. Als belemmerend wordt vooral ervaren het niet bekend zijn met psychische ziektebeelden en het niet tot de beschikking hebben van bekwame vrijwilligers.

Het organiseren van informele zorg is geen eenvoudige opgave, maar de samenwerking heeft zeker potentie tot slagen. Voor het organiseren van informele zorg voor ggz-cliënten is een goede voorbereiding nodig en bij het opstarten van nieuwe zorgnetwerken zal aansluiting gezocht moeten worden bij de bestaande structuren van het diaconaat. Daar zullen de hulpverleners van Eleos rekening mee moeten houden. De inzet van vrijwilligers voor informele zorg kan ook niet zonder toerusting. Dit geldt zowel voor uitvoering van de zorgtaken door vrijwilligers als het organiseren van de zorg door de kerken. Daar ligt een taak voor zowel Eleos als de kerken. Voor de geloofsgemeenschap biedt het zorgnetwerk de mogelijkheid om de pastorale zorg samen op laten gaan met de diaconale zorg. Kerken doen er goed aan om deze zorg zoveel mogelijk door gemeenteleden te laten uitvoeren.

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	4
1.1	Aanleiding	4
1.2	Probleemstelling.....	4
1.3	Afbakening en begripsomschrijving	5
1.4	Relevantie van het onderzoek	9
1.5	Korte beschrijving van de onderzoeksmethode	9
1.6	Leeswijzer	10
2	Theoretische kader	11
2.1	Aanpak en opbouw.....	11
2.2	Informele zorg voor ggz-cliënten in de knel	11
2.3	Visie van Eleos op christelijke zorg en hulpverlening	13
2.4	De kerk als vrijwilligersorganisatie voor informele zorg	15
2.5	Samenwerking tussen pastoraat, diaconaat en hulpverlening	17
2.6	Evaluatie	21
3	Opzet en resultaten empirisch onderzoek	22
3.1	Inleiding.....	22
3.2	Onderzoeksopzet	22
3.3	Respondenten kwantitatief onderzoek	24
3.4	Resultaten kwantitatief onderzoek	26
3.5	Resultaten verdiepend onderzoek	32
3.6	Betrouwbaarheid en validiteit.....	34
3.7	Conclusie empirisch onderzoek.....	35
4	Conclusie en discussie.....	36
4.1	Inleiding.....	36
4.2	Conclusie	36
4.3	Discussie.....	38
4.4	Aanbevelingen	38
	Literatuurlijst.....	41
	Bijlagen	43

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Psychosociale mantelzorg (PMZ) is een benadering waarin hulpverleners en leden van een sociaal netwerk samenwerken aan het herstel voor cliënten in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Het concept is in de jaren '90 ontwikkeld en op kleine schaal toegepast door de toenmalige voorganger van Eleos, GLIAGG 'De Poort'. Met de schaalvergroting in de zorg zijn de PMZ-projecten binnen Eleos bijna helemaal verdwenen. Door de transformatie van de verzorgingsstaat naar een *participatiesamenleving* is bij Eleos opnieuw belangstelling ontstaan voor dit concept. Een terugtrekkende overheid wil meer taken over laten aan de samenleving. Hulpverleningsinstellingen zijn daarom genooddaakt vaker samen te werken met informele zorgnetwerken.

Deze zorgnetwerken zijn voor de hulpverlening van groot belang. Uit onderzoek blijkt dat *sociale steun* een positieve bijdrage levert aan het herstel van cliënten met psychosociale problematiek. Bij cliënten met een goed sociaal netwerk is sprake van minder terugval en een sneller herstelproces. Een klein onderzoek naar de praktijkervaringen uit de jaren '90 laat positieve resultaten zien. De huidige ervaringen binnen Eleos bevestigen het vermoeden dat informele zorg vanuit de geloofsgemeenschap van de cliënt een significante bijdrage levert aan het herstel.

De geloofsgemeenschap heeft in de visie van Eleos een betekenisvolle plaats als een gemeenschap van herstel. Eleos wil werken vanuit een christelijke visie op *herstelgeoriënteerde zorg* en ziet dan ook graag de geloofsgemeenschappen uit haar achterban betrokken bij het herstel van hun cliënten. Rondom de cliënt wordt een netwerk gevormd van geloofsgenoten die zorg- en ondersteuningstaken uitvoeren. De relatie tussen de cliënt en zorgverleners is meer dan alleen een informele zorgrelatie. Beide zijn namelijk ook lid van een christelijke gemeente en daarmee lid van het lichaam van Jezus Christus.

De eerder genoemde positieve ervaringen met mantelzorgprojecten vormen de aanleiding tot het project om *informele kerkelijke zorg* (IKZ) te integreren in de behandeling van Eleos. IKZ is net als PMZ een methode waarbij hulpverleners, cliënten en leden van het sociaal netwerk van de cliënt samen zorgen voor herstel. Bij de hulpverlening is een duidelijke urgentie aanwezig en ook kerken en de cliënt hebben baat bij samenwerking tussen de professionele en informele zorg. De vraag is echter hoe hulpverleners samen met kerken invulling kunnen geven aan deze vorm van informele zorg? Deze vraagstelling ligt voor een deel in het werkveld van de godsdienst-pastoraal werker en ook is relevant voor het onderzoek vanuit de Christelijke Hogeschool Ede (CHE) op het gebied van diaconale presentie.

1.2 Probleemstelling

1.2.1 Doelstelling

Dit afstudeerproject heeft de volgende doelstellingen:

1. Het presenteren van het concept van informele zorg aan ggz-clieënten aan kerken.
2. Het stimuleren van kerken tot verdere samenwerking van informele zorg met professionele zorg voor ggz-clieënten.
3. Het bevorderen van de integratie van psychische hulpverlening en pastorale zorg vanuit de kerkelijk gemeente.

1.2.2 Hoofdvraag

De vraagstelling voor het onderzoek is uitgewerkt naar de volgende hoofdvraag:
Hoe kunnen kerken uit de achterban van Eleos hun vrijwilligers inzetten voor informele zorgtaken aan ggz-cliënten?

1.2.3 Deelvragen

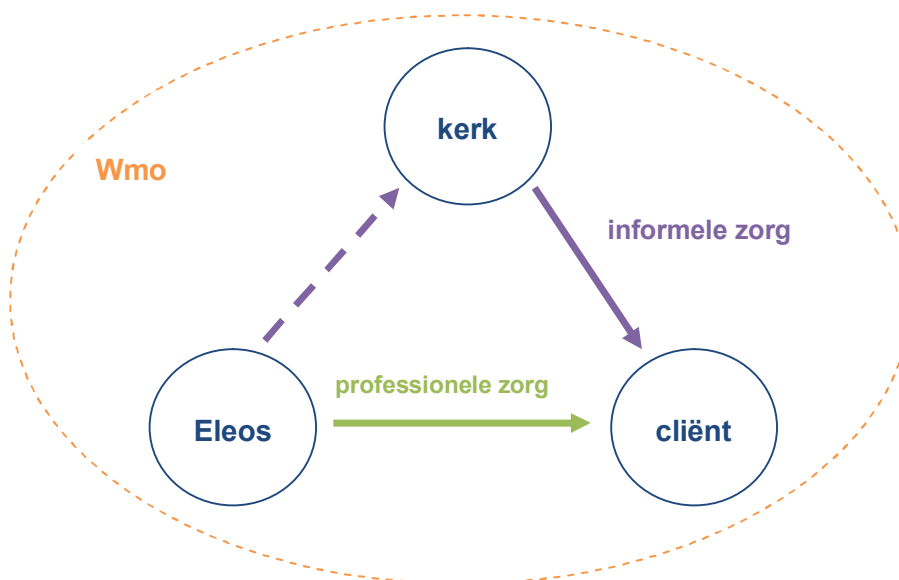
De hoofdvraag is onderverdeeld in de volgende deelvragen:

1. Wat zijn aandachtspunten bij het organiseren van informele zorg aan de doelgroep ggz-cliënten?
2. Wat is de toegevoegde waarde van het inzetten van vrijwilligers in kerken voor informele zorgtaken aan ggz-cliënten?
3. Wat zijn binnen kerken stimulerende en belemmerende factoren in het organiseren van informele zorg door vrijwilligers aan ggz-cliënten?

1.3 Afbakening en begripsomschrijving

1.3.1 Betrokkenen in de probleemstelling

De probleemstelling is afgebakend tot een driehoeksrelatie met drie actoren of betrokkenen. In de eerste plaats de ggz-cliënt, om wie het uiteindelijk te doen is. Vervolgens Eleos als ggz-hulpverlener en de derde betrokkene zijn de kerken uit de achterban. Zij vormen samen een driehoek. In Figuur 1 is deze driehoek weergegeven met daarin de professionele en informele zorgrelaties. De grotere context waarin onze vraagstelling staat is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De relatie tussen Eleos en kerk is de kern van onze vraagstelling.



Figuur 1. Driehoek met betrokkenen en de zorgrelaties

1.3.2 Relaties tussen betrokkenen

In dit onderzoek gaan we in op de verschillende relaties tussen deze betrokkenen of actoren. We onderscheiden drie relaties tussen de cliënt, Eleos en de kerk. In de eerste plaats de relatie van de hulpverlener van Eleos met de cliënt. In deze relatie gaat het om de professionele zorg die vanuit de hulpverlener van Eleos gegeven wordt aan de cliënt. Deze relatie vormt de basis van de driehoek. De tweede relatie is de relatie van de kerken als vrijwilligers-organisatie en de hulpbehoevende cliënt. Hierin gaat het om de informele zorg die door vrijwilligers gegeven wordt aan de cliënt. Deze relatie vormt de tweede zijde in de driehoek. De beide relaties van professionele en informele zorg bevinden zich in de maatschappelijk context van de Wmo.

Zoomen we in op de kerk dan krijgt de informele zorgrelatie tussen de vrijwilligers en de cliënt een andere dimensie. De hulpbehoevende cliënt is ook lid van het lichaam van Jezus Christus. In deze betekenis is informele zorg aan de cliënt te zien als pastorale en diaconale zorg namens Jezus Christus zelf.

Tot slot de laatste zijde van de driehoek. Dat is de relatie tussen Eleos en de kerken. Beiden hebben een zelfstandige zorgrelatie met de cliënt en hebben hun eigen visie en methoden om zorg te verlenen. Ons onderzoek laat zich dus samenvatting in deze driehoek. We beschouwen deze driehoek vanuit de positie van de Eleos. Onze doelstelling is het versterken van de relatie van Eleos en de kerken, zodat er harmonie ontstaat tussen professionele en informele zorg aan de cliënt.

1.3.3 Begripsomschrijvingen

Voor de uitwerking van dit onderzoek is een omschrijving van een aantal begrippen nodig. Deze volgen hieronder.

ggz-client

De ggz-client is de mens met psychische of psychosociale problemen die professionele zorg en begeleiding van een ggz-instelling ontvangt. Gekozen is voor het begrip cliënt, waar zo goed mogelijk aansluiting is gezocht bij hoe deze groep zich zelf ziet in relatie tot de hulpverlening (Eleos, 2014).

informele zorg

Informele zorg is een begrip wat om een nader omschrijving vraagt. Het Sociaal Cultureel Planbureau spreekt over informele hulp, omdat mensen bijvoorbeeld emotionele ondersteuning misschien niet als zorg zullen zien. Andere benamingen zijn informele zorg en hulp of informele zorg en ondersteuning, vergelijk (Jager-Vreugdenhil, 2012) en (Kruijswijk e.a., 2013). Bij informele hulp gaat het zowel om hulp die mensen aan elkaar geven vanwege de onderlinge band die zij hebben (mantelzorg) als om vrijwilligerswerk op het terrein van zorg en ondersteuning. Het gaat dus om alle ondersteuning vanwege gezondheidsredenen, die rechtstreeks ten goede komt aan degene die hulp nodig heeft en die niet door beroeps-krachten (professionele zorg) wordt gegeven (de Boer e.a., 2015, p.26).

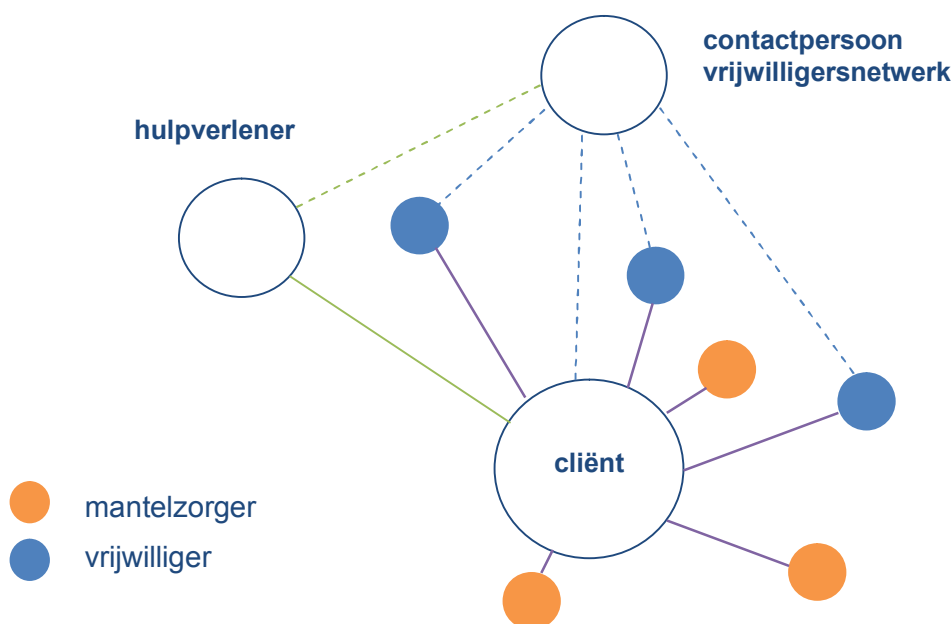
Bovenstaande definitie zal ook gebruikt worden in dit onderzoek, met het verschil dat informele hulp vervangen wordt door informele zorg. Hiervoor is gekozen omdat informele zorg beter aansluit bij het begrip professionele zorg door Eleos, als ggz-hulpverlener en de pastorale zorg door de kerken. (Heitink, 1998).

vrijwilligerszorg

Informele zorg wordt gedaan door mantelzorgers of vrijwilligers. Het verschil tussen beide ligt niet per definitie vast (de Boer e.a., 2015). Beide definities zullen we hieronder verder uitwerken en vastleggen.

Door het Sociaal Cultureel Planbureau worden vrijwilligers omschreven als zij die onbetaalde en onverplicht werkzaamheden verrichten in georganiseerd verband voor anderen die zorg en ondersteuning nodig hebben en met wie ze - bij de start – geen persoonlijk relatie hebben. (de Boer e.a., 2015, p.27). Dat laatste hoeft niet altijd het geval te zijn in een kerkelijk context. Gemeenteleden zullen elkaar doorgaans kennen, maar hoe persoonlijk dat is, zal per geval verschillen.

Voor dit onderzoek is gekozen voor de volgende definitie: Vrijwilligers voor informele zorg in een kerkelijke context zijn zij die onbetaald en onverplicht werkzaamheden verrichten. De vrijwilliger wordt gevraagd via een georganiseerd zorgnetwerk of contactpersoon, diaken of pastor binnen een kerkelijke gemeente. De vrijwilligers verlenen deze zorg aan gemeenteleden die hulp en ondersteuning nodig hebben. In Figuur 2 is relatie tussen de cliënt, hulpverlener, contactpersoon vrijwilligersnetwerk en de vrijwilligers aangegeven.



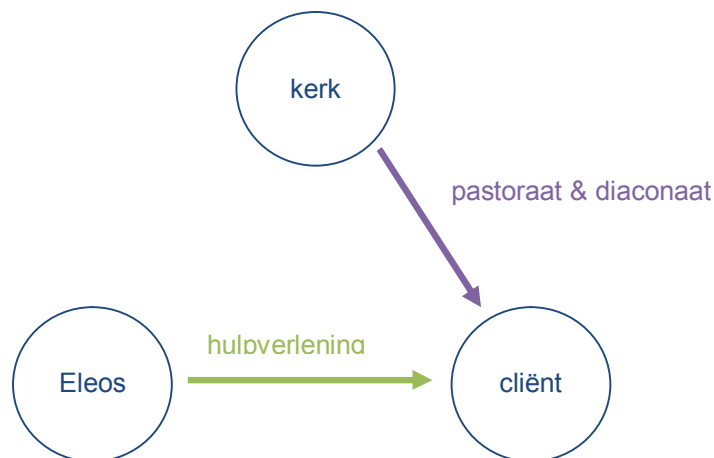
Figuur 2. Verschil tussen mantelzorger en vrijwilliger

mantelzorg

Figuur 2 laat ook het verschil tussen de mantelzorger en vrijwilliger zien. Mantelzorg is de zorg die wordt gegeven aan een hulpbehoevende door iemand uit diens directe sociale omgeving. Het kan zowel gaan om heel langdurige of intensieve zorg als om kortdurende en minder intensieve zorg (de Klerk e.a., 2014, p.29). Wij nemen deze definitie over en voegen voor de volledigheid toe: De mantelzorger wordt rechtstreeks door de hulpbehoevende of diens hulpverlener benaderd.

diaconaat

In de context van de kerk wordt informele zorg onderscheiden in diaconaat en pastoraat. In deze context duiden we professionele zorg aan met hulpverlening. In Figuur 3 is zijn deze definities weergegeven in een deel van de eerder gepresenteerde driehoek.



Figuur 3. Relatie pastoraat, diaconaat en hulpverlening

Diaconaat of diaconale zorg is in de kern de zorg voor en hulp aan mensen in sociale en maatschappelijke knelsituaties en vindt plaats in een christelijke gemeente en vanuit de gemeente in de samenleving en de wereld. Het is te onderscheiden, maar niet te scheiden van andere handelingsvelden in de christelijk gemeente, vergelijk (Noordegraaf, 2009, p.23).

pastoraat

Pastoraat of pastorale zorg is in de kern die zorg die in verbondenheid met de christelijke gemeenschap zich richt op de 'heel de mens' in zijn context, onder het aspect van dienst geestelijk functioneren. Ze heeft tot gevolg dat mensen iets ervaren van heling, ondersteuning, leiding en verzoening in hun leven en een relatie onderhoudt met andere vormen van zorg en begeleiding binnen de context van de moderne samenleving (Heitink, 1998).

kerken uit achterban van Eleos

De achterban van Eleos is op verschillende wijze te definiëren. In dit onderzoek is gekozen voor de kerken die vertegenwoordigd zijn in de Raad van overleg met kerken. Via dit orgaan onderhoudt Eleos contacten met vertegenwoordigers van kerken. De kerken en stromingen die hierin vertegenwoordigd zijn, zijn:

- Gereformeerde Bond binnen de Protestantse Kerk (GB).
- Christelijk Gereformeerde Kerken (CGK),
- Hersteld Hervormde Kerk (HHK),
- Gereformeerde Gemeenten (GG),
- Gereformeerde Kerken (vrijgemaakt) (GKV),
- Gereformeerde Gemeenten in Nederland (GGN)

Uit onderzoek blijkt dat 90% van de cliënten van Eleos ook uit deze kerken komen. Het overige deel komt voornamelijk uit gemeenten die behoren tot de evangelische beweging. (Eleos, 2014). Deze laatste groep laten we buiten beschouwing in ons onderzoek.

De kerken uit de achterban van Eleos worden gerekend tot de orthodox gereformeerden en bevindelijk gereformeerden. Het verschil tussen beide stromingen is niet per kerkgenootschap scherp te maken. We volgen de indeling van De Jong (2012, pp.95-101) die de CGK en GKV tot de orthodox gereformeerden rekent. De HHK, GG en GGN behoren allen tot de bevindelijk gereformeerden. De Gereformeerde Bond binnen de PKN kan bij beide stromingen onder gebracht worden.

De belangrijkste overeenkomsten tussen beide stromingen zijn een gemeenschappelijk belijdenis in de Drie Formulieren van Enigheid en het presbyteriale kerkmodel. Dit kerkmodel kent de ambten van predikant, ouderling en diaken. Het grote verschil tussen orthodoxe en bevindelijke gereformeerden is dat de eerste hun geloof vooral rationeel benaderen, terwijl de tweede hun geloof vooral innerlijk beleven. Theologisch gezien leggen de orthodoxen meer nadruk op het verbond en de bevindelijken meer nadruk op het persoonlijk geloof. Dit werkt op deze wijze door dat binnen de eerste groep de gemeenschap met de gelovigen meer centraal staat dan bij de bevindelijk gereformeerden. Bij de bevindelijken staat het individu van de gelovige meer centraal ((van den Brink & van der Kooij, 2013, pp.592-530), die overigens de namen orthodox en bevindelijk gereformeerden daar niet noemen).

1.4 Relevantie van het onderzoek

Dit onderzoek wil bijdragen aan een harmonische samenwerking tussen kerken en hulpverlening. En daar hebben alle drie betrokkenen belang bij. Voor Eleos, omdat volgens hun visie op herstelgeoriënteerde zorg de geloofsgemeenschap een belangrijke bijdrage kan leveren aan het herstel van de cliënt. Daarnaast heeft Eleos door de veranderingen in de zorg meer behoefte aan samenwerking met de informele zorg in de kerken. Door de inzet van vrijwilligers in de kerken kan de zelfredzaamheid van de cliënt worden vergroot en daar heeft de cliënt belang bij. Ook kerken hebben baat bij dit onderzoek. Onderzoek onder de cliëntenraad van Eleos laat zien dat bijna 1 op de 4 cliënten geen pastorale zorg ontvangt (Eleos, 2015). Door samenwerking met de hulpverleners van Eleos komen ggz-cliënten eerder in beeld bij pastors binnen hun geloofsgemeenschap en verdwijnen ze uit de anonimiteit.

1.5 Korte beschrijving van de onderzoeksmethode

Het onderwerp kerkelijke informele zorg omvat een breed terrein. In dit onderzoek zijn keuzes gemaakt om de problematiek binnen de voorgeschreven omvang van een afstudeeronderzoek te beperken. Er is gekozen voor een breed verkennend onderzoek wat bestaat uit zowel literatuurstudie en empirisch onderzoek. Dit om de volgende redenen:

- Het onderzoek heeft een probleemoplossend karakter. De probleemstelling is een vraag naar het organiseren van zorg in de praktijk. Het gaat in de eerste plaats niet om het onderzoeken van nieuwe relaties of verbanden, maar het analyseren van factoren die de samenwerking tussen hulpverlening en de kerkelijke gemeente stimuleren of belemmeren.
- Het onderzoek wil meer zicht geven op de diversiteit in de pastorale en diaconale structuren binnen de verschillende kerken uit de achterban van Eleos. Een verkennend onderzoek vermijdt de valkuil om te veel in detail te treden en het grotere geheel met alle verbanden te reduceren tot systemen. Een ruwe schets levert in dit geval meer op dan een gedetailleerde bouwtekening.

We kiezen de volgende onderzoeksmethode voor de uitwerking van de deelvragen:

- Deelvraag 1: Bij deze vraagstelling gaat het om een analyse van bestaande onderzoeken en literatuur omtrent de doelgroep ggz-cliënten. De resultaten zullen gebruikt worden voor het opstellen van het onderzoek voor deelvraag 3.
- Deelvraag 2: De inhoud van deze deelvraag is om tot een verdieping te komen van de kerken als uitvoerders van informele zorg, dan wel pastorale en diaconale zorg. Aan de hand van literatuuronderzoek en analyse van bestaand onderzoek zal deze vraag worden beantwoord. Bij deze vraag zal ook aandacht besteed worden aan de herstelgeoriënteerde visie van Eleos en hoe de kerken daarin een rol hebben.
- Deelvraag 3: Aan de hand van de resultaten van deelvraag 1 en 2 zal een kwantitatief onderzoek worden uitgevoerd onder de kerken. Dit met als doel om meer inzicht te krijgen in de stimulerende en belemmerende factoren. Vervolgens is onder een deel van de respondenten een verdiepend onderzoek uitgevoerd.

De onderzoeksmethode bestaat dus uit een stevig theoretisch fundament, aangevuld met empirisch onderzoek om de vraagstelling goed te kunnen beantwoorden. De uitwerking van het onderzoek kunt u verder in dit rapport lezen.

1.6 Leeswijzer

Dit afstudeerrapport heeft een eenvoudige opbouw. Na deze inleiding volgt in hoofdstuk 2 het theoretisch kader. In dat hoofdstuk wordt ingegaan op de resultaten van de literatuurstudie. In hoofdstuk 3 volgen de uitwerking en de resultaten van het empirisch onderzoek. De conclusie, aanbevelingen en discussie volgen in hoofdstuk 4.

2 Theoretische kader

2.1 Aanpak en opbouw.

In dit hoofdstuk presenteren we de resultaten van de literatuurstudie. Het kader van dit hoofdstuk wordt gevormd door de eerste twee deelvragen van ons onderzoek. Deze luiden:

1. Wat zijn aandachtspunten bij het organiseren van informele zorg aan de doelgroep ggz-cliënten?
2. Wat is de toegevoegde waarde van het inzetten van vrijwilligers in kerken voor informele zorgtaken aan ggz-cliënten?

Deze twee deelvragen werken we uit aan de hand van de volgende stappen. In paragraaf 2 bespreken we de bredere context van de WMO en welke gevolgen dit nu geeft voor de ggz-cliënt. In paragraaf 3 gaan we in op de visie van Eleos op christelijke zorg. In paragraaf 4 staat de kerk als vrijwilligersorganisatie en de kerkelijke vrijwilliger centraal. Daarna vervolgen we in paragraaf 5 met de samenwerking tussen hulpverlening en pastorale en diaconale zorg in de kerken. We ronden dit hoofdstuk af met een evaluatie en we bespreken de toegevoegde waarde van dit onderzoek in paragraaf 6.

2.2 Informele zorg voor ggz-cliënten in de knel

In deze paragraaf starten we met de bredere context van de Wmo en zoomen we in de ggz-cliënt. We doen dit aan de hand van de vragen: wat is het ideaal en de doelstelling in de Wmo (2.2.1) en wat betekent dit voor ggz-cliënten (2.2.2)? Daarna de vraag: hoe staat het ervoor met de zorg voor ggz-cliënten in de kerken (2.2.3)?

2.2.1 De Wmo en het ideaal van de participatiesamenleving

Met de invoering van de Wmo in 2007 is ingezet op de transitie van de verzorgingstaat naar een participatiesamenleving. De verzorgingstaat heeft een aantal schaduwzijden. Er is kritiek op de toename van overheidsinvloed en het vervangen van de 'warme' onderlinge zorg vanuit sociale verbanden door anonieme publieke voorzieningen. Burgers gedragen zich meer als cliënten dan maatschappelijke mede-eigenaren (Jager-Vreugdenhil, 2012, p.20). Door meer marktwerking en decentralisatie wordt met de Wmo de verzorgingstaat getransformeerd naar een samenleving waarin iedereen zijn bijdrage levert. Het ideaal is een participatiesamenleving. Een samenleving waarin ook mensen met een beperking bijdragen aan de samenleving en waarin gezonde burgers actief zijn in het leveren van (informele) zorg en ondersteuning (Kruijswijk e.a., 2013, p.16).

Het doel van de Wmo laat zich samenvatten in participatie en zelfredzaamheid van burgers. Participatie komt neer als een opdracht voor zowel zorgbehoevenden als burgers om zorg te verlenen. Het begrip zelfredzaamheid kan worden samengevat als het met zo min mogelijk overheidssteun een zelfstandig leven kunnen leiden (Kruijswijk e.a., 2013, p.23). In de verhouding van informele zorg en professionele zorg betekent zelfredzaamheid dat iemand voor een deel afhankelijk kan zijn van professionele zorg, maar voor het overige van zorg- en ondersteuning die geen deel uitmaakt van de professionele begeleiding. Deze zorg en ondersteuning wordt in de vorm van informele zorg door mantelzorgers of vrijwilligers geboden. Binnen de Wmo vormen ggz-cliënten of mensen met psychische problemen een aparte doelgroep.

2.2.2 Ggz-cliënten blijven achter in participatie

Ggz-cliënten hebben vaak grote moeite om goede sociale relaties te onderhouden. Als gevolg van hun ziekte heeft deze groep problemen op sociaal en communicatief gebied. In de participatiesamenleving, waar het onderhouden en uitbouwen van een sociaal netwerk een must is, komt juist deze groep in de knel. Het netwerk waarop ggz-cliënten kunnen terugvallen is klein met als gevolg dat de mantelzorgers die aan hen zorg bieden dit als bijzonder zwaar ervaren. Deze mantelzorgers geven onder andere aan niemand beschikbaar te hebben en zijn het minst tevreden over de samenwerking met de professionele hulp. De hulpbehoevende wil vaak geen hulp of vindt hulp overbodig (de Boer e.a., 2015, pp.12-15). Bij ggz-cliënten die hulpverlening ontvangen zal dit beeld iets genuanceerder liggen, omdat vanuit de hulpverlening wordt gewerkt aan het opbouwen en onderhouden van hun sociale relaties. Voor mensen met een ernstige psychische aandoening is de situatie zeker niet minder rooskleurig. Binnen deze groep is een grote behoefte aan ondersteuning om deel te kunnen nemen aan de samenleving (Couwenbergh & Van Weeghel, 2014).

2.2.3 Zorg en aandacht voor ggz-cliënten in de kerk

Hoe is de situatie van de ggz-cliënt in de kerk? Als het gaat om de pastorale zorg aan cliënten van Eleos loopt de waardering uiteen. Dit blijkt uit het onderzoek *Pastoraat met Passie* (Eleos, 2015). In veel kerken wordt met toewijding vanuit het pastoraat omgezien naar de psychische zwakke mens. In een aantal gevallen is er echter sprake van gebrekkige pastorale zorg, waarbij zelfs een liefdevolle grondhouding wordt gemist. Bijna een kwart van de cliënten van Eleos ontvangen helemaal geen pastoraat. Wie deze groep precies is, is niet bekend, maar dit hoge aantal is op zijn minst opmerkelijk.

De pastorale zorg wordt overwegend verzorgd door de predikant/voorganger en ouderlingen en in veel mindere mate door diakenen of gemeenteleden. De pastorale zorg wordt over het gemiddelde als ruim voldoende beoordeeld. Echter met alle kanttekeningen die genoemd zijn, is er ook zeker nog veel te winnen. Als het gaat om diaconale of praktische zorg geeft 75% van de cliënten aan deze niet nodig te hebben. Ook dat is opmerkelijk en daar komen we later nog op terug.

Omgaan met ggz-cliënten of mensen met psychische ziekten is niet eenvoudig. Ook niet voor pastors. In het contact met ggz-cliënten zijn de nodig drempels te nemen en is inlevingsvermogen in de belevingswereld van de zieke een must. Deze heeft te kampen met gevoelens van onmacht, onzekerheid en teleurstellingen. Naast inlevingsvermogen wordt van de pastor ook kennis gevraagd van psychische ziektebeelden (Paul, in Van der Meulen, 2010). Om naast de ander in zijn psychisch lijden te kunnen staan is meer nodig. Een houding van innerlijke bewogenheid zoal Jezus deze kende. Hij is het kloppende hart, het middelpunt van alle pastoraat, maar ook het voorbeeld voor allen die Hem willen volgen (Pfeifer, 1998, pp.168-169, Heitink, 1998, pp.131-135, Geluk & Schoonhoven, 1999, pp. 206-207, Lindijer, 2003, pp. 134-146). Gemeenteleden ervaren doorgaans nog meer drempels dan pastors om met ggz-cliënten om te gaan. Mensen met psychische nood kan mensen afschrikken en onzeker maken. Dit geeft een onnodige afstand tussen gemeenteleden die juist zorg en nabijheid nodig hebben (van der Wal, 1998). En vanuit cliënten wordt met regelmaat gehoord dat zij zich als vreemd voelen in hun gemeente ten opzichte van andere gemeenteleden (Eleos, 2015). In de kerk komen ggz-cliënten dus ook makkelijk in een isolement. Samenwerking tussen hulpverlening en kerken is dan ook zeker nodig.

2.3 Visie van Eleos op christelijke zorg en hulpverlening

In deze paragraaf gaan we in op de visie van Eleos. We bespreken de herstelgeoriënteerde benadering van zorg (2.3.1) en daarna zoomen we in op de plaats van de geloofsgemeenschap binnen deze visie (2.3.2).

2.3.1 Herstelgeoriënteerde zorg vanuit een christelijke visie

De basis van de visie van Eleos op christelijk hulpverlening wordt gevormd door het begrip herstelgeoriënteerde zorg of de herstelbenadering. Bij herstelgeoriënteerde zorg gaat het om aandacht hebben voor het brede scala aan functies en dimensies in de zorg voor mensen. De focus ligt daarbij op verantwoordelijkheid en aanpassing. Herstelgeoriënteerde zorg heeft dan ook meerdere dimensies en sluit aan op het begrip gezondheid wat ook meerdere dimensies kent.

In de visie van Eleos wordt de gangbare herstelgeoriënteerde benadering binnen de ggz verbonden met een christelijk mensbeeld en zijn relatie tot God. Als mens kom je uitsluitend tot je bestemming wanneer je de verantwoordelijkheden die God je heeft toevertrouwd uitleeft in afhankelijkheid van Hem. Op deze wijze wordt recht gedaan aan de principiële wederkerigheid die christelijke zorg kenmerkt: de zorgvrager is nooit alleen maar patiënt, maar medeschepsel en medemens voor het aangezicht van God. Daarbij mogen zowel de zorgvrager als zorgdrager voor de ander als Christus mogen zijn en Christus in de ander zoeken te ontmoeten (de Jong & Schaap-Jonker, 2016).

De term herstel in plaats van genezing past ook beter bij de praktijk waarin genezing vaak niet haalbaar is. Het begrip herstel is daarentegen veelzijdiger en omvat vijf domeinen van herstel. Deze vijf domeinen zijn het klinisch, existentieel, functioneel, lichamelijk en sociaal herstel. In Figuur 4 zijn de vijf domeinen weergegeven met daarbinnen een onderverdeling van vormen van herstel.



Figuur 4. Domeinen van herstelgeoriënteerde zorg

Binnen het domein het klinisch herstel staat het ziektebeeld centraal. Het existentiële domein behelst de geloofs- en zingevingvragen. Het domein van het functioneel herstel gaat over participatie in de arbeidsmarkt en de huishouding. Lichamelijk herstel betreft de gezondheid, leefstijl en balans tussen arbeid en rust. Het domein van sociaal herstel bevat ten slotte de sociale relaties in familie, kerkelijk gemeente en sociale participatie in het algemeen (de Jong, z.j.). Herstelgeoriënteerde zorg is dus zorg waarbij zo goed mogelijk wordt aangesloten bij de context van de cliënt. Voor diens herstel zal gebruik gemaakt worden van zijn of haar sociale netwerken. Daarbij kan niet voorbij gegaan worden aan de informele zorg van de geloofsgemeenschap als een gemeenschap van herstel (de Jong, 2014).

2.3.2 Informele kerkelijke zorg en samenwerken met de hulpverlening

Het is duidelijk dat de geloofsgemeenschap van de cliënt een prominente plaats heeft in de visie van Eleos. Maar daarmee wordt ook een claim gedaan op deze geloofsgemeenschap om een bijdrage te leveren. Immers samenwerking dient van twee kanten te komen. Wat deze bijdrage van geloofsgemeenschappen inhoudt wordt uitgewerkt onder de naam informele kerkelijke zorg (IKZ) (Eleos, 2016). De informele kerkelijke zorg maakt deel uit van het geheel aan inspanningen om herstel te bereiken. In deze informele zorg is onderscheid in verschillende zorgzwaarten, namelijk steunen, activeren/ begeleiden, overnemen en beschermen. Per domein zijn verschillende vormen van herstel die afhankelijk van de behoefte van de cliënt vermeerderd of verminderd kunnen worden. Voor elke vorm van herstel geldt dat er ook een moment van loslaten van informele kerkelijke zorg kan komen.

Afhankelijk van het moment dat informele kerkelijke zorg wordt ingezet wordt er gekozen voor één of meerdere vormen van herstel binnen de 5 domeinen. Er kan bijvoorbeeld besloten worden te werken aan de vorm 'hoop' binnen het domein 'existentieel herstel' of 'waardevolle rol in de samenleving' binnen het domein 'functioneel herstel'. Het doel is om de informele kerkelijke zorg na verloop van tijd altijd weer af te schalen tot een zo laag mogelijke vorm van zorg en zo hoog mogelijke mate van zelfredzaamheid van de cliënt. In de praktijk zal het een wisselend beeld van opschalen en afschalen geven. Dit hangt er helemaal van af voor welke domeinen en op welk moment iemand uit het kerkelijke netwerk wordt ingezet.

De hulpverlener zal de behoefte aan zorg voor een vorm van herstel vertalen naar concrete hulpvragen die vervolgens binnen het kerkelijke netwerk kunnen worden neergelegd. Deze geeft aan de netwerkers een richtlijn voor het functioneren van het op- en afschalen. Wanneer het herstel bereikt is, kan het wenselijk zijn dat de informele kerkelijke zorg wel gehandhaafd blijft. De cliënt zal dan in veel gevallen zelf in staat zijn dit te organiseren. Zo niet, dan zal de hulpverlener dit overlaten aan het netwerk. De methode van informele kerkelijke zorg gaat er vanuit dat er vrijwilligers in kerken beschikbaar zijn en dat kerken in staat zijn deze zorg te organiseren. Wat dat betekent voor kerken om informele zorg te organiseren bespreken we in de volgende paragraaf.

2.4 De kerk als vrijwilligersorganisatie voor informele zorg

In deze paragraaf staat de kerk als vrijwilligersorganisatie centraal. We bespreken achtereenvolgens de vragen: Hoe staat de kerk ten opzichte informele in zorg in het kader van de Wmo (2.4.1), hoe is de kerk als vrijwilligersorganisatie te typeren(2.4.2) en wat is de bereidheid van de vrijwilligers in de kerken om informele zorg te bieden (2.4.3)?

2.4.1 De kerk en de Wmo

De invoering van de Wmo heeft er toe geleid dat kerken een andere positie gekregen in de maatschappij. Dat kerken vrijwilligerswerk op het gebied van zorg en hulp deden was algemeen bekend. Echter binnen de context van de Wmo kreeg de kerk een eigen plaats. Van kerken werd door de wetgever verwacht dat ze een bijdrage leveren aan de participatiesamenleving. Hoe kerken deze bijdrage zelf zien kan onderscheiden worden op formeel of informele wijze. Binnen de context van de Wmo heeft het begrip 'de kerk' dan ook een dubbel karakter. De eerste betekenis is de kerk als formeel instituut of organisatie, al dan niet in een landelijk verband, 'de kerk als organisatie'. In de tweede betekenis is kerk een informeel religieuze gemeenschap, 'de kerk als geloofsgemeenschap'. Dit onderscheid tussen een formele en informele participatie context wordt door kerken ook zelf gemaakt. Veel kerkgenootschappen uit de achterban van Eleos zien hun rol ten aanzien van de Wmo vooral 'de kerk als organisatie'. Bij de meer orthodox gereformeerde kerkgenootschappen zoals de CGK en GKV is ook aandacht voor 'de kerk als gemeenschap' (Jager-Vreugdenhil, 2012, pp.176-178). Dit houdt in dat de gemeenteleden opgeroepen worden een eigen bijdrage te leveren aan de zorgvraag vanuit de Wmo. Dat de gereformeerde kerken vooral hun rol 'de kerk als organisatie' zien, laat zich deels verklaren door de ambtelijke structuren die binnen de gereformeerde kerken aanwezig zijn.

Duidelijk is dat kerken zich ook bezinnen op hun houding in de participatiesamenleving. Noordegraaf (2011, pp. 288-292) spreekt van kritische participatie door de kerken in het maatschappelijke domein. Dit houdt in dat kerken meedoen van uit hun eigen geloofsachtergrond en samenwerken waar mogelijk, maar ook verzet en protest geven waar nodig. De verworvenheden van de verzorgingstaat dienen zo goed mogelijk gewaarborgd te blijven. Participatie mag niet leiden tot kritiekloze aanpassing aan dominante trends, maar juist vanuit solidariteit met mensen in de knel gepaard dienen te gaan met kritische bezinning op wat gaande is. Concreet betekent dit dat kerken dienen te waken dat mensen onvoldoende ondersteuning krijgen. Dit geldt zowel voor zorgbehoevende als mantelzorgers en vrijwilligers. In hoeverre deze visie wordt gedeeld en toegepast is niet verder nagegaan. Wat wel gezegd kan worden is dat de zorg voor mensen binnen en buiten de kerk onlosmakelijk verbonden is met de boodschap van kerken (Jager-Vreugdenhil, 2012, p.195). Elke kerk ziet het tot haar taak of roeping om zorg te verlenen.

2.4.2 De kerk als vrijwilligersorganisatie met een eigen karakter

We hebben zojuist geschreven dat de wetgever kerken zien als belangrijke vrijwilligersorganisaties binnen de Wmo. Ze zijn alleen niet allen over één kam te scheren met andere vrijwilligersorganisaties. Kerken zijn vrijwilligersorganisaties met een eigen karakter. Onderling zijn er ook tussen kerken grote verschillen. Het karakter van kerken is immers complex: zowel de organisatie als de gemeenschap. Het is van belang om bij de kerk als vrijwilligersorganisatie deze diversiteit in structuur voor ogen te houden (Jager-Vreugdenhil, 2012, p.209).

Bij lokale geloofsgemeenschappen is het maar de vraag of er gesproken kan worden over organisaties. Ze lijken veel meer op organismen. Om geloofsgemeenschappen te begrijpen zal een gemeente vooral gezien moeten worden als een organisme. Een organisme met onderling communicerende delen, die elkaar beïnvloeden. Organismen hebben als kenmerk dat gedrag niet primair clausaal te verklaren is. Treffend is de metafoor van Paulus over de gemeente als 'het lichaam van Christus'. Het denken in deze termen bewaart voor een te rationele, maakbare benadering van een geloofsgemeenschap (Stoffels, 2009, pp.46-50).

Dat kerken zich meer gedragen als organismes dan organisaties neemt niet weg dat kerken er goed aan doen om de inzet van vrijwilligers te formaliseren. Dat is één van de aanbevelingen naar kerken in een onderzoek onder 4 orthodox protestantse kerken in 2006. Deze 4 kerken behoren tot de achterban van Eleos. De onderzoekers pleitten voor een wissel die omgezet moet worden om te komen tot een meer geformaliseerd vrijwilligersinzet in kerken (Jager-Vreugdenhil e.a., 2006). Hoeveel kerken in 2016 daadwerkelijk een formeel vrijwilligersbeleid hebben is niet bekend.

2.4.3 De kerkelijke vrijwilliger: zijn bereidheid en motivatie.

Wat is ter zeggen over de kerkelijk vrijwilligers? Uit diverse onderzoeken volgt dat kerkleden bovengemiddeld actief zijn in vrijwilligerswerk (de Boer e.a., 2015), (Jager-Vreugdenhil e.a., 2006). De belangrijkste motieven voor vrijwilligers in kerken zijn dat mensen ervoor gevraagd worden (69%), het leuk vinden om te doen (49%) of iets voor anderen wilden betekenen (39%). (Jager-Vreugdenhil e.a., 2006). Vergeleken met het eerder genoemde grootschalig onderzoek van het SCP in heel Nederland, blijkt vooral dat in de kerk een hoog plichtbesef is. De kerkelijke vrijwilliger is vooral actief binnen de eigen kerk. Ongeveer 60% van de kerkleden is actief in de eigen kerk en 2/3 van hen is uitsluitend binnen de eigen kerk actief. De eigen geloofsgemeenschap heeft een hoge prioriteit als het gaat om vrijwilligerswerk in de zorg.

Hoe vaak zorgen vrijwilligers voor de doelgroep psychische of psychosociale problemen? In het grootschalig onderzoek van SCP behoort een kleine 30% van de hulpvragers tot deze doelgroep (de Boer e.a., 2015, p.176). Hoe dat in de kerken ligt is niet bekend, maar er is geen reden om te vermoeden dat dit veel zal afwijken van het gemiddelde in Nederland. In de vrijwilligerszorg worden ggz-cliënten tot de zwaardere cliëntgroepen gerekend. Voor goede informele zorg door vrijwilligers is het noodzakelijk dat er een goede match is tussen vrijwilliger en de cliënt en dat er voldoende ondersteuning is. Verder is van belang dat het duidelijk is wat tot het takenpakket van de vrijwilliger behoort en wat tot die van de professionele hulpverlener (de Klerk e.a., 2014, p.25). Het inzetten van vrijwilligers heeft als grote voordeel dat de mantelzorgers rondom een ggz-cliënt ontlast kunnen worden.

2.5 Samenwerking tussen pastoraat, diaconaat en hulpverlening

We nemen opnieuw de driehoek van onze probleemstelling voor ogen. In de vorige paragrafen zijn alle drie betrokkenen, de ggz-cliënt, de kerk en Eleos besproken. In deze paragraaf gaan we specifiek in op de pastorale en diaconale zorg binnen de kerk. We bespreken in het vervolg van deze paragraaf eerst de pastorale zorg aan de hand van de vragen: Wat zijn verhoudingen tussen het pastoraat en de hulpverlening (2.5.1), welke pastorale stromingen komen voor in de kerken en wat zijn de gevolgen hiervan voor de samenwerking (2.5.2)? Vervolgens gaan we in op de samenwerking van het diaconaat met de hulpverlening (2.5.3) en daarna bespreken we hoe pastoraat en diaconaat ten opzichte van elkaar verhouden (2.5.4). Tot slot ronden we deze paragraaf af een korte beschouwing over de pastorale en diaconale zorg vanuit heel de gemeente (2.5.5).

2.5.1 Verhouding tussen pastorale zorg en hulpverlening

De samenwerking tussen pastorale zorg en hulpverlening is een veelbeschreven onderwerp binnen de pastorale theologie. De discussie is ongeveer vijftig jaar geleden begonnen door de toenemende differentiatie in de maatschappij. Naast de predikant en dokter kwamen er steeds meer helpende beroepen, zoals maatschappelijke en psychische hulpverlening. Het pastoraat kreeg een eigen plaats naast en tegenover deze ander soorten van hulpverlening. Eind jaren 70 merkt Heitink op dat de theologie de vragen vanuit de hulpverlening veel te lang heeft laten liggen. In zijn boek *Pastoraat als hulpverlening* geeft hij rekenschap van zijn visie, maar daarover straks meer (Heitink, 1992).

De verhouding van pastoraat en hulpverlening laat zich volgens Ganzevoort & Visser (2012, pp.23-24) vastleggen in drie basisvormen, namelijk concurrentie, differentiatie en coöperatie. Bij concurrentie is het uitgangspunt dat psychologie en pastoraat beide dezelfde hulp aanbieden. Dat leidt tot een afwijzende houding van de pastor ten aanzien van psychologie. Bij concurrentie is het of psychologie of pastoraat. Bij differentiatie wordt onderscheid gemaakt tussen de verschillende dimensies van het mens zijn. De pastor gaat over het geestelijk leven en de psycholoog over het psychisch functioneren van de mens. Beide respecteren elkaars domeinen. Bij differentiatie is het pastoraat en hulpverlening. De derde basisvorm is coöperatie. Daarbij is het uitgangspunt dat de hulpvraag hetzelfde is, maar de benadering verschilt. De pastor en psycholoog hebben elke hun eigen perspectieven, theoretische kaders en methoden. Bij coöperatie wordt de keuze vrijgelaten. Het is niet of psychologie of pastoraat, dan wel psychologie en pastoraat, maar beide zijn gelijkwaardig en bewandelen een eigen weg om tot het doel te komen.

In de visie van concurrentie en coöperatie zal er geen samenwerking gezocht worden tussen pastoraat en hulpverlening. Bij differentiatie is dat wel het geval en worden beide disciplines gerespecteerd. Heitink spreekt over een bipolariteit van het pastoraat en hulpverlening. Beide hebben veel gemeen, maar hebben ook hun eigenheid (Heitink, 1992, p.75). In zijn keuze voor differentiatie komt hij tot een model, waarin 4 dimensies van zorg onderscheiden worden: sociale, medische, psychische en geestelijke zorg. Deze hebben een gemeenschappelijk voorveld, overgangsgebied en eigen terrein, (Heitink, 1992, p.282). Een directe afgeleide van dit model vinden we ook terug in de eerdere visie van Eleos op christelijke hulpverlening. Tot voorkort werd door Eleos hulp verleend vanuit het bio-psychisch-sociaal-spiritueel model. De hiervoor besproken visie van herstelgeoriënteerde zorg kan gezien worden als een verdere verfijning. Eleos kiest duidelijk voor differentiatie in

de samenwerking van hulpverlening met pastoraat (Eleos en pastoraat, z.j.). Pastoraat en hulpverlening hebben elk hun eigen methoden en doelen. Samenwerking tussen psychiaters, psychologen en andere hulpverleners enerzijds en predikanten, ambtsdragers, pastoraal werkers en vrijwilligers is mogelijk en zinvol, als beiden hun grenzen kennen en elkaar over en weer respecteren. Deze visie vinden we ook terug bij Pfeifer (1998, p.19).

2.5.2 Pastorale stromingen en de gevolgen voor de samenwerking

De vorige paragraaf sloten we af met de visie van Eleos op pastoraat en hulpverlening, namelijk de keuze voor differentiatie. Nu gaan we verder in op de visie van de kerken uit de achterban van Eleos op pastoraat. We bespreken in het kort de belangrijkste pastorale stromingen en gaan vervolgens in op welke stromingen we terug zien in de verschillende kerken. Heitink (1998), Van der Meulen (2010) en Ganzevoort & Visser (2012) maken onderscheid tussen 3 hoofdstromingen in het pastoraat, namelijk de kerugmatische, de therapeutische en de hermeneutische stroming.

Binnen het *kerugmatische stroming* wordt de pastor gezien als getuige die als ambtsdrager de openbaring en traditie van de kerk vertegenwoordigt. De aandacht gaat sterk uit naar de verkondiging van de van boven komende openbaring van God. Uitgangspunt van het pastorale handelen ligt in het Woord van God. In het pastorale gesprek staat vooral de genadeboodschap van de rechtvaardiging van de zondaar centraal en het gesprek heeft het karakter van een biecht. De rol van de pastor is in dit model te beschrijven als getuige. De pastor vertegenwoordigt niet zozeer de christelijke traditie, maar meer nog het luisteren naar Gods woord. Het ambtelijk karakter van de pastor wordt omschreven in termen als dienstbaarheid, maar wel zozeer met opdracht en volmacht geladen dat het in de pastorale relatie een machtsverhouding impliceert (Ganzevoort & Visser, 2012).

De *therapeutische stroming* zoekt vooral de aansluiting bij de menselijke ervaring. Dit betekent dat het verkondigend karakter op de achtergrond is geraakt. Veel aandacht gaat uit naar gespreksvoering en counselingmethoden. De pastor krijgt de rol van helper (Ganzevoort & Visser, 2007). Onvoorwaardelijke acceptatie en empathie als thema's uit de hulpverlening domineren hier. Het pastorale element wordt ontleent aan de context van de kerk en het gebruik van religieuze hulpbronnen in het gesprek.

De derde stroming, de *hermeneutische stroming* bevindt zich tussen de eerste twee. Deze stroming integreert inzichten van de vorige twee stromingen. Pastoraat kent een bipolariteit tussen het verhaal van God en het verhaal van mensen. Centraal staat in het hermeneutische pastoraat de verbinding van traditie en ervaring (Heitink, 1998). Bij Ganzevoort & Visser (2012) speelt pastoraat zich af tussen drie polen van kerkelijke presentie, hulpverlening en evenmenselijkheid. De pastor is altijd in meer of mindere mate getuige, helper en metgezel. De derde pool, de pastor als metgezel ontleent Ganzevoort aan het evenmenselijk- of presentiepastoraat van Baart (2001). De kern van zijn theorie van presentie is dat er niet ingezet wordt op interventie en verandering, maar op presentie of er voor de ander zijn. In het hermeneutisch pastoraat ontstaat volgens Ganzevoort integratie van de verschillende functies in één balansmodel. In de pastor-als-getuige staat het verhaal van God centraal, maar kan het verhaal van mensen onder druk raken. Bij de pastor-als-helper staat het verhaal van mensen centraal, maar kan het verhaal van God buiten beeld raken. Bij de pastor-als-metgezel staat de onderlinge relatie centraal en dreigen ambtelijke afstand en professionele zorgvuldigheid in het gedrang te komen (Ganzevoort & Visser, 2012).

Hoe vinden we de verschillende pastotale stromingen in de achterban van Eleos? Binnen het bevindelijk-gereformeerde deel van de achterban van Eleos staat het kerugmatische (en in mindere mate het hermeneutisch) model op de voorgrond (Mauritz & Terlouw, 2016, pp.84-90). Binnen het orthodox-gereformeerde deel van de achterban van Eleos domineert het hermeneutisch (en in mindere mate het therapeutisch) model. Binnen de evangelische stroming staat het kerugmatisch of het therapeutisch model centraal (Eleos en pastoraat, z.j.). Er is dus binnen de kerken uit de achterban van Eleos geen eenduidige visie op het pastoraat.

2.5.3 Diaconale zorg en hulpverlening

Als het gaat om de zorg in de kerk dan wordt vaak in de eerste plaats gedacht aan de pastorale zorg. Toch is de diaconale zorg niet van minder belang. Het bezoeken van de zieken is één van de acht werken van barmhartigheid, waaronder juist ook de psychisch zieken (Noordegraaf, 2009). Over hulpverlening en diaconaat is nog weinig geschreven. In eerste opzicht lijken beide ook weinig met elkaar te maken te hebben. Maar juist bij informele zorg in een participatiesamenleving komt het voor een groot deel aan op de relatie hulpverlening en diaconaat. In de praktijk is de diaconale zorg veel minder zichtbaar in de kerk dan de pastorale zorg. Dit zal voor een deel te maken hebben dat pastorale zorg bijna altijd door ambtsdragers wordt gedaan in tegenstelling tot diaconale zorg. Een actieve vrouwenvereniging kan veel doen op het gebied van diaconale zorg in het omzien naar een gemeentelid in psychische nood.

Een bijzondere vorm van diaconale zorg in de gemeente zijn de psychosociale mantelzorgprojecten (PMZ) die eerder zijn genoemd. Zij vormen één van de aanleidingen voor dit onderzoek. PMZ kan gezien worden als een vorm van informele zorg en is ontstaan in de jaren '90 en tot heden in sommige gemeenten met succes plaats vindt.¹ Bij psychosociale mantelzorg wordt op initiatief van de hulpverlener gemeenteleden met een directe sociale relatie (mantelzorgers) of vrijwilligers betrokken bij de begeleiding van een gemeentelid (Hegger, 1998) en (de Jong, 2014).

Kerken en hun geloofsgemeenschappen verschillen in de wijze waarop ze het diaconaat vormgeven. Sommige zijn vooral intern gericht met dienstbaarheid, terwijl andere kerken meer oog hebben voor de nood buiten de gemeente. Daarnaast zijn er ook verschillen in de structuur. Kerken kunnen het diaconaat op een formele wijze vormgeven, waarbij alle activiteiten in het diaconaat direct onder leiding van diaken plaats vindt. Daartegenover is er ook een informele structuur mogelijk waarbij het diaconaat vooral via gemeenteleden vorm krijgt. Binnen deze twee dimensie van gerichtheid en structuur zijn vier modellen te benoemen. De *dienstbare gemeente*, die vooral intern gericht en informeel is en de *verantwoordelijke kerk* met als kenmerk interngericht en dan formeel georganiseerd. De *uitreikende gemeente* is de gemeente die extern gericht en informeel is en als laatste de *lokale speler*, die eveneens extern gericht is, maar dan formeel georganiseerd (Heystek, in Noordegraaf, 2009). Met deze indeling zou het type *verantwoordelijke kerk* het ideale model zijn voor de organisatie van vrijwilligerszorg voor ggz-cliënten. De geloofsgemeenschap is in dit model formeel georganiseerd en intern gericht.

¹ (Karin Kleiberg-Quaak, persoonlijke mededeling, september 2016)

2.5.4 Pastoraat en diaconaat: gescheiden of samen optrekken

Diaconaat en pastoraat zijn binnen de praktische theologie twee gescheiden handelingsvelden. Vanouds wordt gezien dat pastoraat zich richt op de geestelijk kant van de mens. Het diaconaat richt zich op de stoffelijke en materiële kant van de mens. Dit onderscheid berust op het duale denken van de mens als lichaam en ziel/geest (Heitink, 1998, pp.32-33). Het gevolg voor de dagelijkse praktijk betekent dat het pastoraat in de gemeente een hogere waardering krijgt dan het diaconaat (Crijns & Miedema, 2004, p.325).

De tweevoudige structuur van gescheiden pastoraat en diaconaat binnen gereformeerde kerken heeft oude papieren. Als reactie op het volmacht van de priester in het delen van het heil ging de Reformatie uit van een tweevoudige, een presbyteriale en een diaconale taak. De ouderlingen en predikant concentreerden zich in de presbyteriale taak op bewaring van de gemeente bij het Woord van Christus. De diakenen droegen zorg dat niemand door gebrek of nood buiten de gemeenschap viel. Dit in navolging van Handelingen 6- 1:6, waar de diaken gekozen worden om voor de armen te zorgen (van den Brink & van der Kooi, 2013, p.556). Brien (2008) komt tot drie velden van bedieningen in de gemeente, die op gelijke voet met elkaar staan. De presbyteriale taak splitst hij op in het leiding geven over, en het dienen met een Woord karakter. Hij spreekt ook niet over ambten, maar over dienst *diakonia*. Diaconaat en pastoraat hebben in wezen met hetzelfde te maken, zie ook (Hendriks, 2008, pp.54-64).

Pogingen om te komen tot integratie van pastoraat en diaconaat zijn niet nieuw. Heitink kiest voor pastoraat als *diakonia* met een missionaire spits. Pastoraat als hulpverlening als taak van de pastor ligt in het grensgebied van pastoraat en diaconaat en is als zodanig één van de gestalten van de *diakonia* van de gemeente (Heitink, 1992, pp.328-353).

Een tweede wijze van integratie van pastoraal en diaconaal handelen is de eerder genoemde presentiebenadering van Baart (2001). De essentie van zijn theorie is dat het pastoraal handelen niet instrumenteel is, maar bestaat in evenmenselijkheid. Zijn theorie is ontwikkeld naar aanleiding van onderzoek onder pastores in achterstandswijken. In wezen is zijn pastoraal handelen te zien als diaconaal handelen. Voor het diaconale handelen werk hij zijn gedacht van presentie uit in de diaconale weldadigheid (Baart, In Crijns, 2005). In de presentiebenadering vallen pastoraat en diaconaat als het ware samen. In zijn visie staat relatiegerichtheid tegenover doelrationeel handelen. In de presentiebenadering is 'er zijn' uiteindelijk belangrijker dan 'iets doen'.

2.5.5 Informele zorg door heel de gemeente

Binnen gereformeerde kerken met een tweevoudige structuur wordt in de praktijk veel gewicht toegekend aan het ambt. Brien (2008) komt tot de conclusie dat het Bijbels en gereformeerd is om te spreken over dienst *diakonia* in plaats van ambt, in aansluiting bij het Nieuwe Testament. De hiërarchie die ontstaan kan in geloofsgemeenschappen is niet Bijbels te legitimeren. Pastorale en diaconale zorg zijn een taak voor heel de gemeente. Elke gelovige binnen de gemeente ontvangt zijn gaven, *charismata* om zijn dienst, *diakonia* te kunnen uitvoeren.

Juist in de protestantse traditie is een principiële gelijkwaardigheid van de ambten of diensten, en dat omvat de gehele gemeente. Pastoraat is juist een taak voor velen in de gemeente, niet alleen de ambtsdragers maar juist ook de lekepaters (Lindijer, 2008). Vaak wordt het zo beleefd dat de pastor voor de uitvoering van zijn of haar taak vrijwilligers inzet

om hem of haar bij te staan. Principieel moet het andersom worden gezien: de gemeenschap stelt voor de ondersteuning bij de uitoefening van haar eigen taak een pastor aan. Deze heeft een belangrijke taak als toeruster voor vrijwilligers in de gemeente (Ganzevoort & Visser, 2012).

Een mooi voorbeeld van pastoraat door gemeenteleden binnen de christelijke gemeente is de psychopastorale hulpverlener of begeleider. Dit zijn doorgaans vrijwilligers in het pastoraat, die na toerusting van een opleiding psychopastoraat beschikbaar zijn voor onder andere de doelgroep ggz-cliënten. Voor een deel zijn het ambtsdragers, maar ook gemeenteleden zonder ambt. Onder de psychopastorale begeleider zijn ook veel vrouwen, die vanuit het ambt aller gelovigen zich inzetten voor allen die warmte en geborgenheid nodig hebben (Geluk & Schoonhoven, 1999). Sinds de jaren '90 zijn deze zogenaamde klaagvrouwen/-mannen actief in vooral de orthodox-gereformeerde kerken en de PKN. In de bevindelijk gereformeerde kerken komt de psychopastorale begeleider bij hoge uitzondering voor (van der Wekken - Gurp, 2013).

2.6 Evaluatie

De studie in de hoofdstuk heeft ons veel opgeleverd over de betrokkenen in onze probleemstelling en hun onderlinge relaties in het organiseren van informele zorg. Verder hebben we een aantal inzichten opgedaan die van belang zijn voor het beantwoorden van onze vraagstelling.

- Kerken zijn als vrijwilligersorganisaties divers en hebben hun eigen karakter. Dat betekent dat er geen standaard oplossing of methode is voor het organiseren van informele zorg, maar maatwerk. Als het gaat om de organisatie van vrijwilligers binnen geloofsgemeenschappen is niet bekend hoe deze georganiseerd zijn. Ook is niet bekend hoeveel kerken een vrijwilligersbeleid hebben. Deze vragen zullen mee genomen worden in het empirische onderzoek.
- Eleos heeft een duidelijk visie op de samenwerking met kerken. Ze doet een appel op de kerken om informele zorg te bieden voor haar cliënten. Of kerken daadwerkelijk bereid zijn om mee te werken kan niet met zekerheid gezegd worden. Een argument hiervoor is het verschil in visie op de verhouding van pastoraat en hulpverlening. De bevindelijk gereformeerden met een meer kerugmatische visie op pastoraat kunnen ook kiezen voor concurrentie in plaats van samenwerking. Dit geldt overigens alleen voor de pastorale zorg en niet voor de diaconale zorg.
- Eén op de vier cliënten van Eleos ontvangen geen pastorale zorg. De reden hiervoor is onbekend. Door het pastoraat binnen de informele zorg een plaats te geven wordt de toegevoegde waarde van informele zorg vergroot, zodat meer cliënten pastoraat zullen ontvangen.
- Drie op de vier cliënten van Eleos geven aan geen diaconale zorg nodig te hebben. Dat hoge percentage kan verklaard worden door de schroom die de cliënten hebben om een beroep te doen op hun geloofsgemeenschap. Het kan ook zijn dat bij diaconale hulp alleen aan financiële hulp wordt gedacht en niet aan alledaagse hulp. Dit versterkt het beeld van de onderwaardering van diaconale zorg ten opzichte van pastorale zorg.
- In diverse kerken uit de achterban van Eleos is een duidelijk scheiding tussen pastoraat en diaconaat. Dit zorgt voor een onterechte tegenstelling tussen pastorale en diaconale zorg. Er is veel voor te zeggen om deze beide samen op te laten trekken in de informele zorg als uiting van de diakonia door heel de gemeente. Als pastoraat volgens onze definitie zich richt op heel de mens, dan zit daar altijd een diaconale dimensie aan.

3 Opzet en resultaten empirisch onderzoek

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat over de uitwerking en resultaten van het empirisch onderzoek. Het onderzoek is uitgezet om antwoord te geven op de derde deelvraag: Wat zijn binnen kerken stimulerende en belemmerende factoren in het organiseren van informele zorg door vrijwilligers aan ggz-cliënten? Achtereenvolgens bespreken we de onderzoeksopzet, de resultaten van het kwantitatief onderzoek en het verdiepende onderzoek. Tot slot sluiten we af met een conclusie, als antwoord op de deelvraag.

3.2 Onderzoeksopzet

3.2.1 Kwantitatief onderzoek

De doelgroep van het onderzoek zijn de kerken uit de achterban van Eleos. Om praktische redenen is gekozen om de vragenlijst af te nemen tijdens een jaarlijks mini-symposium van Eleos over het onderwerp psychiatrie en ambtsdragers. Deze gelegenheid had als grote voordeel dat een deel van doelgroep bijeen was voor een soortgelijk thema. Daarnaast kon de vragenlijst mondeling worden geïntroduceerd. De vragenlijst moest wel kort gehouden worden vanwege het volle programma. De deelnemers hebben ter plaatse de vragenlijst tijdens de maaltijd ingevuld.

De volledige vragenlijst is opgenomen in bijlage 1. De vragenlijst start met een aantal algemene vragen, zoals leeftijd, geslacht, ambt en positie in de gemeente (vraag 1-4) en kerkgenootschap (vraag 12). Verder volgen twee vragen over de diaconale en pastorale structuur in de gemeente (vraag 5 en 6). Deze half open vragen zijn bedoeld om een indicatie te krijgen op welke wijze het pastoraat en diaconaat is georganiseerd. De antwoorden zijn gerangschikt in volgorde van formeel naar informeel.

De vragen 7, 8 en 9 gaan over de ervaring van de respondenten met diaconale zorg voor ggz-cliënten. Vraag 7 gaat over het aantal keren dat de respondenten diaconale zorg voor ggz-cliënten hebben georganiseerd. Deze antwoorden worden gebruikt om de uitslag te splitsen in een groep met en een groep zonder ervaring.

Vraag 8 en 9 gaan over belemmerende en stimulerende factoren. Daarbij is een opsomming gemaakt, waarbij factoren genoemd worden die in alle drie actoren van de driehoek bevinden. Dus de kerk, de cliënt en de hulpverlening. Vraag 10 is een zelfbeoordeling van pastorale en diaconale zorg in de gemeente. Dat is wel gewaagd, omdat dit makkelijk een sociaal gewenste antwoorden kan geven. Daar is in de analyse rekening mee gehouden. Vraag 11 en 13 zijn twee open vragen om vooral suggesties en aanbevelingen bij de respondenten los te krijgen. De vragenlijst is verder voorzien van toelichtende tekst om het onderscheid tussen pastorale zorg en diaconale zorg duidelijk te maken. Aan de respondenten is tot slot gevraagd om mee te willen werken aan een verdiepend onderzoek. Zij konden hun naam en mailadres achterlaten.

3.2.2 Verdiepend onderzoek

Het verdiepende onderzoek is uitgezet om meer inzicht te krijgen in de stimulerende en belemmerende factoren. In de vragenlijst zijn allemaal open vragen gesteld, zodat het onderzoek een meer kwalitatief karakter heeft. Om praktische redenen is gekozen om de vragenlijst per mail rond te sturen in plaats van uitgebreide interviews. De vragenlijst is per mail uitgezet onder 17 van de 40 respondenten van het kwantitatieve onderzoek. Deze groep van 17 vormt een representatieve afspiegeling van het totale groep van 40. De respondenten zijn in een persoonlijke mail benaderd. De volledige vragenlijst en resultaten zijn opgenomen in bijlage 2.

De eerste twee vragen gaan over de meest belemmerende en stimulerende factoren die ervaren worden in het organiseren van informele zorg. Deze vraag is bedoeld als controle op de vragen 8 en 9 uit het kwantitatieve onderzoek. In plaats van één of meerder factoren aan te kruisen wordt nu de belangrijkste factor gevraagd. Vraag 3 gaat over een positieve casus die de respondenten hebben in het organiseren van informele zorg. Deze zal gebruikt worden als illustratie voor de presentatie naar de kerken.

De vragen 4, 5 en 6 gaan over het vrijwilligersbeleid in de gemeente. Er is gekozen om dit onderwerp te diepen. Het wel of niet beschikken over bekwame vrijwilligers gaf samen met wel of geen kennis over psychische ziektebeelden de hoogst uitslag van het kwantitatief onderzoek. Het wel of niet beschikken over bekwame vrijwilligers is niet eenvoudig te definiëren. Daarom is gekozen om op dit aspect een verdieping te vragen. De verdiepende vragen gaan over de werving, ondersteuning van vrijwilligers (vraag 4 en 5) en het vrijwilligersbeleid (vraag 6).

3.3 Respondenten kwantitatief onderzoek

3.3.1 Respons

De enquête is op 22 september uitgezet tijdens een bijeenkomst. Van de 50 deelnemer hebben 40 de vragenlijst ingevuld. Alle vragenlijsten waren bruikbaar. De respons komt daarmee op 80%.

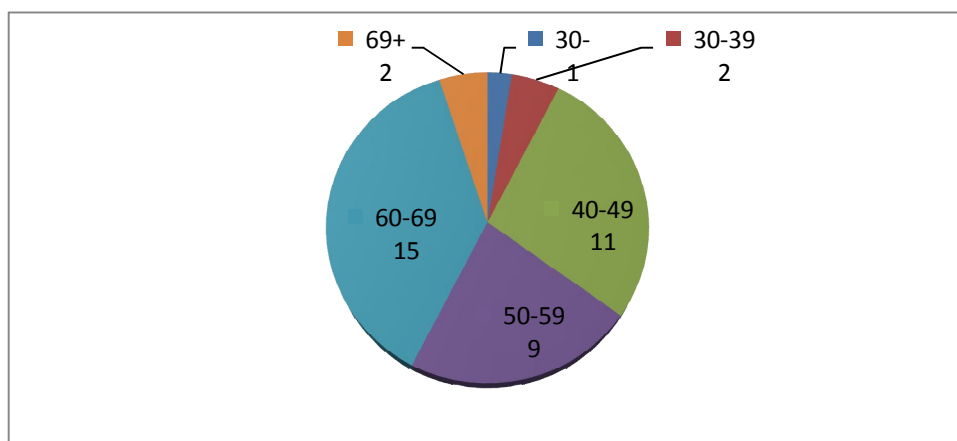
3.3.2 Leeftijd en geslacht

Van de respondenten is 90% man en 10% vrouw. In tabel 1 zijn de aantallen en percentages weergegeven.

Tabel 1. Geslacht van de respondenten

geslacht	aantal	percentage
Man	36	90%
Vrouw	4	10%
<i>totaal</i>	<i>40</i>	<i>100%</i>

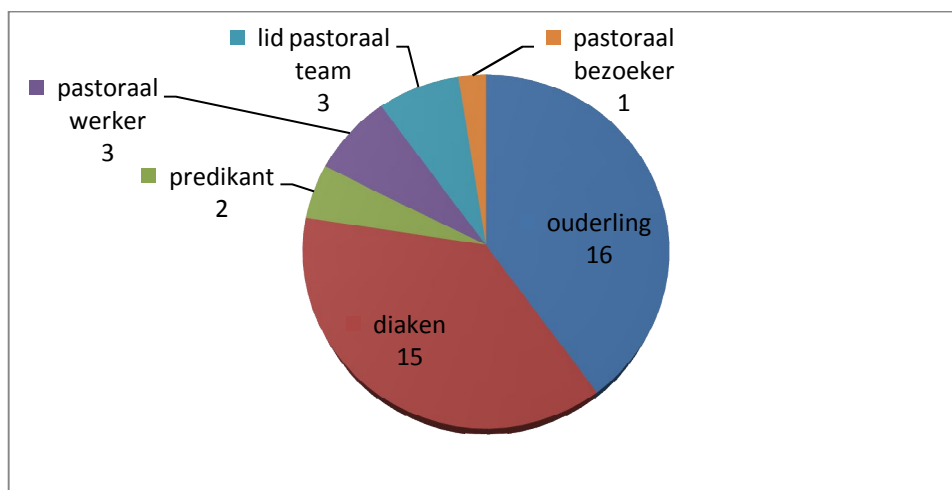
De jongste respondent is 29 jaar en de oudste is 76 jaar. De gemiddelde leeftijd is 55 jaar. 60% van de respondenten is tussen de 50 en 69 jaar. In figuur 5 zijn het aantal respondenten per leeftijdsgroep weergegeven.



Figuur 5. Leeftijd van de respondenten

3.3.3 Positie, ervaring en kerkelijke achtergrond

In figuur 6 is de verdeling van de ambt of positie in de kerkelijke gemeente weergegeven. Van de respondenten zijn meer dan 3 van de 4 in het ambt van ouderling of diaken. De overige respondenten zijn predikant of hebben een niet ambtelijke taak binnen het pastoraat in hun gemeente.



Figuur 6. Positie in de kerkelijke gemeente

In tabel 2 staat het aantal jaren in diaconaat en of pastoraat aangeven. Van de respondenten heeft meer dan 40% meer dan 10 jaar ervaring in het pastoraat of diaconaat. Minder dan een kwart heeft minder dan 20 jaar ervaring.

Tabel 2. Ervaring in pastoraat of diaconaat

ervaring	aantal	percentage
minder dan 2 jaar	9	22,5%
van 2 tot 6 jaar	11	27,5%
van 6 tot 10 jaar	4	10,0%
meer dan 10 jaar	16	40,0%
<i>totaal</i>	<i>40</i>	<i>100%</i>

In tabel 3 is de verdeling van de respondenten per kerkgenootschap vermeld. Alle kerken uit de achterban van Eleos zijn onder de respondenten vertegenwoordigd.

Tabel 3. Kerkgenootschap

kerkgenootschap	aantal	percentage
Protestantse Kerk in Nederland	14	35,0%
Hersteld Hervormde Kerk	5	12,5%
Gereformeerde Kerk Vrijgemaakt	0,5	1,2%
Christelijk Gereformeerde Kerk	0,5	1,2%
Gereformeerde Gemeente	13	32,5%
Gereformeerde Gemeente in Nederland	3	7,5%
Oud Gereformeerde Gemeente in Nederland	3	7,5%
Anders:.....	1	2,5%
<i>totaal</i>	<i>40</i>	<i>100%</i>

Een van de respondenten kwam uit een samenwerkingsgemeente die behoort tot zowel de Christelijke Gereformeerde Kerk als de Gereformeerde Kerk Vrijgemaakt. Eén van de respondenten komt uit de Nederlands Gereformeerde Kerk. Dit kerkgenootschap is niet vertegenwoordigd in de raad van overleg van kerken binnen Eleos.

3.4 Resultaten kwantitatief onderzoek

3.4.1 Organisatie van pastorale en diaconale zorg

In tabel 4 is weergegeven op welke wijze en hoe vaak de pastorale zorg is georganiseerd in de gemeente van de respondenten. Bij anders werd 2 keer ingevuld dat het pastoraat via de kringen was georganiseerd.

Tabel 4. *Organisatie van pastorale zorg*

Organisatie van pastorale zorg	aantal	percentage
Alle pastorale zorg wordt gedaan door de kerkenraad (en de pastoraal werker).	20	50,0%
Naast de kerkenraad zijn er ook enkele gemeenteleden actief in het pastoraat,	13	32,5%
De pastorale zorg wordt zowel gedaan door de kerkenraad als een formeel pastoraal team.	5	12,5%
Anders	2	5,0%
<i>totaal</i>	<i>40</i>	<i>100%</i>

In tabel 5 is een overzicht gegeven van de organisatie van de diaconale zorg in de gemeente. Bij anders werd een aantal keer aangegeven via de diakenen of vrouwenvereniging.

Tabel 5. *Organisatie van diaconale zorg*

ervaring	aantal	percentage
Er is een georganiseerd vrijwilligersnetwerk met één of meerdere contactpersonen.	25	62,5%
Er is geen duidelijk georganiseerd vrijwilligersnetwerk, maar er zijn wel één of meerdere contactpersonen die zelf vrijwilligers werven en benaderen per zorgaanvraag.	8	20,0%
Er is geen contactpersoon in de gemeente voor diaconale zorg.	2	5,0%
Anders.	5	12,5%
<i>totaal</i>	<i>40</i>	<i>100%</i>

In tabel 6 staan 4 stellingen over de zelfbeoordeling van het pastoraat en diaconaat in de gemeente. Hierop is door middel van een Likertschaal van 1-5 gevraagd naar de mening van de respondenten. 1= *helemaal niet van toepassing* en 5= *heel sterk van toepassing*. In de tweede kolom is het gewogen gemiddelde weergegeven. De tweede en derde kolom geven met de variantie en standaarddeviatie de spreiding aan van de steekproef.

Tabel 6. *Zelfbeoordeling pastoraat en diaconaat*

Stelling	gewogen gemiddelde	variantie	standaard deviatie
De pastorale zorg voor ggz-cliënten is goed geregeld in onze gemeente.	3,4	0,46	0,68
De diaconale zorg voor ggz-cliënten is goed geregeld in onze gemeente.	3,4	0,52	0,72
Er is binnen onze gemeente wel een aanbod van diaconale en pastorale zorg, maar er wordt nauwelijks gebruik van gemaakt.	2,9	1,07	1,03
Binnen onze gemeente heerst verlegenheid als het gaat om ggz-cliënten.	2,9	0,93	0,97

Het gewogen gemiddelde voor de eerste twee stellingen zijn ongeveer gelijk met een kleine spreiding. Voor de laatste twee stellingen geldt dat het gemiddelde ook ongeveer gelijk is, maar is de spreiding wel iets groter.

3.4.2 Stimulerende en belemmerende factoren

In tabel 7 staat de evaring met het organiseren van informele zorg voor ggz-cliënten in hun gemeente. Van de respondenten heeft ongeveer de helft nooit zelf gemeenteleden benaderd om hen te vragen voor diaconale zorg aan ggz-cliënten. De ander helft heeft deze ervaring wel, waarbij maar er maar 2 respondenten waren die dat voor meer dan 5 ggz-cliënten hebben gedaan. Bij het antwoord *anders* werd 4 keer verwezen naar iemand anders zoals de diaconie, die wel ervaring had. Daarmee is impliciet gezegd, dat de respondent zelf geen ervaring heeft. Op de tweedeling tussen wel en geen ervaring wordt in de volgende paragraaf verder ingegaan.

Tabel 7. Ervaring met Ggz-cliënten

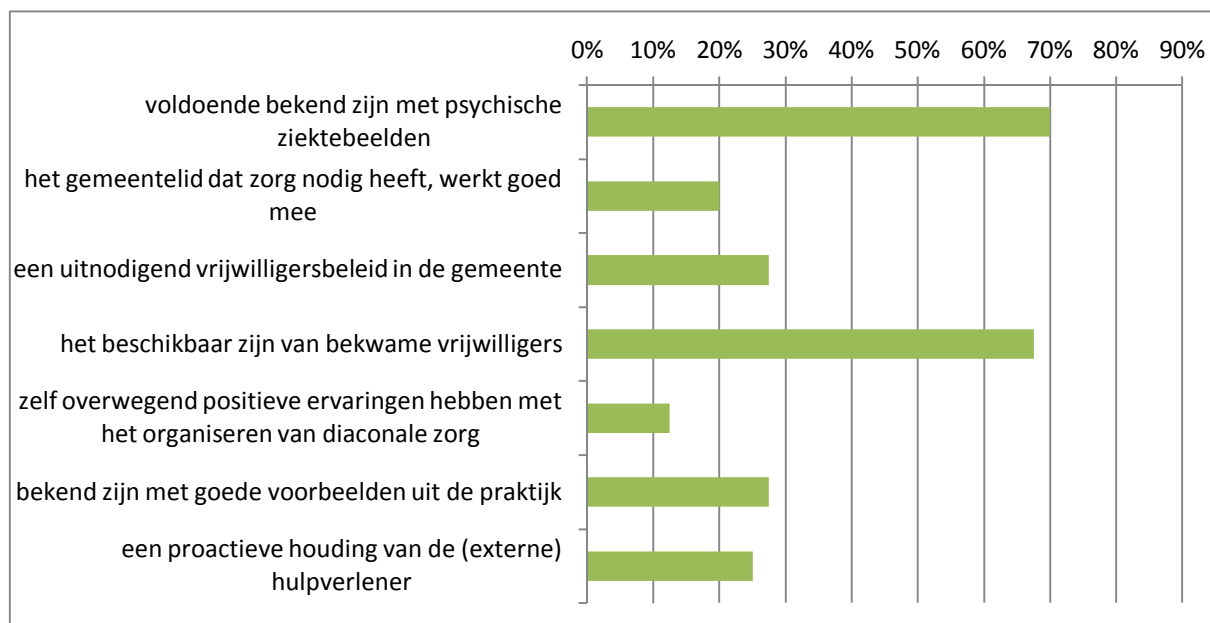
ervaring	aantal	percentage
Voor meer dan 5	2	5,0%
Voor minder dan 5	14	35,0%
Nooit	19	47,5%
Anders	5	12,5%
<i>totaal</i>	<i>40</i>	<i>100%</i>

Bij de vraag: Wat is voor u helpend in het organiseren van diaconale zorg door vrijwilligers aan ggz-cliënten in uw gemeente? konden maximaal drie factoren worden benoemd. In tabel 8 staan de stimulerende factoren met het aantal keer dat ze zijn benoemd. Op de eerste plaats staat *voldoende bekend zijn met psychische ziektebeelden*. Bijna gelijk daaraan is *het beschikbaar zijn van bekwame vrijwilligers*.

Tabel 8. Stimulerende factoren

Stimulerende factoren	aantal
voldoende bekend zijn met psychische ziektebeelden	28
het gemeentelid dat zorg nodig heeft, werkt goed mee	8
een uitnodigend vrijwilligersbeleid in de gemeente	11
het beschikbaar zijn van bekwame vrijwilligers	27
zelf overwegend positieve ervaringen hebben met het organiseren van diaconale zorg	5
bekend zijn met goede voorbeelden uit de praktijk	11
een proactieve houding van de (externe) hulpverlener	10
anders	0
<i>totaal</i>	<i>100</i>

In figuur 7 zijn de stimulerende factoren gepresenteerd met het percentage van het totaal aantal respondenten. En hieruit blijkt dat 70% *voldoende bekend zijn met psychische ziektebeelden* als stimulerend ervaart.



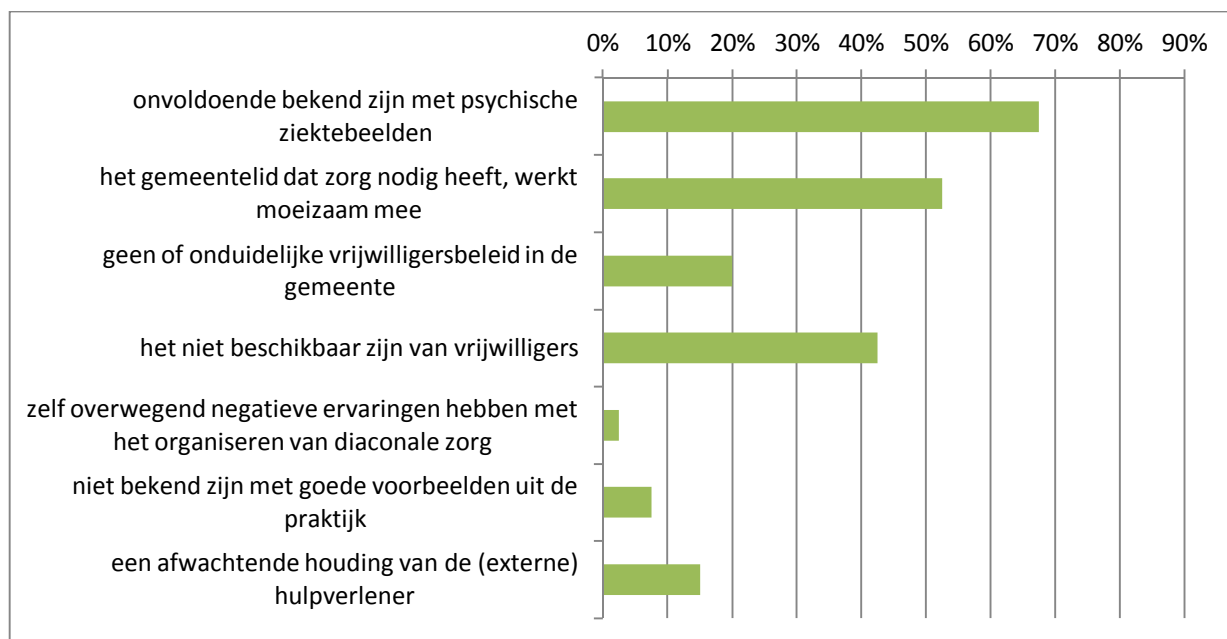
Figuur 7. Stimulerende factoren in procenten

Ook bij de vraag: Wat zijn voor u belemmeringen in het organiseren van diaconale zorg door vrijwilligers aan ggz-cliënten in uw gemeente? konden maximaal 3 factoren worden benoemd. In tabel 9 is een overzicht met deze factoren weergegeven. *Onvoldoende bekend zijn met psychische ziektebeelden* op de eerste plaats. Op de tweede en de derde plaats is *het niet beschikbaar zijn van bekwame vrijwilligers* en de *medewerking van het gemeentelid*.

Tabel 9. Belemmerende factoren

Belemmerende factoren	aantal
onvoldoende bekend zijn met psychische ziektebeelden	27
het gemeentelid dat zorg nodig heeft, werkt moeizaam mee	21
geen of onduidelijke vrijwilligersbeleid in de gemeente	8
het niet beschikbaar zijn van vrijwilligers	17
zelf overwegend negatieve ervaringen hebben met het organiseren van diaconale zorg	1
niet bekend zijn met goede voorbeelden uit de praktijk	3
een afwachtende houding van de (externe) hulpverlener	6
anders	0
<i>totaal</i>	<i>83</i>

In figuur 8 zijn de belemmerende factoren gepresenteerd met het percentage van het totaal aantal respondenten. En hieruit blijkt dat bijna 70% *onvoldoende bekend zijn met psychische ziektebeelden* als belemmerend ervaart.



Figuur 8. Belemmerende factoren in procenten

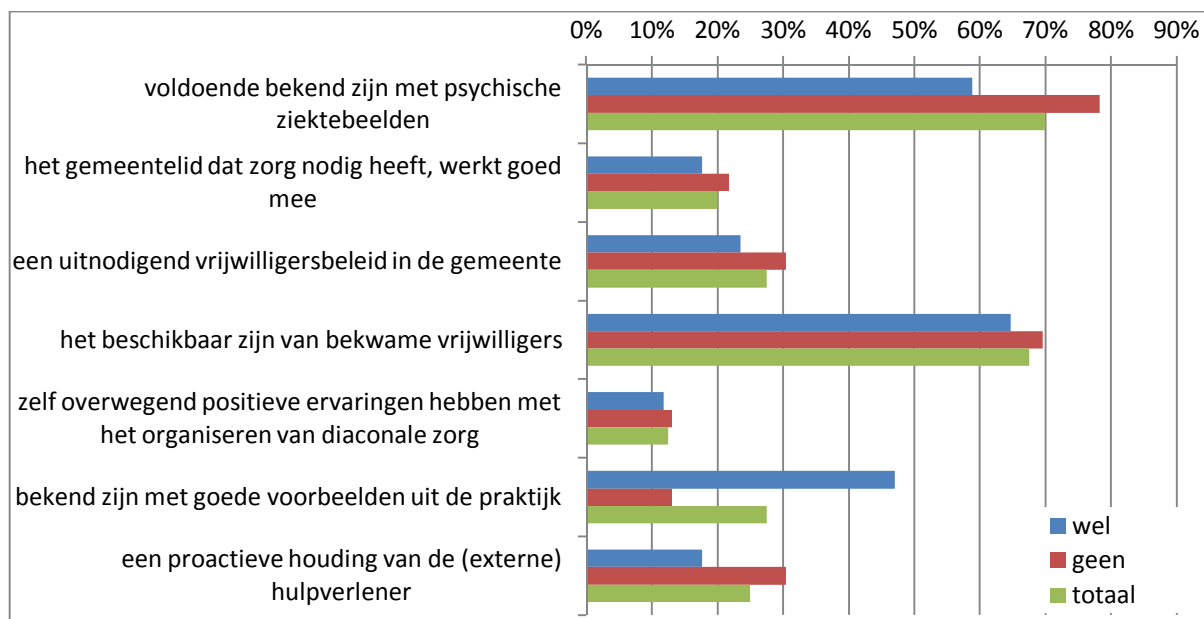
3.4.3 Relatie tussen ervaring met ggz-cliënten en belemmerende en stimulerende factoren

Om de relatie te onderzoeken tussen wel en geen ervaring met ggz-cliënten en de stimulerende en belemmerende factoren is een tweedeling gemaakt. In tabel 10 staat deze verdeling. Van de 5 respondenten die anders invulden was er 1 bij die waarschijnlijk wel ervaring heeft. De overige 4 niet. Dit levert een tweedeling op van 17 wel ervaring en 23 geen ervaring.

Tabel 10. Wel of geen ervaring met ggz-cliënten

ervaring	Aantal	percentage
Wel	17	42,5%
Geen	23	57,5%
<i>totaal</i>	<i>40</i>	<i>100%</i>

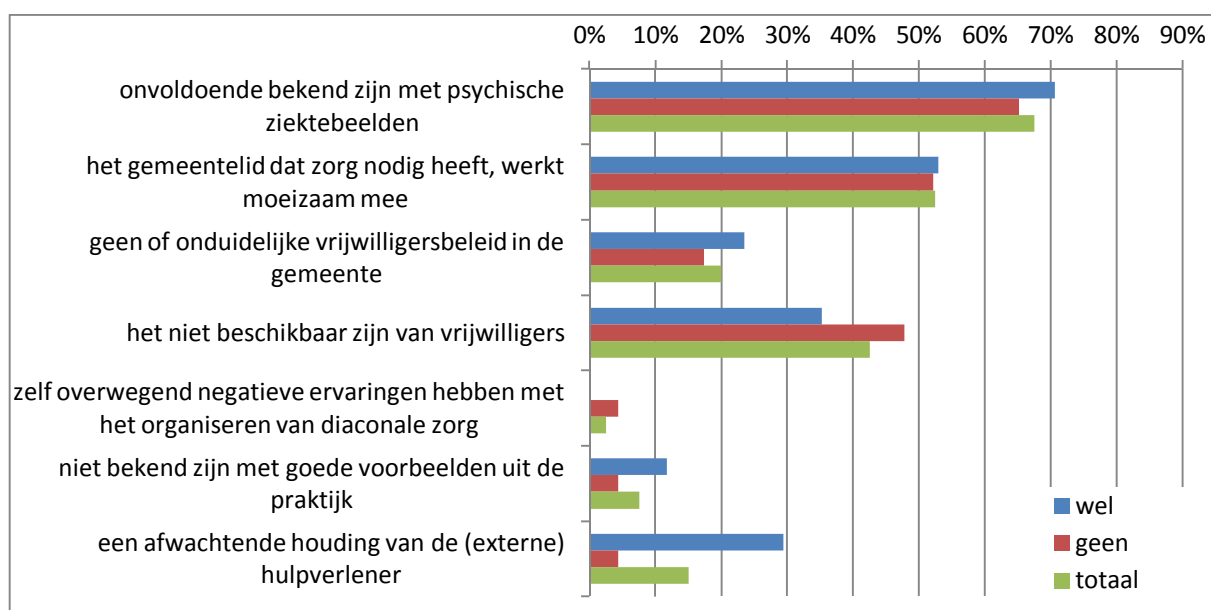
In figuur 9 zijn opnieuw de stimulerende factoren gepresenteerd als percentage van het aantal respondenten. Naast het totaal is nu ook een onderscheid gemaakt tussen wel ervaring en geen ervaring.



Figuur 9. Stimulerende factoren gesplitst voor wel en geen ervaring met ggz-cliënten

Interessant is om te zien dat de verschillen zich vooral voordoen bij *voldoende bekend zijn met psychische ziektebeelden* en *bekend zijn met goede voorbeelden uit de praktijk* en *een proactieve houding van de (externe) hulpverlener*.

In figuur 10 is hetzelfde gedaan voor de belemmerende factoren. Naast het totaal is ook het onderscheid gemaakt tussen wel ervaring en geen ervaring. De grootste verschillen zijn tussen een afwachtende houding van de hulpverlener en het niet beschikbaar zijn van vrijwilligers.



Figuur 10. Belemmerende factoren gesplitst voor wel en geen ervaring met ggz-cliënten

3.4.4 Ondersteuningsbehoefte vanuit kerken naar Eleos

In totaal 65% heeft gereageerd op de vraag: Op welke manier zou Eleos u kunnen ondersteunen als het gaat om het organiseren van diaconale zorg aan ggz-cliënten? In bijlage 1 is een overzicht van alle antwoorden opgenomen. De antwoorden zijn gerubriceerd en in tabel 11 weergegeven.

Tabel 11. Ondersteuningsbehoefte voor het organiseren van informele zorg

Behoefte aan ondersteuning vanuit Eleos	aantal
Soortgelijke bijeenkomsten houden zoals het minisymposium	11
Informatie en voorlichting	7
Aanspreekpunt advies, vraagbaak	4
Ervaringen uit wisselen en doorgeven	3
Contact met de hulpverlener	1
<i>totaal</i>	26

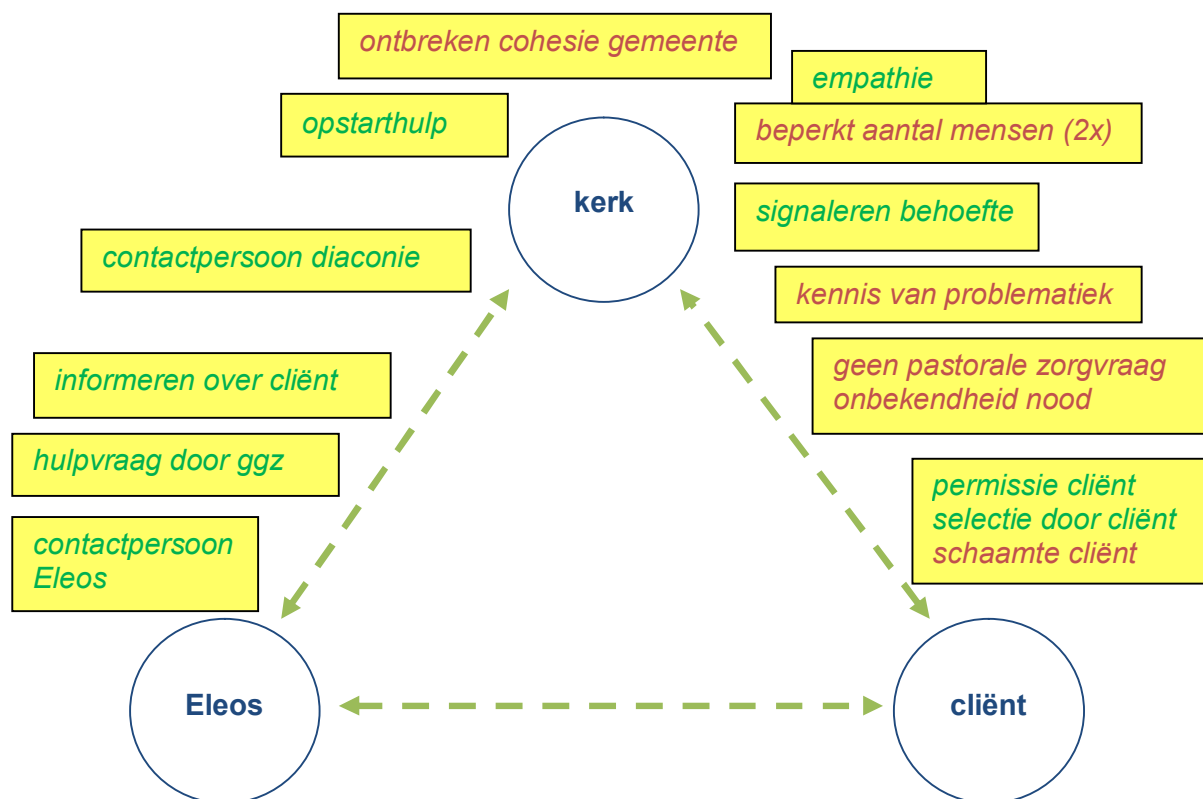
3.5 Resultaten verdiepend onderzoek

3.5.1 Respons

In deze paragraaf wordt in gegaan op de resultaten van het onderzoek van de casussen die door zijn gevraagd bij een aantal respondenten. De vragenlijst is bij 15 van de 17 respondenten angekommen. Hiervan hebben 5 personen de vragenlijst terug gestuurd. Dit aantal ligt beneden de verwachting, omdat alle 17 hadden aangegeven eventueel mee te willen werken aan een verdiepend onderzoek.

3.5.2 Stimulerende en belemmerende factoren

De uitkomst van de vragen over belemmerende en stimulerende factoren is geanalyseerd. In figuur 11 is een overzicht van de stimulerende (groen) en belemmerende (rood) factoren weergegeven in de driehoek met betrokkenen. De antwoorden uit de vragen 1 en 2 bevestigen voor een deel de eerdere uitslag dat de belangrijkste factoren in het organiseren van informele zorg zijn, namelijk de goede voorlichting over psychische ziektebeelden en het beschikbaar hebben van bekwame vrijwilligers. Echter laten ze ook een aantal nieuwe verbanden zien. De belemmerende factoren worden voornamelijk ervaren in de relatie tussen kerk en cliënt. De stimulerende factoren zijn vooral te vinden in de relatie tussen Eleos en kerken.



Figuur 11. Stimulerende en belemmerende factoren in relatie met de probleemstelling

In tegenstelling tot het kwantitatieve onderzoek zijn de stimulerende factoren vooral de organisatie van de informele zorg. Dat laat zich samenvatten in een goede coördinatie en samenwerking met Eleos. Dat is een nuancering op de eerder gevonden uitslag.

3.5.3 Vrijwilligersbeleid

Informele zorg kan niet zonder een goed vrijwilligersnetwerk in de gemeente. Volgende vragen gaan dan ook over het vrijwilligersbeleid.

werving van vrijwilligers

Hoe worden binnen de geloofsgemeenschap vrijwilligers geworven? Hier onder volgt een typering van de reacties:

1. Professionele/formele vrijwilligersorganisatie.
2. Samenwerking diaconie en vrouwenvereniging.
3. Lijst met beschikbare mensen, verder onbekend.
4. Professionele/formele vrijwilligersorganisatie.
5. Informeel en ad hoc.

ondersteuning van vrijwilligers

Hoe is de ondersteuning van vrijwilligers in uw gemeente geregeld? Hier onder volgt een typering van de reacties:

1. Goede ondersteuning
2. Nauwelijks ondersteuning en toerusting.
3. Goede ondersteuning.
4. Redelijke tot goede ondersteuning.
5. Geen ondersteuning.

verwachting van meer georganiseerd vrijwilligersbeleid

Wat is uw verwachting van een meer georganiseerd vrijwilligersbeleid? Hier onder volgt een typering van de reacties:

1. Meer samenwerking tussen pastoraat en diaconaat.
2. Zal zeker effect hebben.
3. Bewustwording gemeenteleden.
4. Geen resultaatgerichte houding.
5. Voldoende sociale controle.

Uit de antwoorden blijkt een diversiteit als het gaat om vrijwilligersbeleid. Er is een gemeente genoemd die een vrijwilligers coördinatie team hebben. Maar er is ook een kleine gemeente waar niets is geregeld, zelf geen onkosten vergoeding. Toerusting wordt in een aantal gevallen gegeven en soms dan alleen voor ambtsdragers. Opmerkelijk is dat in één geval sprake is van een goed georganiseerd vrijwilligersbeleid is, maar de zorgbehoefte niet bij de betreffende ambtsdrager in beeld komt.

3.5.4 Casussen

Er zijn een aantal casussen aangeleverd, waarin met succes een zorgnetwerk rondom een ggz-cliënt of iemand met psychische problemen is georganiseerd. De casussen laten zien dat er binnen kerkelijke gemeente diverse zorgnetwerken bestaan en op eigen initiatief worden georganiseerd. Als er sprake is van een ggz-cliënten wordt som ook contact gezocht met de hulpverlening. In geloofsgemeenschappen waar dergelijke netwerken actief zijn zal de stap naar informele kerkelijke zorg makkelijker genomen kunnen worden. Deze inbreng zal meegenomen worden als illustratie voor de handreiking naar de kerken. In één van de voorbeelden is ook een ervaringsdeskundige opgenomen in het zorgnetwerk.

3.6 Betrouwbaarheid en validiteit

3.6.1 Betrouwbaarheid

Het kwantitatief onderzoek is afgenomen onder een groep van 50 personen. Dat is relatief weinig voor een kwantitatief onderzoek. Met 40 respondenten zal voorzicht omgegaan moeten worden met de resultaten om algemene uitspraken te doen. De resultaten zijn indicatief. De respons is met 80% wel hoog en dat laat zien dat de doelgroep zich betrokken voelt bij het onderwerp. De enquête is vooraf duidelijk geïntroduceerd op een moment dat de doelgroep met het onderwerp bezig was. Ook was er voldoende tijd en gelegenheid om de vragenlijst in te vullen. Slechts bij 1 respondent was 1 onderdeel niet ingevuld. De test van de vragen zijn door iedereen ingevuld. Dit zijn allemaal factoren die de betrouwbaarheid vergroten. De verdiepende vragenlijst is uitgezet onder 15 respondenten. Er zijn 5 reacties ontvangen en daarmee is de respons 33%. Dat is laag, zeker in de verwachting dat de bereidheid groot was. Dat neemt niet weg dat een zekere mate van triangulatie is bereikt, waarmee de betrouwbaarheid van het onderzoek is vergroot.

3.6.2 Validiteit

Bij elk onderzoek is het van belang om de validiteit te beoordelen. Zo is vraag 10 maar de vraag over er niet te veel sociaal gewenste antwoorden zijn gegeven. Een zelfbeoordeling van kerken ligt heel gevoelig. Deze gevoeligheid is zichtbaar bij de relatief hoge score bij neutraal. Het resultaat zal dan ook met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Een ander aandachtspunt bij de validiteit is populatievaliditeit. In hoeverre is de groep waarbinnen het onderzoek is afgenomen representatief voor alle kerken uit de achterban van Eleos? De ambtsdragerbijeenkomst was alleen voor de regio Zuid en West Nederland. Onze respondenten zijn dus betrokken op ggz en pastoraat en waren aanwezig voor toerusting. In tabel 12 is een vergelijking gemaakt van de kerkelijke verdeling met een eerder genoemde onderzoek van cliëntenraad (Eleos, 2015).

Tabel 12. Vergelijking kerkelijke verdeling met onderzoek cliëntenraad

kerkgenootschap	Onderzoek cliëntenraad	Onderzoek IKZ
Protestantse Kerk in Nederland	26%	35,0%
Hersteld Hervormde Kerk	9%	12,5%
Gereformeerde Kerk Vrijgemaakt	10%	1,2%
Christelijk Gereformeerde Kerk	7%	1,2%
Gereformeerde Gemeente	28%	32,5%
Gereformeerde Gemeente in Nederland	8%	7,5%
Oud Gereformeerde Gemeente in Nederland	-	7,5%
Evangelische gemeenten	7%	0,0%
Overig	6%	2,5%
<i>totaal</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>

Als we deze verdeling vergelijken met de kerkelijke verdeling van de cliënten van Eleos dan valt op de twee grootste kerkgenootschappen de PKN en GG ongeveer gelijk vertegenwoordigd zijn. Dat is bijna 70% van de respondenten. De meer bevindelijke kerkgenootschappen OGG en GGiN zijn meer vertegenwoordigd terwijl de meer orthodox gereformeerde kerkgenootschappen CGK en GKV samen met de evangelischen bijna niet in

onze doelgroep aanwezig zijn. De conclusie is dat ons onderzoek in grote lijnen representatief te noemen is. Een aandachtspunt is wel de relatief hoge aanwezigheid van de meer bevindelijke gereformeerde kerken. Dat is een kleine verschuiving ten opzichte van de volledige achterban van Eleos.

Als het gaat om de vertegenwoordiging van de gemeente kan gezegd worden dat de uitkomst een goede weergave geeft van de verdeling van ambten in de kerk en functies in het pastoraat. De ouderlingen en diakenen vormen verreweg het grootste deel. De overige functies komen in veel mindere mate voor.

Tot slot de begripsvaliditeit. Pastorale zorg en diaconale zorg zijn niet eenvoudig te meten begrippen. Daarom zijn daarvoor ook verschillende vragen geformuleerd. Na de afname van de enquête aan een aantal proefpersonen is de vraagstelling aangepast en is introducerende tekst opgenomen waarin uitleg gegeven is aan de begrippen ggz-cliënten, pastorale en diaconale zorg.

3.7 Conclusie empirisch onderzoek

In dit hoofdstuk zijn de opzet en resultaten van het empirisch onderzoek besproken. We trekken hieruit de volgende conclusies:

- In ongeveer de helft van de kerken uit de achterban van Eleos wordt de pastorale zorg alleen door de kerkenraad gedaan. In de andere helft zijn ook gemeenteleden actief in het pastoraat. In bijna alle kerken uit de achterban van Eleos is een georganiseerd netwerk aanwezig voor diaconale zorg.
- De belangrijkste factoren die van invloed zijn op het organiseren van informele zorg zijn het onbekend zijn met psychische ziektebeelden en het niet tot beschikking hebben van bekwame vrijwilligers. Het moeizaam meewerken van het gemeentelid wordt als belemmerend ervaren. Een goede coördinatie en samenwerking met Eleos wordt als stimulerend ervaren.
- Degenen die wel ervaring hebben, geven vaker aan goede voorbeelden als stimulerend te ervaren, dan hen die nog geen ervaring hebben. Voor de laatstgenoemde groep wordt vooral het bekend zijn met psychische ziektebeelden ervaren als stimulerend.
- Voor het organiseren van informele zorg hebben kerken behoefte aan voorlichtingsbijeenkomsten voor ambtsdragers, gemeenteleden en andere vormen van voorlichting, advies en informatie uitwisseling.

Onze conclusies zijn representatief te noemen met een indicatief karakter. We zullen voorzicht moeten zijn om te stellige uitspraken te doen. Dat neemt niet weg dat de resultaten goed bruikbaar zijn voor de beantwoording van onze probleemstelling. Ze ons geven namelijk wel meer inzicht in de pastorale en diaconale structuur binnen alle kerken en de factoren die een rol spelen in het organiseren van informele zorg. In het volgende hoofdstuk zullen we onze schets van de informele zorg in kerken afronden.

4 Conclusie en discussie

4.1 Inleiding

Tot zover zijn alle resultaten gepresenteerd. We zijn nu toe aan de conclusie en formuleren daarmee een antwoord op de vraagstelling. Vervolgens wegen we in de discussie de resultaten van ons onderzoek en doen we een aantal aanbevelingen. De centrale vraagstelling in dit onderzoek is: *Hoe kunnen kerken uit de achterban van Eleos hun vrijwilligers inzetten voor informele zorgtaken aan ggz-cliënten?*

De hoofdvraag is onderverdeeld in de volgende deelvragen:

1. Wat zijn aandachtspunten bij het organiseren van informele zorg aan de doelgroep ggz-cliënten?
2. Wat is de toegevoegde waarde van het inzetten van vrijwilligers in kerken voor informele zorgtaken aan ggz-cliënten?
3. Wat zijn binnen kerken stimulerende en belemmerende factoren in het organiseren van informele zorg door vrijwilligers aan ggz-cliënten?

De doelstellingen van ons afstudeerproject zijn:

1. Het presenteren van het concept van informele zorg aan ggz-cliënten aan kerken.
2. Het stimuleren van kerken tot verdere samenwerking van informele zorg met professionele zorg voor ggz-cliënten.
3. Het bevorderen van de integratie van psychische hulpverlening en pastorale zorg vanuit de kerkelijk gemeente.

4.2 Conclusie

Bij het inzetten van vrijwilligers voor informele zorg aan ggz-cliënten zal rekening gehouden moeten worden met deze specifieke doelgroep. De aandachtspunten zijn dat ggz-cliënten vaak moeite hebben om te participeren in de kerk, een deel van ggz-cliënten geen pastorale zorg ontvangt en ggz-cliënten vaak drempels ervaren in het contact met gemeenteleden. Ggz-cliënten zijn kwetsbaar en komen gemakkelijk in een sociaal isolement terecht. De informele zorg aan hen wordt door mantelzorgers en vrijwilligers als relatief zwaar ervaren. In de visie van Eleos op herstelgeoriënteerde zorg heeft de informele zorg in kerken een belangrijke plaats. Eleos doet indirect een appel op de kerken om samen te werken. In de kerken uit de achterban van Eleos is echter geen eenduidige visie op deze samenwerking. De orthodox gereformeerde kerken zullen zich eerder herkennen in de visie van Eleos dan de meer bevindelijk gereformeerde kerken uit haar achterban.

De kerkelijk vrijwilligers zijn bereid en gemotiveerd om zorgtaken te verlenen. Een must voor informele zorg door vrijwilligers is dat er een goede match is tussen de cliënt en de vrijwilliger. Ook is het belangrijk dat er begeleiding is vanuit de kerk en de hulpverlening. Uit het empirische onderzoek volgde dat zo goed als alle geloofsgemeenschappen uit de achterban van Eleos wel een zorgnetwerk met vrijwilligers aanwezig is.

De inzet van deze vrijwilligers voor informele zorgtaken in de kerk heeft veel toegevoegde waarde. Zo wordt de professionele zorgrelatie tussen Eleos en de cliënt uitgebreid met een extra dimensie van pastorale en diaconale zorg. Deze zorgrelatie vanuit de geloofsgemeenschap kan daarnaast ook duurzamer zijn dan de professionele zorgrelatie. Een andere toegevoegde waarde is dat vanuit de eigen geloofsgemeenschap gestalte wordt gegeven aan de diakonia of dienst aller gelovigen in de gemeente. In plaats van alleen

ambtsdragers ontstaan er ook pastorale en diaconale zorgrelaties tussen gemeenteleden en de ggz-cliënt. De psychopastoraal begeleider kan hierin een belangrijke rol spelen. Het empirisch onderzoek gaf inzicht in de belangrijkste stimulerende factoren in het organiseren van informele zorg. Dit zijn het bekend zijn met psychische ziektebeelden en het tot beschikking hebben van bekwame vrijwilligers. Een goede coördinatie en samenwerking tussen Eleos en de kerk wordt ook als stimulerend ervaren. Het niet bekend zijn met psychische ziektebeelden, het niet tot de beschikking hebben van bekwame vrijwilligers en het moeizaam meewerken van het gemeentelid of cliënt wordt als belemmerend ervaren. Degenen die wel ervaring hebben, geven vaker aan goede voorbeelden als stimulerend te ervaren, dan hen die nog geen ervaring hebben. Zij die geen ervaring hebben gaven aan het bekend zijn met psychische ziektebeelden als stimulerend te ervaren.

Het organiseren van informele zorg is kort gezegd geen eenvoudige opgave, maar zeker ook geen 'mission impossible'. De samenwerking heeft zeker potentie tot slagen. Alle betrokkenen hebben belang bij de samenwerking en voor hen heeft de samenwerking toegevoegde waarde. Dat maakt de inspanning meer dan de moeite waard. Dit onderzoek wijst uit dat de weg om dit doel te bereiken niet vooraf voorgeschreven kan worden. De juiste weg zal per geval verschillen. Deze zullen de hulpverlener en contactpersonen in de kerken zelf moeten ontdekken. Dit betekent voor het inzetten van vrijwilligers voor informele zorg in kerken het volgende:

1. Voor het organiseren van informele zorg voor ggz-cliënten is een goede voorbereiding nodig. Kerken en hun vrijwilligers kunnen niet zonder begeleiding nieuwe zorgnetwerken opstarten en uitvoeren. Tot deze begeleiding horen in elk geval het werven en selecteren van de juiste vrijwilligers, het coördineren van het zorgproject met de takenverdeling voor de vrijwilligers en het informeren over het psychische ziektebeeld van de cliënt.
2. Voor het opstarten van nieuwe zorgnetwerken kan bij bijna alle geloofsgemeenschappen contact gezocht worden via een contactpersoon van de diaconie of een zorgnetwerk. De organisatie van het informele zorgnetwerk zal verschillen. Er zal in elk geval aansluiting gezocht moeten worden bij de bestaande structuren van het diaconaat.
3. De basis van een goede samenwerking is de wederzijdse erkenning. Eleos als ggz-instelling is principieel verschillend in doelstelling en organisatie dan de kerken. Juist deze verschillen in eigenheid kunnen de samenwerking versterken. Beiden zullen in gesprek moeten gaan en blijven over de informele zorg in kerken.
4. De inzet van vrijwilligers is van toegevoegde waarde voor de geloofsgemeenschap. Informele zorgnetwerken zullen de acceptatie van ggz-cliënten in hun gemeente vergroten. De informele zorg binnen de geloofsgemeenschap is een uiting van onderlinge dienstbetoon en geeft invulling aan het ambt of dienst aller gelovigen. Ook de inzet van ervaringsdeskundigen in een zorgnetwerk heeft daarmee zijn meerwaarde. Verder biedt een zorgnetwerk de mogelijkheid voor de kerken om de pastorale zorg samen op laten gaan met de diaconale zorg. Deze zorg sluit dan goed aan bij de herstelbenadering van Eleos, waarbij de zorg aan de cliënt betrekking heeft over meerdere domeinen of dimensies.
5. De inzet van vrijwilligers voor informele zorg kan ook niet zonder toerusting. Vrijwilligers vinden het belangrijke dat er ruimte is om ervaringen uit te wisselen of specifiek advies van Eleos in te kunnen winnen. Dit werkt voor hen stimulerend in de omgang met de ggz-cliënten.

6. Tot slot hebben kerken als vrijwilligersorganisaties toerusting nodig rondom hun vrijwilligersbeleid. Uit dit onderzoek blijkt dat er grote verschillen zijn in de organisatie van vrijwilligerszorg in de kerken. Er is in kerkelijke Nederland een schat aan voorbeelden en ervaringen rondom zorgnetwerken, waar veel van elkaar geleerd kan worden. Dit wel met de kanttekening dat meer organiseren en structureren binnen kerken niet altijd betere zorg betekent. De geloofsgemeenschap mag geen verlengstuk worden van de professionele hulpverlening, maar is een gemeenschap van dienstbetoon in liefde en verbondenheid met Jezus Christus.

Met deze conclusie is de ruwe schets voor het organiseren van informele zorg in kerken afgerond. We bespreken in het vervolg in de discussie de houdbaarheid van onze conclusie en doen daarna een aantal aanbevelingen.

4.3 Discussie

De conclusie is gebaseerd op een deel literatuuronderzoek en een empirisch onderzoek. Het gevaar bestaat dat op basis van de verschillende onderzoeken de conclusies te stellig worden geïnterpreteerd. Voor de geldigheid van de conclusies is belangrijk om het volgende te overwegen:

1. Het onderwerp ligt op het raakvlak van meerdere disciplines. Er is dan ook gebruik van gemaakt van verschillende soorten onderzoeken onder vrijwilligers en informele zorg en theologische literatuur. Dat is enerzijds een sterk punt, maar daarbij wel de kanttekening dat het onderzoek alleen door een student godsdienst pastoraal werk is beschreven en niet in een meer multidisciplinair team, wat ook goed mogelijk was.
2. Het empirische onderzoek is afgenomen onder een groep van 50 personen. Dat is relatief erg weinig voor een kwantitatief onderzoek. De resultaten van het onderzoek zijn indicatief en geven dan ook niet meer dan een richtingwijzer naar ons doel.

4.4 Aanbevelingen

De kerkelijke informele zorg zoals Eleos deze voor ogen heeft, vraagt om een nauwe samenwerking tussen Eleos en de kerken uit haar achterban. Beide zijn betrokken in de driehoek en daarom doen we ook beide de aanbevelingen.

Eleos

Bij Eleos ligt het initiatief om kaders te stellen aan de informele kerkelijke zorg. De hulpverleners zullen in overleg met hun cliënten concrete verzoeken met hulpvragen doen aan kerken voor informele zorg. Om deze hulpvragen goed te laten landen doen we de volgende aanbevelingen:

1. Maak geloofsgemeenschappen bewust van de toegevoegde waarde van informele zorg aan ggz-cliënten. In bijlage 3 is de tekst van een handreiking aan kerken opgenomen, die inhoud vormt voor de verdere communicatie naar de kerken.
2. Bied ondersteuning aan bij het opstarten van nieuwe zorgprojecten in kerken. Er is zowel in de kerken als bij de hulpverlening volop ervaring met huidige mantelzorgprojecten. Het heeft de voorkeur om deze hulp gezamenlijk vanuit Eleos en kerken te bieden.
3. Organiseer een goede uitwisseling van informatie tussen contactpersonen en vrijwilligers in kerken en hulpverleners van Eleos over het organiseren van informele zorg. Dit kan door middel van bijeenkomsten of een digitaal platform. Zorg dat ze elkaar goed leren kennen en feeling hebben met elkaars werkvelden.

4. Geef pastorale zorg ook nadrukkelijk een plaats binnen de hulpverlening. Maak daarin geen onnodig onderscheid tussen ambtsdragers en gemeenteleden. Denk vooral vanuit de hele gemeente en laat de zorg rondom het existentiële domein niet gescheiden zijn van de andere domeinen.
5. Blijf in gesprek met de kerken uit de achterban. Bespreek de herstelgeoriënteerde visie van Eleos en de plaats van informele zorg binnen deze visie. Om tot een gedeelde visie te komen zullen verschillen en overeenkomst benoemd moeten worden. Dit gesprek kan goed via de bestaande Raad van overleg van kerken.
6. Geef waar mogelijk ook ervaringsdeskundigen een plaats binnen het zorgnetwerk. Vanuit de gedachte dat de geloofsgemeenschap het lichaam van Christus vormt, is het aan te bevelen om juist ook ervaringsdeskundigen te betrekken bij de zorgtaken. Zij hebben het psychisch lijden zelf ervaren. Hierbij moet wel afgewogen worden in hoeverre dit vanuit de behandeling geweest is.

Deze aanbevelingen kunnen gezien worden als een minimaal vereiste om kerkelijke informele zorg te organiseren. In de éne geloofsgemeenschap zal dat sneller gaan dan de andere, omdat de omstandigheden daar optimaler zijn. Het doel is om ook binnen geloofsgemeenschappen waar de omstandigheden minder optimaal zijn tot zorgprojecten te komen. Daarom doen we ook aan kerken een aantal aanbevelingen.

Kerken

De kerken en hun vrijwilligers zijn de uitvoerders van informele zorg. De volgende aanbevelingen zijn bedoeld om de samenwerking met Eleos beter te laten verlopen.

1. Stel binnen de geloofsgemeenschap één centraal contactpersoon aan voor informele kerkelijke zorg aan ggz-cliënten. Bijvoorkeur een kerkelijk werker, psychopastoraal begeleider of vrijwilliger met gaven voor organiseren. Betrek deze persoon zo mogelijk ook bij de werving van de vrijwilligers voor het zorgnetwerk.
2. Stimuleer de bezinning op het diaconaat en pastoraat in de gemeenten. Maak duidelijk dat diaconale hulp veel meer is dan financiële hulp en pastorale hulp niet iets specifiek voor ambtsdragers. Informele zorg bestaat uit diaconaat en pastoraat en laat dat vooral gedaan worden door heel de geloofsgemeenschap.
3. Stimuleer de ontwikkeling naar een professionele vrijwilligersorganisatie. Voor goede informele zorg is een gedegen organisatie onmisbaar. Instanties zoals de NPV, Steunpunt Kerk en Werk hebben ervaring met vrijwilligersnetwerken. Verder is het aan te bevelen om binnen de gemeente een lijst met vrijwilligers te hebben en wat hun gaven zijn. Daarnaast zal ook onkostenvergoedingen, toerusting en uitingen van waardering een plaats moeten hebben binnen het vrijwilligersbeleid.

Voor sommige geloofsgemeenschappen zijn bovenstaande aanbevelingen min of meer overbodig. Want er zijn gelukkig ook positieve ervaringen met informele zorg aan ggz-cliënten. Deze ervaringen zijn het onderzoeken waard en daar ligt een rol voor het Kicg.

Kicg

Het Kicg is als kennisinstituut betrokken bij het project kerkelijk informele zorg. Met dit onderzoek hebben we een schets geleverd van hoe kerkelijke informele zorg georganiseerd kan worden. Meer onderzoek kan deze schets verfijnen en wellicht tot een vooraf te bepalen weg komen.

1. Het analyseren van de 'good practices' van bestaande zorgprojecten met als doel om meer zicht te krijgen op de succesfactoren. Wat zijn deze factoren en bij wie van de betrokken liggen deze? Dat is in dit onderzoek onvoldoende uit de verf gekomen.
2. Nader onderzoek naar wat informele zorg inhoudelijk oplevert aan de behandeling. Er is in het verleden alleen een kleinschalig uitgevoerd met weliswaar positieve resultaten. Voor een goede onderbouwing is een grootschaliger onderzoek gewenst.
3. Het typeren van kerken op basis van de organisatie van informele zorg en de pastorale en diaconale structuur binnen geloofsgemeenschappen. Is het mogelijk om de diversiteit terug te brengen naar een aantal eenvoudig typering? Een dergelijk onderzoek zal ook de verschillen binnen kerken uit de achterban beter in beeld kunnen brengen.

Literatuurlijst

- Baart, A. (2001). *Een theorie van de presentie*. Utrecht: Lemma.
- Baart, A. (2005). Diaconaal handelen. In H. Crijns e.a. (red.), *Barmhartigheid en gerechtigheid. Handboek diaconiewetenschap* (pp. 282-293). Kampen: Kok (pp. 282-293). Kampen: Kok.
- Couwenbergh, C. & van Weeghel, J. (red). (2014). *Plan van Aanpak Over de brug*. Opgehaald van Kenniscentrum Phrenos: <http://www.kenniscentrumphrenos.nl/diensten/plan-van-aanpak/>
- Crijns, H., & Miedema, L. (2004). Pastoraat. In H. Crijns e.a. (red), *Barmhartigheid en gerechtigheid*. Kampen: Kok.
- de Boer, A., de Klerk, M., Plaisier, I., Schyns, P., & Kooiker, S. (2015). *Informele hulp, wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning 2014*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- de Jong, E. (2014). *Psychosociale mantelzorg in de christelijke gemeente: een update*. *Psyche & Geloof*, 25,1, 53-61.
- de Jong, E. (z.j.). *Visiedocument Integer Vakmanschap Eleos 2015 – 2018*. (intern document Eleos). Amersfoort: Auteur.
- de Jong, E., & Schaap-Jonker, J. (2016). *Herstelgeoriënteerde zorg binnen de christelijke GGZ: een inleiding*. *Psyche & Geloof* 27, 4, 197-205.
- de Jong, G. (2012). Religieuze kaart van Nederland. In H. van Megen, & P. J. Verhagen (red.), *Handboek Psychiatrie, religie en spiritualiteit* (pp. 90-118). Utrecht: de Tijdstroom.
- de Klerk, M., de Boer, A., Kooiker, S., Inger, P., & Schyns, P. (2014). *Hulp geboden. Een verkenning van de mogelijkheden en grenzen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Eleos. (2014). *Gelovig in gesprek. Onderzoek naar het functioneren van het geloof in de hulpverlening binnen Eleos*. (Rapport Cliëntenraad Eleos), Amersfoort: Auteur.
- Eleos. (2015). *Pastoraat met passie. Onderzoek naar het functioneren van pastorale zorg aan cliënten van Eleos*. (Rapport Cliëntenraad Eleos), Amersfoort: Auteur.
- Eleos. (2016) *Informele kerkelijk zorg, Handleiding voor samenwerking tussen hulpverleners, pastoraat en diaconaat*. (intern document Kicg/Eleos). Amersfoort: Auteur.
- Eleos. (z.j.). *Eleos en pastoraat*. Opgehaald van Visiedocumenten Eleos: http://www.eleos.nl/Over_Eleos/Onze_identiteit/Geloof_en_hulpverlening/Visiedocumenten
- Eleos. (z.j.). *Gereformeerd (psychiatrische) zorg*. Opgehaald van Visiedocumenten Eleos: http://www.eleos.nl/Over_Eleos/Onze_identiteit/Geloof_en_hulpverlening/Visiedocumenten
- Ganzevoort, R., & Visser, J. (2012). *Zorg voor het verhaal*. Zoetermeer: Meinema.
- Geluk, C.G., & Schoonhoven, R. (1999). *Helen door te delen*. Zoetermeer: Boekencentrum.
- Hegger, A. T. (1998). Psychosociale mantelzorg door en voor de gemeente. In J. van der Wal (red.), *Psychische nood: ambt, gemeente en hulpverlening* (pp. 136-155). Heerenveen: Groen.
- Hegger, A. T., & Bac-Fahner, M. (1996). *Steun door anderen: psychosociale mantelzorg als sociale steun bij psychiatrische klachten*. *Psyche & Geloof*, 7, 47-64.
- Heitink, G. (1992). *Pastoraat als hulpverlening. Inleiding in de pastorale theologie en psychologie*. Kampen: Kok.
- Heitink, G. (2005). *Pastorale zorg*. Kampen: Kok.

- Hendriks, J. (2008). *Verlangen en vertrouwen. Het hart van gemeenteopbouw*. Kampen: Kok.
- Heystek, A. (2009). Diaconaat in de samenleving. In A. Noordegraaf, & G.C. Hertog (red.), *Dienen en delen* (pp.170-199). Zoetermeer: Boekencentrum.
- Jager-Vreugdenhil, M. (2012). *Nederland participatieland?* Dissertatie: Universiteit van Amsterdam.
- Jager-Vreugdenhil, M., Kuiper, R., & Roorda-Lukkien, C. (2006). *Kerk en Caritas. Een onderzoek naar vrijwilligerswerk en mantelzorg in vier orthodox protestantse kerken*. Zwolle: Gereformeerde Hogeschool .
- Kruijswijk, W., Peters, A., Elferink, J., Scholten, C., & de Bruin, I. (2013). *Mantelzorgers en vrijwilligers in beeld*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lindijer, C. (2003). *Gids voor reisgenoten. Een handboek voor lekepastoraat*. Zoetermeer: Boekencentrum.
- Mauritz, J.H., & Terlouw, L. (2016). *Van hart tot hart. Het pastorale gesprek*. Houten: Den Hertog.
- Noordegraaf, A. (2009). Inleiding Dienen en delen. In A. Noordergraaf, & G. C. den Hertog (red.), *Dienen en delen* (pp.9-26). Zoetermeer: Boekencentrum.
- Noordegraaf, H. (2011). Diaconaat en verzorgingstaat. In H. Crijns & Noordegraaf H. (red.), *Diaconie in beweging. Handboek diaconiewetenschap* (pp. 271-293). Kampen: Kok.
- Paul, M. (2010). Tussen verzet en overgave. In H. Van der Meulen (red.), *Liefdevol oog en open oor. Handboek pastoraat in de christelijke gemeente* (pp.125-150). Zoetermeer: Boekencentrum.
- Pfeifer, S. (1998). *Psychische stoornissen en bijbelse zielszorg*. Heerenveen: Groen en Zoon.
- Stoffels, S. (2009). *Voor de verandering. Werken aan vernieuwing in gemeente en parochie*. Zoetermeer: Boekencentrum.
- van den Brink, G., & van der Kooi, C. (2013). *Christelijke dogmatiek*. Zoetermeer: Boekencentrum.
- van der Wal, J. (1998). Zorg door de christelijke gemeente voor mensen met psychische nood. In J. Van der Wal (red.), *Psychische nood. Ambt, gemeente en hulpverlening*. Heerenveen: Groen en Zoon.
- van der Wekken - Gurp, E. (2013). *Psycho Pastorale Toerusting in de praktijk*. Opgehaald van HBO-kennisbank:
<https://www.hbo-kennisbank.nl/record/oai:repository.samenmaken.nl:smpid:17141>
- Wijma (red.), H. (2014). *Handboek voor diakenen*. Amsterdam: Buijten & Schipperheijn Motief.

Bijlagen

Bijlage 1 Vragenlijst kwantitatief onderzoek

Vragenlijst diaconale en pastorale zorg aan ggz-cliënten in de kerk

Deze vragenlijst gaat over gemeenteleden die te maken hebben met psychische of psychosociale problemen en die hiervoor in behandeling of begeleiding zijn in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Zij worden in de hulpverlening aangeduid met ggz-cliënten. Met deze lijst willen we graag meer inzicht krijgen in hoeverre deze gemeenteleden pastorale of diaconale steun vanuit de gemeente krijgen en hoe dat gebeurt.

1. Wat is uw leeftijd? jaar

2. Wat is uw geslacht?

☐ man

☐ vrouw

3. Wat is uw ambt of positie in de gemeente? (meerdere antwoorden mogelijk)

☐ ouderling

☐ pastoraal werker

☐ diaken

☐ lid pastoraal team

☐ predikant

☐ pastoraal bezoeker

☐ anders, nl:.....

4. Hoeveel jaar bent u betrokken bij het pastoraat of diaconaat in uw gemeente?

(Dit kan langer zijn dan uw huidige ambt of positie)

☐ minder dan 2 jaar

☐ 7 tot 10 jaar

☐ 2 tot 6 jaar

☐ meer dan 10 jaar

De volgende 2 vragen gaan over de wijze waarop de pastorale en diaconale zorg in uw gemeente is georganiseerd. Met *pastorale zorg* wordt bedoeld het bezoekwerk aan gemeenteleden. Met *diaconale zorg* wordt bedoeld de alledaagse hulp en ondersteuning voor de gemeenteleden die hulp nodig hebben, bijvoorbeeld: wekelijkse hulp in de huishouding of eens per maand samen wandelen.

5. Op welke wijze vindt de *pastorale zorg* aan ggz-cliënten in uw gemeente plaats?

(één antwoord mogelijk)

☐ Alle pastorale zorg wordt gedaan door de kerkenraad (en de pastoraal werker).

☐ Naast de kerkenraad zijn er ook enkele gemeenteleden actief in het pastoraat, bijvoorbeeld: klaggvrouwen of psycho-pastorale begeleiders. Zij zijn niet formeel aangesteld.

☐ De pastorale zorg wordt zowel gedaan door de kerkenraad als een formeel pastoraal team.

☐ anders, nl:.....

6. Op welke wijze is de *diaconale zorg* georganiseerd in uw gemeente?

(één antwoord mogelijk)

☐ Er is een georganiseerd vrijwilligersnetwerk met één of meerdere contactpersonen.

☐ Er is geen duidelijk georganiseerd vrijwilligersnetwerk, maar er zijn wel één of meerdere contactpersonen die zelf vrijwilligers werven en benaderen per zorgaanvraag.

☐ Er is geen contactpersoon in de gemeente voor diaconale zorg.

☐ anders, nl:.....

De volgende 5 vragen gaan over uw ervaringen met het organiseren van diaconale zorg door vrijwilligers aan ggz-cliënten in uw gemeente.

7. Hoe vaak heeft u zelf gemeenteleden benaderd om hen te vragen voor diaconale zorg aan ggz-cliënten in uw gemeente? (één antwoord mogelijk)

☐ Voor meer dan 5 ggz-cliënten in mijn gemeente.

☐ Voor minder dan 5 ggz-cliënten in mijn gemeente.

☐ Ik heb nooit een vrijwilliger gezocht voor ggz-cliënten in mijn gemeente.

☐ anders, nl:.....

8. **Wat is voor u *helpend* in het organiseren van diaconale zorg door vrijwilligers aan ggz-cliënten in uw gemeente?** (max. 3 antwoorden aankruisen)

- ☐ voldoende bekend zijn met psychische ziektebeelden
- ☐ het gemeentelid dat zorg nodig heeft, werkt goed mee
- ☐ een uitnodigend vrijwilligersbeleid in de gemeente
- ☐ het beschikbaar zijn van bekwame vrijwilligers
- ☐ zelf overwegend positieve ervaringen hebben met het organiseren van diaconale zorg
- ☐ bekend zijn met goede voorbeelden uit de praktijk
- ☐ een proactieve houding van de (externe) hulpverlener
- ☐ anders, nl:.....

9. **Wat zijn voor u *belemmeringen* in het organiseren van diaconale zorg door vrijwilligers aan ggz-cliënten in uw gemeente?** (max. 3 antwoorden aankruisen)

- ☐ onvoldoende bekend zijn met psychische ziektebeelden
- ☐ het gemeentelid dat zorg nodig heeft, werkt moeizaam mee
- ☐ geen of onduidelijk vrijwilligersbeleid in de gemeente
- ☐ het niet beschikbaar zijn van vrijwilligers
- ☐ zelf overwegend negatieve ervaringen hebben met het organiseren van diaconale zorg
- ☐ niet bekend zijn met goede voorbeelden uit de praktijk
- ☐ een afwachtende houding van de (externe) hulpverlener
- ☐ anders, nl:.....

10. **In hoeverre zijn onderstaande uitspraken voor uw gemeente van toepassing?**

(1= helemaal niet van toepassing, 2= niet van toepassing, 3= neutraal, 4=van toepassing, 5=helemaal van toepassing) Graag omcirkelen wat van toepassing is.

- 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | De *pastorale* zorg voor ggz-cliënten is goed geregeld in onze gemeente.
- 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | De *diaconale* zorg voor ggz-cliënten is goed geregeld in onze gemeente.
- 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Er is binnen onze gemeente wel een aanbod van diaconale en pastorale zorg, maar er wordt nauwelijks gebruik van gemaakt.
- 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Binnen onze gemeente heerst verlegenheid als het gaat om ggz-cliënten.

11. **Op welke manier zou Eleos u kunnen ondersteunen als het gaat om het organiseren van diaconale zorg aan ggz-cliënten?**

.....

12. **Tot welk kerkgenootschap behoort uw gemeente?**

- | | |
|---|---|
| ☐ Protestantse Kerk in Nederland | ☐ Gereformeerde Gemeente |
| ☐ Hersteld Hervormde Kerk | ☐ Gereformeerde Gemeente in Ned. |
| ☐ Gereformeerde Kerk Vrijgemaakt | ☐ Oud Gereformeerde Gemeente |
| ☐ Christelijk Gereformeerde Kerk | ☐ Anders, nl:..... |

13. **Heeft u nog een waardevolle toevoeging of afsluitende opmerking?**

.....

Voor ons onderzoek willen we graag een aantal interviews houden. Dit is een anonieme enquête. Als u mee wil werken aan een interview, zou u dan uw naam en e-mailadres willen noteren?

NAAM:.....email.....

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Antwoorden op de open vragen

11. Op welke manier zou Eleos u kunnen ondersteunen als het gaat om het organiseren van diaconale zorg aan ggz-cliënten?

aanspreekpunt voor advies

voorbeelden, informatie uitwisseling

informatie uitwisseling causistiek bespreking

lezing de gemeente

deze voorlichtingsdagen

bijeenkomsten zoals deze

vakinhoudelijk foldermateriaal

cursus

voorlichting

voorlichting en vraagbaak

via dit soort bijeenkomsten

aanspreekpunt met expertise

?

contact met werkers

voorlichting aan kerkenraad

dit soort bijeenkomsten als vandaag helpt al heel veel

voorlichting en gerichte adviezen

voorlichting zoals vandaag

voorlichting

info over psychische ziekten en hoe je er mee om moet gaan; info over een Bijbels antwoord op vragen van psychische zieken

deze bijeenkomsten blijven organiseren

deze bijeenkomsten blijven organiseren

goede voorbeeldverhalen doorgeven

goede voorlichten en bijeenkomsten als deze

kennisavonden in de gemeente organiseren

een gelijke bijeenkomst als deze houden voor de kerkelijke gemeente

dit soort avonden

13. Heeft u nog een waardevolle toevoeging of afsluitende opmerking?

als je mensen inschakelt moet je wel mensen zoeken die oprechte belangstelling hebben voor zwakken en niet over hun eigen problemen praten

mooi om zo als pastoraat en hulpverlening contact te hebben met elkaar en te leren van elkaar

voor ggz-cliënten heb ik pastorant gelezen, dus mensen die een luisterend oor nodig hebben

leerzaam met duidelijke handvatten

Bijlage 2 Vragenlijst en resultaten verdiepend onderzoek

Informele zorg door vrijwilligers aan ggz-cliënten in de kerk

Deze vragenlijst gaat over gemeenteleden die te maken hebben met psychische of psychosociale problemen en die hiervoor in behandeling of begeleiding zijn in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Zij worden in de hulpverlening aangeduid met ggz-cliënten. Met deze lijst willen we graag meer inzicht krijgen in hoe de informele zorg door vrijwilligers in uw gemeente is georganiseerd.

Helpende en belemmerende factoren in het organiseren van diaconale zorg voor ggz-cliënten

1. Wat zou voor uzelf het meest helpend zijn in uw gemeente in het organiseren van zorg voor ggz-cliënten? Zou u uw keuze uitgebreid willen motiveren?

1. Zorgbehoefte is veelal onzichtbaar. Het zou mij als blokouderling helpen als ik, uiteraard onder geheimhouding, meer op de hoogte zou zijn welke problemen er in mijn wijk zijn.
2. Vooral iemand met een oog hiervoor. In ons geval zijn we gezegend met een aantal vrouwen in onze gemeente die dat goed in de gaten houden, en die ook benaderbaar zijn.
3. Contactpersoon bij deskundige organisatie als Eleos; goede afstemming en hulp bij opzetten netwerk. Daarnaast aanspreekpunt in diaconie.
4. Mensen met voldoende EQ, geduld en het vermogen om prikkels te dempen is wel een universele vereiste als er hulp nodig is. Iedere GGZ klant is zo anders dat er geen grote gemene deler is voor georganiseerde hulp. Gezin met ouder(s) met psychiatrische problematiek heeft zulke andere hulp nodig als bijvoorbeeld kluizenaar.
5. Als er door ggz aan cliënten zou worden gevraagd of zij instemmen met begeleiding van leden vanuit de gemeente. Zo ja, dat ggz dan aan de kerkenraad vraagt, of zij kan beschikken over vrijwilligers die aan gestelde voorwaarden voldoen. Cliënten kunnen vaak zelf wel aangeven wie zij als begeleiders wel en niet willen.

2. Wat ervaart uzelf als de grootste belemmering in uw gemeente in het organiseren van zorg voor ggz-cliënten? Zou u uw keuze uitgebreid willen motiveren?

1. Er komt te weinig zorgbehoefte naar boven. We hebben wel een team voor pastorale zorg maar vanuit mijn blok komen geen hulpvragen. Ik denk dat de eerste reactie van mensen is "ik los het zelf wel op" en verder is er een enorm aanbod van hulpverlening waar mensen bewust of onbewust in shoppen.
2. Onze gemeente is een streekgemeente. De mensen komen uit de wijde omtrek. Zodoende is er weinig zicht op elkaar, en kennen we elkaar en elkaars noden niet of nauwelijks. We hebben ook geen verenigingsgebouw om buiten de erediensten samen te komen.
3. Te laat of eenvoudigweg niet weten van psychische nood. Vaak schaamte of angst voor onbegrip. Ook beperkt aantal mensen die hier een gepaste hulprol in kunnen hebben.
4. Mensen met kennis van GGZ problematiek
5. Het komt dikwijls bij dezelfde personen terecht. Er zijn niet zoveel mensen die de tact en mogelijkheden hebben om te begeleiden

3. Heeft u een casus binnen uw gemeente waarin het is gelukt om zorg- en ondersteuning aan ggz-cliënten te geven door meerdere vrijwilligers uit uw gemeente. Zou kunnen aangeven wat voor een zorgtaken deze personen deden en op welke wijze de vrijwilligers zijn gevonden en benaderd? Licht uw antwoord zo uitgebreid mogelijk toe.

1. Ik heb geen casus
2. Vanuit de vrouwenvereniging, wordt vaak door de vrouw van onze predikant, een client(e) benaderd. Aan de client(e) zelf word gevraagd welke personen hij of zij om zich heen zou willen hebben. Deze personen worden dan benaderd met de vraag of ze daar deel aan willen nemen. Dit kan zijn door een stukje huishouden over te nemen, kinderen naar school brengen, gezellig een middagje winkelen of gewoon een gesprekje te voeren. Het mooiste is als je ook mensen kan vinden die ervaring hebben in de situatie van een client(e). We hebben dit al een aantal keren in de praktijk mogen brengen. Zelf heb ik daar wel eens in mee mogen draaien als buddy voor een ex verslaafde, en nog steeds bij een psychische nood.
3. Gelukkig meerdere. Eén ontstaan door familie die hulp vroeg en daar anderen bij heeft ingeschakeld. Daarna pas contact met kerkenraad. Wij hebben afstemming tussen pastoraat en deze mantelgroep. Een andere betreft een jongere met psychische klachten. Daardoor ook eenzaamheid. Die wordt nu vanuit jeugdvereniging en een coachend ouder echtpaar benaderd en bij gemeente- of andere activiteiten betrokken.
4. Betrof gezin met 2 ouders met psychiatrische problematiek. 4 kinderen. Kinderen stonden onder toezicht Bureau jeugdzorg. Door moeder te ontlasten in de huishouding 2 x per week een morgen huishoudelijk hulp door vrijwilligsters. Gesprekken met ouders door ouderling. Vrijwilligers kwamen uit netwerk van de Diaconale Hulpverlening. Enkele kwamen al spontaan vanuit gemeente. Gezin was binnen jaar weer op de rails en de OTS is afgebouwd.
5. Wij hebben destijds om een ongehuwde vrouw die manisch depressief was en daarnaast ook periodiek perioden kende met wanen en achterdocht, een mantelzorg gevormd. Dit in overleg met behandelaar vanuit ggz. De samenstelling was in overleg met deze vrouw. Dit heeft jaren goed gewerkt. Helaas is deze vrouw betrekkelijk jong door kanker overleden. We stelden in overleg met betreffende persoon af wanneer wie op bezoek zou komen. Waar men voor waken moet is dat gemeenteleden in deze groep niet gaan optreden als uitvoerders van allerlei klusjes.

Vrijwilligersbeleid in uw gemeente

Kerken staan in het algemeen bekend om de grote bereidheid van vrijwilligers om zorg- en ondersteuningstaken uit te voeren. Uit het eerste deel van mijn onderzoek is naar voren gekomen dat het wel of niet beschikbaar zijn van vrijwilligers een belangrijke factor is voor het organiseren van diaconale zorg voor ggz-cliënten.

4. Hoe worden binnen uw gemeente vrijwilligers geworven? Gebeurt dat ad-hoc of is er een lijst of bestand van beschikbare vrijwilligers? Is bij de contactpersoon of diaconie bekend wat de talenten zijn of ervaring is van vrijwilligers? Licht uw antwoord zo uitgebreid mogelijk toe.

1. In onze gemeente zijn vele vrijwilligers actief. Met een VCT (Vrijwilligers Coördinatie Team) houden we dit up to date. Aan een talenten / ervaringen bestand wordt nog gedacht.
2. We zijn een kleine gemeente. Het gebeurt ad hoc. Vaak zijn er al gemeenteleden die een relatie met betreffende persoon hebben.
3. Vrijwilligers voor de bejaardenzorg worden zo nu en dan opgeroepen in ons contactblad door de diaconie. Er is in de diaconie een contactpersoon voor mantelzorg en hulp voor boodschappen doen en kleine karweitje e.d. Deze diaken werkt nauw samen met de vrouwenvereniging.
4. Er is een lijst met mensen. Afhankelijk van de situatie worden er mensen benaderd of zij beschikbaar zijn.
5. Diaconie coördineert een vrijwilligersgroep "de Samaritaan" voor hulp en een commissie "onderling contact". Er is een lijst bij de Samaritaan van beschikbare vrijwilligers. Er wordt ook bijgehouden wie wat doet en geëvalueerd hoe dat ging. Daarmee kun je bijsturen. Onderling contact is vooral om eenzamen, ouderen, alleenstaanden goed bij de gemeente betrokken te houden en te bezoeken. Er worden ook bijeenkomsten voor georganiseerd.

5. Hoe is de ondersteuning van vrijwilligers in uw gemeente geregeld? Zijn er bijvoorbeeld onkostenvergoedingen, bijeenkomsten voor toerusting of andere vormen van ondersteuning of begeleiding voor vrijwilligers? Licht uw antwoord zo uitgebreid mogelijk toe.

1. Vrijwilligers zijn gekoppeld aan een blokouderling. Er zijn bijeenkomsten met vrijwilligers voor informatie-uitwisseling en ondersteuning. Onkosten zijn declarabel.
1. Wat betreft toerusting: Dat is bij mijn weten niet of nauwelijks geregeld, ja alleen voor ambtsdragers. (Eleos) Bijeenkomsten zijn er alleen met personen die tijdelijk om iemand heen staan. Die houden elkaar zodoende op de hoogte, en steunen elkaar. Wanneer iemand een ander, bijvoorbeeld een oudere langere tijd helpt, kan er inderdaad een onkosten vergoeding voor mantelzorg aangevraagd worden. En ik weet dat hier ook gebruik van word gemaakt.
2. Onkosten worden vergoed, noodzakelijke of gewenste scholing wordt aangeraden en door de kerkenraad betaald. Toerusting door voor de vrijwilligers apart bijeenkomst te hebben en binnen classis en verder kerkverband contact met deputaatschappen en verenigingen.
3. Onkosten kunnen vergoed worden. Er is wel eens een toerustingsmoment. Hulp is vooral praktisch. Specifieke hulp overlaten aan professionele hulpverlening.
4. Er is geen regeling. Als het gaat om minder vermogenden die bijstand verlenen dan kunnen reis- en andere gemaakte kosten worden gedeclareerd. Speelt eigenlijk niet.

6. In hoeverre denkt u dat een meer georganiseerd vrijwilligersbeleid zal bijdragen aan de behoefte van zorg- en ondersteuningstaken door vrijwilligers voor ggz-cliënten? Licht uw antwoord zo uitgebreid mogelijk toe.

1. Ik denk dat er meer samenwerking tussen pastoraat en diaconaat moet zijn en dat er gewerkt moet worden aan een radar die alle behoeften in mijn wijk laat zien. Er is een scala van hulpverlening maar erg versnipperd. Ggz gaat structureel buiten de kerk om. Wisten we het maar!!!! Achteraf en te laat komen soms zaken naar boven.
2. Dat zal zeker bijdragen, en ook een noodzaak worden door alle bezuinigingen. Ik denk dat wij in onze (kleine) gemeente wat dat betreft, niet echt te klagen hebben.
3. Begint bij bewustzijn dat bij een gemeente horen ook inhoud om elkaars lasten te dragen. Dat stimuleren, faciliteren en coördineren. Organiseren op zich is nodig, maar los je en gebrek niet mee op. Soms juist te veel georganiseerd waardoor idee kan ontstaan van "dat doet die vereniging wel"
4. Hulp aan GGZ cliënten is meestal levenslang. Dat is niet eenvoudig om daar structureel iets voor te organiseren. Teveel vrijwilligers zijn resultaatgericht. En haken daarom af. Het onbegrip voor dergelijke patiënten is helaas te groot. Eigenlijk kan alleen familie dit structureel oplossen.
5. Speelt in onze kleine gemeente niet. In grotere gemeenten dreigen zwakkeren gemakkelijker uit zicht te raken. Soms stuit het ook op onwil van de client. Ze willen niet en als ze willen dan alleen van bepaalde personen.
6. Het meest moeilijk is het voor mensen die wel klagen maar ieder aanbod als het er op aankomt afwijzen. Dit zijn meestal ook mensen die zich niet tot ggz of andere instelling willen wenden. Daarvoor moet het eerst uit de hand lopen.

De ingevulde vragenlijst mag u terugsturen naar jvklinden@student.che.nl

Hartelijk dank voor uw tijd en medewerking!

Bijlage 3 Handreiking informele kerkelijke zorg

Deze handreiking is bedoeld voor diakenen, pastoraal werkers of anderen die werkzaam zijn in het organiseren van zorg en hulp in hun kerkelijke gemeente. De handreiking geeft uitleg over de methode van informele kerkelijke zorg van Eleos voor hun cliënten.

Wat is informele kerkelijke zorg?

Informele kerkelijke zorg is een samenwerkingsvorm van professionele hulpverlening van Eleos met vrijwilligers in kerken. Zij vormen samen met de hulpverlener en eventuele mantelzorgers, een zorgnetwerk rondom de cliënt. De begeleiding van dit zorgnetwerk wordt verzorgd door de hulpverlener van Eleos. De samenwerking van de professionele en informele zorg heeft als toegevoegde waarde dat de kerkelijke gemeenschap een plaats krijgt in het herstelproces van de cliënt. Na de afronding van de behandeling kan het zorgnetwerk naar behoefte blijven bestaan als sociaal netwerk van de cliënt.

Waarom informele kerkelijke zorg?

Mensen met psychische problemen hebben baat bij steun uit hun sociale netwerk. In de visie van Eleos is de kerkelijk gemeente bij uitstek een sociaal netwerk om de nodige steun te kunnen bieden. Door deze sociale steun vanuit hun gemeente zullen cliënten van Eleos zich ook meer geaccepteerd voelen in hun kerkelijke gemeente. Daarnaast zijn er voor Eleos minder middelen en tijd beschikbaar voor de professionele hulpverlening en wordt er een beroep gedaan op mantelzorgers en vrijwilligers om zorgtaken voor hun rekening te nemen. De methode van informele kerkelijke zorg is meer dan alleen maar zorgen voor de ander. De zorgtaken die door de gemeenteleden worden uitgevoerd hebben namelijk ook een diaconale en pastorale functie.

Hoe wordt informele kerkelijke zorg vormgegeven?

In het behandelplan van de cliënt zal de hulpverlener informele zorgtaken omschrijven om de behandeling zo effectief mogelijk in te zetten. Deze zorgtaken dienen door een zorgnetwerk van vrijwilligers uit de kerkelijke gemeente van de cliënt uitgevoerd worden. Naast vrijwilligers is het ook mogelijk dat mantelzorgers, zoals familieleden of vrienden zullen deelnemen aan het zorgnetwerk. Het is van belang dat de cliënt zich vertrouwd zal voelen binnen het zorgnetwerk.

Voor wie is informele kerkelijke zorg bedoeld?

Kerkelijke informele zorg is in de eerste plaats bedoeld voor cliënten van Eleos. De organisatie van een zorgnetwerk kan ook goed worden vorm gegeven rondom gemeenteleden die niet in de hulpverlening zijn opgenomen. In dat geval is het aan te bevelen om het zorgnetwerk te laten aansturen door iemand met ervaring in de hulpverlening of het coachen van vrijwilligers.

Wat wordt er van kerken verwacht?

De leden van het zorgnetwerk zullen in overleg met de cliënt worden gekozen. Van de kerk wordt verwacht dat er een contactpersoon bereikbaar is om geschikte vrijwilligers te benaderen. Om te zorgen dat er voldoende vrijwilligers zijn is het van belang dat er een goed vrijwilligersbeleid is in de gemeente. Het is voor vrijwilligers namelijk belangrijk dat er goede afspraken gemaakt worden en waardering voor hun werk duidelijk wordt geuit.

Wat wordt er van de vrijwilligers verwacht?

Iedereen die bereid is om er voor een ander te zijn kan in principe vrijwilliger worden. Omgaan met mensen met psychische problemen vraagt vaak wel om enige mensenkennis en veel liefde en geduld. In de praktijk zal ervaren moeten worden of er een click tussen de vrijwilliger en de cliënt. Binnen een zorgnetwerk is vaak een diversiteit in zorgtaken met verschillende zorgzwaarten. Dit maakt het goed mogelijk om ook minder ervaren mensen in te zetten in een zorgnetwerk.

Wat kan ik nu al doen?

Zorgnetwerken zijn niet alleen voor cliënten van Eleos van belang. In een gemeente zijn ook alleenstaanden of eenzame mensen. Het is goed om als diaconie deze mensen in beeld te hebben en ook hun op te nemen in een sociaal netwerk. Een organisatie als de Nederlandse Patiënten Vereniging heeft ervaring in het opzetten van zorgnetwerken en zorgmaatprojecten. In een gemeente waar goede zorgnetwerken zijn, zal de informele kerkelijke zorg naar verwachting ook beter verlopen voor cliënten van Eleos.

Voorbeelden

Het zorgnetwerk wat Eleos voor ogen staat is niet nieuw. Uit onderzoek blijkt dat er verschillende vormen van een zorgnetwerk in kerken aanwezig zijn. Hieronder volgen twee voorbeelden.

A. Zorgnetwerk in overleg met ggz-hulpverlener

Een ongehuwde vrouw is manisch depressief. Ze kent perioden met achterdocht en wanen. De wijkouderling heeft in overleg met een diaken en de ggz-hulpverlener een zorgnetwerk opgestart. De samenstelling is in overleg met deze vrouw gegaan. Binnen het zorgnetwerk zijn duidelijke afspraken gemaakt over bezoekenregelingen, om te voorkomen dat vrijwilligers overvraagd worden door mevrouw. Het zorgnetwerk heeft jarenlang goed gefunctioneerd.

B. Zorgnetwerk met ervaringsdeskundige

Binnen een gemeente wordt opgemerkt dat een man psychische problemen heeft. De man is benaderd door de coördinator van de vrijwilligers. In overleg met de persoon is gevraagd wie hij om zich heen zou willen hebben. Zo is een zorgnetwerk gevormd. Verder is in overleg met de man ook een ervaringsdeskundige gevraagd om deel te nemen aan het zorgnetwerk.