

Diaconaat en zorg
Onderzoek naar de feitelijke inzet van christelijke
geloofsgemeenschappen op het veld van zorg

Rapport no. 507

Oktober 2003

Drs. Gert de Jong

KASKI
onderzoek en advies over religie en samenleving

Toernooiveld 5
6525 ED Nijmegen
Postbus 6656
6503 GD Nijmegen

tel. (024) 365 35 31
fax (024) 365 34 85
www.ru.nl/kaski
info@kaski.ru.nl

Woord vooraf

Kerken en zorg hebben een lange gemeenschappelijke geschiedenis. Vele hedendaagse instellingen, zoals ziekenhuizen, gaan zelfs terug op initiatieven uit de vroege kerk en de kerk in de Middeleeuwen. Te denken valt daarbij aan de gasthuizen, waar ouderen, weduwen, zwervers en anderen die op zorg aangewezen waren, onderdak konden vinden.

Als we naar de meer recente geschiedenis kijken, dan zien we dat (binnen de protestantse kerken) diaconieën initiatieven namen tot het oprichten van instellingen voor gezinszorg, maatschappelijk werk, ouderenzorg, jeugdzorg, hulp aan chronisch zieken en mensen met lichamelijke en/of verstandelijke beperkingen. Met financiële steun van de overheid konden zij de desbetreffende instellingen uitbouwen.

Een aantal decennia verder is het patroon sterk gewijzigd door ontwikkelingen als professionalisering, ontkerkelijking, schaalvergroting en een veranderde rol van de overheid.

Hoe krijgt echter dan nu de diaconale betrokkenheid bij zorg gestalte?

Om daar meer zicht op te krijgen heeft het KASKI in opdracht van de Faculteit Godgeleerdheid Kerkelijke Opleiding vanwege de Nederlandse Hervormde Kerk te Utrecht nader onderzoek verricht, dat paste in het kader van het postdoctoraal onderzoek ‘Diaconaat in een veranderende verzorgingsstaat’ waarvoor ondergetekende verantwoordelijk is. Dit onderzoek had vooral een inventariserend karakter, omdat er geen systematische gegevens voorhanden waren over de diaconale betrokkenheid bij de zorg.

Ik bedank graag het KASKI voor de inzet die de realisering van het onderzoek, waarvan het verslag thans voorligt, mogelijk maakte.

Ook dank ik dr. P.M. Blom van Assendelft (Remonstrantse Broederschap) en drs. K.R. Tinga (Samen op Weg-kerken) voor hun actieve deelname in de Begeleidingscommissie van het onderzoek.

Voorts dank aan de fondsen en instellingen die zorgden dat de financiële randvoorwaarden voor dit onderzoek vervuld konden worden:

- Kerkinactie (SoW-kerken),
- de Remonstrantse Broederschap,
- het Hervormd Theologisch Wetenschappelijk Instituut (HTWI),
- de Diaconie der Evangelisch-Lutherse Gemeente Amsterdam,
- de Hervormde Diaconie van Amsterdam,
- de Maatschappij tot Welstand,
- de Haëlla Stichting
- en twee niet nader te noemen fondsen.

Ook de diaconie van de Hervormde Gemeente Den Haag heeft aan dit onderzoek bijgedragen in de vorm van de financiering van een aanvullend onderzoek in Den

Haag. De gegevens van dit onderzoek zijn in dit rapport verwerkt en worden in een aparte publicatie uitgebracht. Ook de diaconie van de Hervormde Gemeente Den Haag heeft aan dit onderzoek bijgedragen in de vorm van de financiering van een aanvullend onderzoek in Den Haag. De gegevens van dit onderzoek zijn in dit rapport verwerkt alsmede in een aparte publicatie uitgebracht.

Ik hoop dat dit rapport dienstbaar zal zijn aan de verdere ontwikkeling van een adequate diaconale praktijk.

Dr. Herman Noordegraaf
Post doctoraal onderzoeker
op het terrein van het diaconaat
Faculteit Godgeleerdheid
Kerkelijke opleiding vanwege de Nederlandse Hervormde Kerk
Augustus 2003

Inhoudsopgave

Woord vooraf.....	0
Inhoudsopgave.....	4
1 Opzet van het onderzoek.....	7
1.1 Achtergronden bij het onderzoek.....	7
1.2 Indeling van de rapportage.....	9
1.2.1 Kerken als deelnemer in zorgverlening.....	10
1.2.2 Kerken als participant aan besturen.....	11
1.2.3 Kerken als pleitbezorgers bij beslissingnemers.....	11
1.2.4 Kerken als menings- en cultuurvormende kracht.....	11
1.3 Organisatie van het diaconaat.....	11
1.4 Vraagstelling.....	13
2 Verzending en respons.....	15
2.1 Verzending.....	15
2.2 Respons.....	15
2.2.1 Reactie van diaconieën die de vragenlijst niet hebben ingevuld.....	16
2.2.2 Reactie van predikanten die de vragenlijst niet hebben ingevuld.....	16
2.2.3 Reactie groepen die de vragenlijst niet hebben ingevuld.....	16
2.2.4 Overige reacties.....	17
2.3 Non-respons analyse.....	17
2.4 Betrokken gemeentes.....	18
2.5 Samenvatting.....	18
3 Kerken als deelnemer in de zorgverlening.....	21
3.1 Activiteiten.....	22
3.1.1 Aantal activiteiten.....	23
3.1.2 Diaconieën en diaconale commissies.....	25
3.1.3 Predikanten.....	25
3.1.4 Diaconale of andere groepen.....	26
3.2 Plaats van de activiteiten.....	26
3.3 Doelgroep van de activiteiten.....	27
3.4 Indirect contact met zorgbehoevenden.....	28
3.4.1 Contact met zorgverleners.....	28
3.4.2 Financiële steun.....	29
3.5 Samenvatting activiteiten.....	30
4 Kerken als participant en pleitbezorgers.....	33
4.1 Bestuurlijke vertegenwoordiging.....	33
4.2 Overleg.....	37
4.3 Financiële steun.....	41
4.4 Samenvatting.....	42

5	Kerken als menings- en cultuurvormende kracht	45
5.1	Bewustwording en gemeentewerk.....	45
5.2	Samenvatting	47
6	Diaconale inzet.....	49
6.1	Andere vormen van diaconale inzet	49
6.2	Gemeentegrootte en mate van activiteiten	51
6.3	Samenvatting	53
7	Conclusies en discussie (1).....	55
7.1	Interpretatie van de respons.....	55
7.2	Kerken als deelnemer in de zorgverlening.....	56
7.2.1	Binnenkerkelijk?	56
7.2.2	Helpen waar geen helper is?	57
7.2.3	Mantelzorg en vrijwilligers	57
7.2.4	Financiële steun	58
7.2.5	Minimale en maximale inspanning	58
7.3	Kerken als participant en pleitbezorger.....	58
7.4	Kerken als menings- en cultuurvormende kracht	59
7.4.1	Bewustmaking	60
7.5	Twee infrastructuren	60
7.5.1	Infrastructuur van de lokale kerkelijke gemeente	60
7.5.2	Professionele infrastructuur	61
8	Inventarisatie zorgvoorzieningen in M. en W.	63
8.1	Vooraf	63
8.2	Vraagstelling.....	63
8.3	Dataverzameling en respons	64
8.4	Vrijwilligers	65
8.4.1	Problemen met vrijwilligerswerk.....	66
8.5	Contact met kerken	66
9	Inventarisatie zorgvoorzieningen Den Haag.....	69
9.1	Vooraf	69
9.2	Vraagstelling.....	69
9.3	Dataverzameling en respons	70
9.4	Vrijwilligers	71
9.4.1	Problemen met vrijwilligers	73
9.4.2	Evaluatie en training van vrijwilligerswerk.....	73
9.5	Contacten met kerken	75
9.5.1	Specifieke inbreng.....	76
9.6	Mantelzorg	77
9.7	Deconcentratie en extramuralisering	77
9.8	Samenvatting	78
9.8.1	Recreatie en intermenselijk contact.....	79

9.8.2 Niet zichtbaar	79
9.8.3 Contact met kerken	80
10 Vergelijking enquête, casestudy en focusgroepen	81
10.1 Reikwijdte van de vergelijking	81
10.2 Vergelijking van de onderzoeken	82
10.2.1 Zichtbaarheid en herkenbaarheid van de kerken.....	82
10.2.2 Werkvelden	82
10.2.3 Afstemming van taken	83
10.2.4 Bestuurlijk contact en overleg.....	83
10.2.5 Kerken als pleitbezorger	84
11 Conclusie en discussie (2)	85
Bijlagen	
1. Vertegenwoordigers van zorginstellingen en kerken te W.	91
2. Vertegenwoordigers van zorginstellingen en kerken te M.	95
3. Vertegenwoordigers zorginstellingen en kerken in Den Haag	101
4. Tekst van de aanbiedingsbrief	107
5. Tekst voorblad vragenlijst predikanten/pastores.....	111

1 Opzet van het onderzoek

De resultaten van het onderzoek Diaconaat en zorg, die in deze rapportage worden gepresenteerd, zijn een deel van het onderzoeksproject *Diaconaat in een veranderende verzorgingsstaat* dat door dr. H. Noordegraaf, als postdoctoraal onderzoeker aan de hervormd kerkelijke opleiding van de Theologische Faculteit van de Universiteit Utrecht, uitgevoerd wordt. Het voorstel is dan ook in nauwe samenwerking met Noordegraaf samengesteld.

Het project van Noordegraaf richt zich op een drietal belangrijke hedendaagse sociale kwesties in de Nederlandse samenleving, te weten: armoede, sociale uitsluiting en ontwikkelingen in de zorg. Dit onderzoek is uitgevoerd ten behoeve van het onderdeel ontwikkelingen in de zorg. Het wil empirisch materiaal ter tafel brengen over de kerkelijke betrokkenheid van lokale kerkelijke gemeentes.

Daarvoor is een drieledig onderzoek opgezet:

1. enquêteonderzoek onder plaatselijke kerkelijke gemeentes met de vraag naar de kerkelijke betrokkenheid bij zorg;
2. inventarisatie onder zorginstellingen in een drietal plaatsen met de vraag naar de contacten met de kerken;
3. groepsinterview met vertegenwoordigers van kerken en van zorginstellingen in de drie plaatsen, waarbij de gegevens uit de beide eerste delen van het onderzoek met elkaar worden besproken.

Allereerst komt de rapportage van de enquête aan bod, daarna de gegevens uit de inventarisatie en de groepsinterviews. Het gehele rapport zal vervolgens onderwerp zijn van een te beleggen expertmeeting, waar beleidsvragen worden besproken die door de begeleidingscommissie van dit onderzoek zijn opgesteld.

Bij dit onderzoek was een begeleidingscommissie betrokken bestaande uit:

- dr. H. Noordegraaf, opdrachtgever van dit onderzoek;
- dr. P. Blom van Assendelft, vanuit de Remonstrantse Broederschap;
- dhr. K. Tinga, van het Landelijk Dienstencentrum van de SoW-kerken (afdeling Dienst in de samenleving/diaconaat)

1.1 Achtergronden bij het onderzoek

Diaconaat beschrijft Noordegraaf (2000¹) als de dienst, in navolging van Christus, aan mensen met het oog op het verminderen en zo mogelijk wegnemen van nood. In die dienst kan de kerk verschillende rollen vervullen en zich op verschillende thema's richten. In dit geval gaat het om de betrokkenheid op zorg.

¹ Noordegraaf, H. (red.) (2000). *Het zal ons een zorg zijn. Over toegankelijkheid en kwaliteit van zorg als opdracht voor diaconaat*. Kampen: Kok.

Het thema ‘(blijvende) zorg’ (*care*) dient onderscheiden te worden van ‘zorg bij genezing’ (*cure*). Hier gaat het om zorg die zich richt op het ‘verzorgen’, omdat in tegenstelling tot de ‘zorg bij genezing’ de genezing van lichamelijke of verstandelijke beperkingen niet of slechts gedeeltelijk mogelijk is.

Als in een theologische bezinning fundamentele bijbelse noties als gerechtigheid en barmhartigheid op de (blijvende) zorg betrokken worden, leidt dit – in onze dagen anders dan vroeger – tot criteria als toegankelijkheid van zorg zonder onderscheid, kwaliteit van zorg die ‘heel de mens’ betreft en speciale aandacht voor de positie van de meest kwetsbaren in de zorg. Zo wordt het diaconaat, onder een zeker voorbehoud, gelegitimeerd volgens deze criteria te handelen in zorgsituaties die zich in de moderne samenleving voordoen.

Zorg (‘care’) krijgt zijn eigen fundamentele betekenis in een ethische bezinning. Deze leidt tot een ethiek waarin autonomie van de zorgbehoevende enerzijds en de afhankelijkheid van de zorgbehoevende anderzijds niet in mindering op elkaar komen. Integendeel, in deze ethiek wordt een kritisch evenwicht bewaard tussen autonomie en afhankelijkheid doordat de waarde van onderlinge menselijke betrokkenheid en verantwoordelijkheid voor elkaar uitdrukkelijk erkend worden. Als een zorgbehoevende door zijn handicap afhankelijk is van zorgverleners relativeert dat wel zijn zelfbeschikkingmogelijkheden maar het ontnemt hem niet zijn status van autonome mens.

Het zorgperspectief in deze zin – dat wil zeggen, zorg die uitgaat van het evenwicht van autonomie en afhankelijkheid – geeft aandacht aan de technologisch niet beheersbare aspecten van het menselijk leven en accepteert in de praktijk van de zorg de nu eenmaal gegeven afhankelijkheid. Zo vormt deze zorg een kritisch tegenwicht tegen de dreigende overheersing van de instrumentele rationaliteit in beleid en praktijk van de zorg in onze samenleving.

De verwevenheid van macro-, meso- en microniveau van de samenleving waar het gaat over de zorg roept specifieke vragen op. Wat in het beleid van de rijksoverheid aan regelgeving en arrangementen inzake zorg bepaald wordt, heeft op het niveau van maatschappelijke instellingen die met zorg van doen hebben (ziekenhuizen, thuiszorginstellingen, verzekeraars, patiëntenorganisaties) gevolgen die de relatie tussen zorgverlener en zorgontvanger verregaand conditioneren.

Een centrale vraag die daardoor opgeroepen wordt betreft de verhouding van marktwerking in de zorgsector en de solidariteit die verwezenlijking van de sociale rechten van de burger mogelijk maakt. Vervolgens komen vragen naar voren als: hoe kan voorkomen worden dat bij toenemende welvaart de zorgverlening kwantitatief en kwalitatief afneemt? Hoe wordt het effect van de voorrang van particuliere consumptie op de publieke sector ongedaan gemaakt? Hoe kan verdere marginalisering van chronisch zieken en gehandicapten voorkomen worden? Welke nadelige niet-beoogde effecten van de decentralisatie van het overheidsbeleid zijn er? Hoe te voorkomen dat de collectieve zorg een residuele voorziening voor lagere inkomensgroepen wordt?

Noordegraaf concludeert dat een ethisch gefundeerd zorgperspectief correspondeert met een diaconale benadering waarin de gerechtigheid en barmhartigheid Gods concreet vorm krijgen in toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg voor iedereen.

1.2 Indeling van de rapportage

Vanuit de hiervoor genoemde benadering zijn er voor kerken en diaconaat verschillende handelingsmogelijkheden, zowel voor de kerken in groter verband, als op plaatselijk niveau. Op dat laatste richt dit onderzoek zich door te vragen wat feitelijk gezien de inzet van christelijke geloofsgemeenschappen op het veld van zorg is. De vraag betreft uitdrukkelijk de inzet op het veld van zorg waartoe christelijke geloofsgemeenschappen het initiatief nemen, waarvoor zij gemeenteleden werven en die zij zelf op enigerlei wijze organiseren.

- Gezien de beperking tot zorg als 'care' heeft deze vraag vooral betrekking op inzet voor ouderen, mensen met een verstandelijke of lichamelijke handicap en psychiatrische patiënten, terminale patiënten en chronisch zieken.
- In instituties gedacht gaat het om thuiszorg, verpleeghuizen, verzorgingshuizen, palliatieve zorg en de voorzieningen voor gehandicapten en psychiatrische patiënten.
- Wat betreft kerkgenootschappen zal het onderzoek zich richten op geloofsgemeenschappen van de Samen op Weg-kerken en van de Remonstrantse Broederschap. Deze kerken zijn medefinanciers van dit onderzoek.

Een aantal aspecten van de feitelijke inzet komt in dit onderzoek aan de orde, waarbij in de feitelijke inzet een onderscheid gemaakt wordt in de vorm van inzet, onderscheiden naar hulp, pleitbezorging en ondersteuning, bewustwording alsmede bestuur en naar de doelgroep (direct of indirect contact).

Vanuit dit onderscheid zijn een aantal aandachtspunten voor het onderzoek uit te werken:

- direct contact met zorgbehoevenden;
- indirect contact met zorgbehoevenden;
- bestuurlijk contact met instanties;
- overleg met instanties;
- financiële steun aan instanties;
- contact met eigen kerkelijke gemeente.

Deze aandachtspunten komen terug in deze rapportage². Voor de opbouw van de rapportage houden we een indelingscriterium van Noordegraaf aan, waarbinnen deze aandachtspunten hun plaats krijgen. Bij zijn beschrijving van de inzet van kerken en in het bijzonder in het diaconaat (Noordegraaf, 2000, p. 34) onderscheidt hij:

- kerken als deelnemer in de zorgverlening;
- kerken als participant aan besturen;

² In de bijlage is de aanbiedingsbrief bij de vragenlijst en het voorblad van de vragenlijst opgenomen. Hier is te lezen hoe zorg is beschreven naar de respondenten.

- kerken als pleitbezorgers bij de beslissingnemers;
- kerken als menings- en cultuurvormende kracht.

Deze vierdeling is meeromvattend dan de vragen die in het onderzoek naar voren komen. Voor de hoofdstukindeling houden we wel de indeling van Noordegraaf aan, maar zullen een deel van de items van Noordegraaf meenemen in dit onderzoek.

Volgens de indeling van Noordegraaf zijn de volgende onderverdelingen binnen zijn vierdeling te maken:

1.2.1 Kerken als deelnemer in zorgverlening

Onder de noemer kerken als deelnemer in de zorgverlening kunnen de volgende vormen van betrokkenheid en activiteiten worden onderscheiden:

- activiteiten in de informele zorg en het vrijwilligers werk;
- meewerken aan de ontwikkeling van netwerken en het bieden van ruimte voor ontmoeting tussen mensen met en zonder handicap of beperkingen. Mede gezien het beleid van de overheid van extramuralisering en deconcentratie³ wint dit aan belang;
- pastorale dienstverlening;
- ondersteunen van mensen om hun weg te vinden in instellingen en regelgeving, eventueel door daadwerkelijk mee te gaan langs loketten, instellingen en ambtenaren;
- functioneren als intermediaire organisatie tussen overheden en mensen die verzorgingen behoeven;
- beschikbaar stellen van middelen, activiteiten, en accommodatie, zoals financiële ondersteuning, computers beschikbaar stellen of gebruik laten maken van het kerkelijk netwerk;
- financiële steun aan activiteiten op het terrein van de zorg of van zorgorganisaties;
- individuele financiële hulp of ander vormen van hulp en dienstverlening aan mensen in de knel.

³ Dit beleid wil inspelen op de individualisering in de maatschappij en op het vergroten van de keuzevrijheid van burgers. In deze ontwikkeling treedt de overheid verder terug en treedt minder regulerend op. In de zorg aan ouderen, gehandicapten en in de geestelijke gezondheidszorg wordt daarbij gestreefd het aantal bewoners van intramurale instellingen als verzorgings- en verpleeghuizen en instelling voor mensen met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap terug te dringen. Bij deze beleidsontwikkeling hoort het waarborgen van de mogelijkheden voor zorgbehoevenden om zo lang mogelijk in de thuissituatie te blijven wonen en leven en het creëren van mogelijkheden voor bewoners van intramurale instellingen om deze te verlaten en woon- en leefruimte te vinden in hun (oorspronkelijke) woonwijk of buurt.

1.2.2 Kerken als participant aan besturen

Hieronder verstaat Noordegraaf:

- deelname vanuit de kerken aan besturen van zorginstellingen, platforms van organisaties e.d.;
- deelname aan de beleidsvorming op het niveau van de burgerlijke gemeente.

1.2.3 Kerken als pleitbezorgers bij beslissingnemers

In deze rol kunnen de kerken overleg voeren met:

- plaatselijke/burgerlijke, regionale, provinciale, of landelijke overheden
- verzekeraars;
- zorginstellingen;
- of – volgens onze eigen aanvulling – andere maatschappelijke organisaties.

1.2.4 Kerken als menings- en cultuurvormende kracht

Tot slot onderscheidt hij een vierde punt dat twee richtingen in zich bergt, een richting de eigen kerkelijke gemeente, namelijk de menings- en mentaliteitsvorming bij kerkleden, de ander richting de samenleving, namelijk deelname aan het debat over de zorg.

Zoals vermeld houden we grotendeels deze vierdeling aan voor de hoofdstukken en brengen de aandachtspunten van het onderzoek hierin onder, met dien verstande dat pleitbezorging en participatie in dit rapport in één hoofdstuk worden samengebracht.

1.3 Organisatie van het diaconaat

Hierboven werd over diaconaat gesproken als taak van de kerk. Daarbij werd over de kerk in algemene termen gesproken. Voor dit onderzoek richten we de blik op de lokale kerkelijke gemeentes en hun betrokkenheid bij de zorg.

Binnen de SoW-kerken zijn diaconaat en diaconie twee verschillende termen die goed moeten worden onderscheiden. Diaconaat is een taak van de (hele) kerk en is daarom meer dan alleen het takenpakket van de diaconie en diakenen, het omvat alle dienst van de kerk. De diaconie is een onderdeel van de kerk(elijke gemeente) waar een deel van het diaconaat organisatorisch is ondergebracht. Diaconaat is dus de taak, of de werksoort, diaconie een instantie.

Binnen de Remonstrantse Broederschap wordt een andere terminologie gebruikt. De taak of werksoort duidt men aan met diaconie, de instantie die de diaconie uitvoert diaconale commissie.

In dit verslag houden we de term diaconie vooral gereserveerd voor de instantie en gebruiken voor de aanduiding van de taak of het werkveld de term diaconaat. Waar

het specifiek over de Remonstrantse Broederschap gaat, gebruiken we de term diaconale commissie voor de instantie.

De ‘uitvoerder’ van het diaconaat is dus in principe ieder die bij de kerkelijke gemeente betrokken is. In de praktijk is dat ondergebracht bij de diaconie of diaconale commissies. Daarnaast kunnen predikanten of pastores, vanuit hun hoedanigheid als predikant/pastor bezig zijn met diaconaat en kunnen groepen voor speciale diaconale taken zijn ingesteld (we noemen deze groepen in het vervolg diaconale of andere groepen, of kortweg ‘groepen’). In alle drie deze gevallen (diaconie, predikanten, groepen) hebben we te maken met de *kerkelijke gemeente* als uitvoerder van het diaconaat.

Tal van gemeenteleden/kerkleden zijn op persoonlijke titel actief in de dienst aan de wereld. Uit diverse onderzoeken blijkt dat kerkmensen naar verhouding meer vertegenwoordigd zijn in het vrijwilligerswerk. Zij doen dit wellicht vanuit hun gelovige, christelijke en/of kerkelijke inspiratie, maar op persoonlijke titel. Voor ons onderzoek, dat zich richt op kerkelijke betrokkenheid bij zorg, blijven zij buiten beschouwing. Voor de goede orde vermelden we dat dit een keuze is op grond van het onderzoek en niet op grond van waardering van het werk.

De motivatie hiervan is dat zowel de diaconieën als de diaconale of andere groepen hun organisatorische inbedding hebben in de kerkelijke gemeente. Men handelt in opdracht van of met mandaat van de kerkelijke gemeente. Hetzelfde geldt voor predikanten wanneer zij in hoedanigheid van predikant handelen.

Die organisatorische inbedding is er formeel niet voor gemeenteleden die actief zijn in het vrijwilligerswerk. Vanuit hun werk kan er wel inhoudelijke inbreng in de kerkelijke gemeente zijn, maar die zal vervolgens weer beleidsmatig vertaald moeten worden om voor ons onderzoek beschreven te kunnen worden.

De drie genoemde organisatorische instanties van het diaconaat zijn alle drie benaderd om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van het diaconaat van de kerkelijke gemeente. Anders gezegd: om de informatie over de kerkelijke betrokkenheid bij de zorg in kaart te brengen hebben we gebruik gemaakt van drie informanten:

- diaconieën;
- predikanten;
- diaconale of andere groepen⁴.

Hun informatie wordt bij elkaar gebracht om de betrokkenheid bij de zorg van de hele kerkelijke gemeente te beschrijven.

⁴ Enkele voorbeelden van deze groepen zijn: Diaconie/Herv. Bezoek Dienst; Vrijwilligershulpdienst; Jeugd diaconaat; Comité Meeleven; Ambtsgroep Kerk en Samenleving; Commissie Contactleden; Missionaire Werkgroep; Diakonaal Centrum Pauluskerk; Ondersteuning Mantelzorg; Signaalgroep

Overigens hebben niet alle kerkelijke gemeentes diaconale of andere groepen. We informeerden of er binnen de kerkelijke gemeente dergelijke groepen zijn; zo ja, dan ontvingen zij een vragenlijst.

Dat informeren ging als volgt: in de vragenlijst aan diaconieën en predikanten werd de vraag gesteld of er nog andere groepen vanuit de gemeente betrokken zijn bij de thematiek van het onderzoek. Als dat zo was, vroegen we naam en adres van de groep(en) en/of contactpersonen door te geven. Deze groepen kregen vervolgens een vragenlijst met begeleidend schrijven toegestuurd.

Niet alle kerkelijke gemeentes hebben een predikant/pastor, gemeentes kunnen *vacant* zijn. We troffen er een aantal in het onderzoek. Wel heeft iedere kerkelijke gemeente een diaconie of diaconale commissies.

1.4 Vraagstelling

Samenvattend en meer expliciet luidt de vraagstelling van dit onderzoek dus:

wat is feitelijk gezien de inzet van christelijke geloofsgemeenschappen op het veld van zorg?

waarbij we de inzet onderscheiden in:

- kerken als deelnemer in de zorgverlening;
- kerken als participant en als pleitbezorgers bij de beslissingnemers;
- kerken als menings- en cultuurvormende kracht.

Om een beeld te vormen van die inzet van christelijke geloofsgemeenschappen leggen we vragen voor aan diaconieën/diaconale commissies, predikanten/pastores en diaconale of andere groepen.

Het onderzoek gaat om de feitelijke inzet, dus hoe de inzet gestalte krijgt in daden, activiteiten, of handelingen. Het onderzoek vraagt niet naar visie en beleid. Wel is aan de kerkelijke respondenten gevraagd eventuele beleidsnotities of relevant folder- en informatiemateriaal toe te sturen. Dit materiaal is doorgegeven aan Noordegraaf voor eventuele verdere analyse.

2 Verzending en respons

2.1 Verzending

Voor het onderzoek diaconaat en zorg zijn twee wegen bewandeld: voor de lutherse en remonstrantse gemeentes is een populatieonderzoek uitgevoerd, dat wil zeggen dat alle gemeentes van deze kerkgenootschappen (de hele populatie) zijn benaderd. In het geval van de Evangelisch-Lutherse Kerk in het Koninkrijk der Nederlanden praten we dan over 56 gemeentes, in het geval van de Remonstrantse Broederschap over 43 gemeentes.

In het geval van de hervormde en gereformeerde kerkelijke gemeentes is gekozen voor een steekproefonderzoek, dat wil zeggen dat uit het gehele bestand van 2168 kerkelijke gemeentes een steekproef is getrokken van 550 kerkelijke gemeentes. Deze gemeentes zijn aangeschreven voor het onderzoek.

2.2 Respons

De respons varieerde van 36% van de lutherse gemeentes tot 67% van de remonstrantse gemeentes. In onderstaande tabel is de respons weergegeven, uitgesplitst naar diaconie, predikant, diaconale of overige groep, totaal en percentage van het aantal aangeschreven gemeentes. De getallen onder 'aantal responderende gemeentes' geven het aantal kerkelijke gemeentes aan, waaruit minstens een van de drie informanten (diaconie, predikanten, groepen) heeft gerespondeerd.

tabel 2.1 Respons van de kerkgenootschappen afzonderlijk plus van het totaal in absolute aantallen en percentages

<i>kerkgenootschap</i>				<i>aantal</i>	<i>aantal</i>	<i>respons in</i>
	<i>diaconie</i>	<i>predikant</i>	<i>andere</i>	<i>responde-</i>	<i>aange-</i>	
			<i>groepen</i>	<i>rende</i>	<i>schreven</i>	<i>%</i>
				<i>gemeentes</i>	<i>gemeentes</i>	
herv. en geref.	189	128	49	219	550	40
luthers	18	15	3	20	56	36
remonstrants	25	15	5	29	43	67
TOTAAL	232	158	57	268	649	41

Niet alle ingestuurde formulieren bevatten relevante gegevens, een aantal respondenten gaf aan dat zij ten onrechte het formulier hadden ontvangen (dit gebeurde nog wel eens bij de diaconale of andere groepen) of dat zij niet betrokken zijn bij diaconaat en zorg.

Een bloemlezing hieruit laat het volgende zien:

2.2.1 *Reactie van diaconieën die de vragenlijst niet hebben ingevuld*

Uit 38 kerkelijke gemeentes zijn formulieren terug ontvangen, zonder dat ze zijn ingevuld. Een enkele keer volstaat een kort 'n.v.t.' op het formulier geschreven, of 'wordt centraal geregeld' op de vragenlijst van een grotere hervormde gemeente.

Een andere keer worden er meer woorden aan besteed, zoals:

“Bij ons in de gemeente wordt veel vrijwilligers werk gedaan aan ouderen in een verzorgings- en een verpleeghuis. Vanuit de kerk is er de HVD⁵ en de cie. ouderenmiddag.”

of:

“Deze vragenlijst is voor ons niet relevant. Als prot. gemeente zijn wij in X zeer klein. De zorg is hier of in katholieke of in gemeente handen. ... De gemeenteleden die zich in de verzorgingshuizen bevinden worden wel pastoraal bezocht, terwijl wij ook gespreksmiddagen en kerstfeest voor hen verzorgen.”

of:

“... Wel doen gemeenteleden op eigen initiatief vrijwilligerswerk in het bejaarden/verzorgingshuis.”

Daarnaast ontvingen we een aantal brieven van kerkelijke gemeentes die aangaven over dit specifieke onderwerp niet veel te kunnen melden (“... zijn wij tot het oordeel gekomen dat uw vragenlijst voor ons niet van toepassing is.”).

Andere reacties zijn:

“Tot mijn spijt moet ik u meedelen dat vanwege prioriteitstelling wij niet aan uw verzoek gehoor kunnen geven. Onze excuses hiervoor.”

of:

“Wij zijn een kleine diaconie die niet toekomen aan het geven van zorg. Alleen het hoognodige gebeurt.”

2.2.2 *Reactie van predikanten die de vragenlijst niet hebben ingevuld*

Op een aantal formulieren van predikanten werd aangegeven dat men niet betrokken is bij diaconaat en zorg:

“Ondanks uw vriendelijke verzoek wil ik uw enquête niet invullen. Deels omdat ik niet erg ‘uit de voeten kan’ met de vragen. Deels omdat ik niet geloof in het nut van deze enquête en de doorwerking ervan in kerkelijke beleid.”

of:

“Speelt zich hier amper af, dus niet ingevuld”

2.2.3 *Reactie groepen die de vragenlijst niet hebben ingevuld*

Uit de reacties van de diaconale en andere groepen blijkt dat er veel groepen zijn aangeschreven, zonder dat zij relevante informatie hebben. Het is mogelijk dat in deze

⁵ Hervormde Vrouwendienst – GdJ

gevallen noch de predikanten, noch de diaconieën goed zicht hebben op wat deze groepen doen. De diaconieën en predikanten maken wel de inschatting dat de groepen met zorg bezig zijn, maar dat blijkt naar hun eigen zeggen helemaal niet zo te zijn. Een deel van de reacties geven we hier weer.

“Na uw vragenlijst gelezen te hebben moet ik u zeggen dat het karakter van onze HVD een volstrekt andere is.”

“Lijst niet van toepassing voor onze gemeente, wij werken niet met diaconale en andere groepen in het in de enquête bedoelde aandachtsgebied.”

“Na het bestuderen van de lijst zijn wij tot de conclusie gekomen dat onze stichting niet echt tot de doelgroep behoort, waarop dit onderzoek toegespitst is.”

Er is dus veel eer sprake van het feit dat er te veel groepen zijn aangeschreven dan dat groepen zijn overgeslagen. Dat komt de volledigheid van het beeld van kerkelijke betrokkenheid bij zorg alleen maar ten goede.

2.2.4 Overige reacties

Tot slot vermelden we nog andere redenen waarom we van een aantal gemeentes/respondenten wel de formulieren terugkregen zonder dat dit was ingevuld. Dat kan zijn omdat de gemeente vacant was op dat moment en er dus geen predikant was die de vragenlijst zou kunnen invullen. Zeven respondenten meldde dit. Ook kregen we een aantal vragenlijst retour omdat het adres onjuist was. Dit hebben we veertien keer geteld.

2.3 Non-respons analyse

Er is besloten tot non-responsanalyse om de motivatie voor non-respons te kunnen interpreteren.

Er zijn toen 358 korte brieven verstuurd met motieven van non-respons. We ontvingen 127 ingevulde brieven terug.

De brief bevat een aantal voorgegeven antwoordmogelijkheden. Bij de antwoordmogelijkheden is in tabel 2.2 vermeld hoe vaak het antwoord is gegeven. Het kan zijn dat één antwoord is gegeven, of dat meerdere antwoorden zijn aangekruist. Het aantal antwoorden is daarom hoger dan het aantal teruggestuurde formulieren.

tabel 2.2 Frequenties van de antwoorden van de non-responsanalyse

<i>antwoord</i>	<i>totaal</i>
ik heb /wij hebben zo goed als geen betrokkenheid bij zorg en dus niets kunnen melden;	78
ik heb/wij hebben tot nu toe geen tijd gehad de vragenlijst in te vullen	12
de persoon die de juiste informatie heeft is niet bereikbaar	2
we willen eerst vergaderen over de vragenlijst en dat is nog niet gebeurd	4
we willen niet aan dergelijk onderzoek mee doen	19
de vragenlijst was ons/mij veel te groot en/of ingewikkeld	16
anders namelijk (mogelijk heeft u behoefte een toelichting te geven, dat kan hier, of op de achterzijde)*	21
TOTAAL	152

* hiervan twee formulieren met de mededeling dat het antwoordformulier wèl was ingestuurd.

Van de 152 antwoorden is 51% het eerste antwoord, namelijk dat men niets kan melden omdat men zo goed als geen betrokkenheid heeft bij de zorg.

2.4 Betrokken gemeentes

In de analyse en rapportage zijn alleen die respondenten meegenomen die daadwerkelijk iets te melden hebben over ons onderwerp. Dat is dus een beperkt deel van het aantal kerkelijke gemeentes, en eveneens een deel van de respons. In de rapportage zal telkens worden gerapporteerd over de gemeentes die wel de vragenlijst hebben ingevuld. In de rapportages zullen we deze gemeentes telkens aanduiden met de term ‘betrokken gemeentes’, namelijk op een of andere wijze betrokken bij de thematiek van diaconaat en zorg.

tabel 2.3 Toelichting op de respons van kerkelijke gemeentes. In de tabel zijn het totaal aantal aangeschreven gemeentes aangegeven en het aantal betrokken gemeentes. Betrokken is dat er in ieder geval enige vorm van betrokkenheid bij zorg is.

	aantal gemeentes	aantal betrokken gemeentes	percentage
hervormd en gereformeerd	550	194	35
luthers	56	19	34
remonstrants	43	22	51

2.5 Samenvatting

Om een beeld te krijgen van de feitelijke inzet van lokale kerkelijke gemeentes van de Remonstrantse Broederschap, de Evangelisch-Lutherse Kerk in het Koninkrijk der Nederlanden, de Gereformeerde Kerken in Nederland en de Nederlandse Hervormde Kerk is door middel van een vragenlijstonderzoek een inventarisatie gehouden van betrokkenheid bij de zorg.

De vragenlijsten zijn verspreid onder alle 56 lutherse gemeentes en alle 43 remonstrantse gemeentes en onder een steekproef van hervormde gemeentes en gereformeerde kerken; hiervan zijn er 550 benaderd.

Binnen de lokale kerkelijke gemeentes zijn predikanten en diaconieën/diaconale commissies benaderd en, als dat van toepassing is, diaconale of andere groepen. In totaal zijn op deze manier 649 lokale kerkelijke gemeentes aangeschreven, van 268 van hen is een vragenlijst terug ontvangen; dat is een totale respons van 41%. Uit gesplitst naar kerkgenootschap ligt de respons voor de lutheranen op 36%, voor de hervormden en gereformeerden (zij worden in deze hele rapportage tezamen genomen) op 40% en voor de remonstranten op 67%.

Niet iedere responderende gemeente heeft daadwerkelijk wat te melden als het om betrokkenheid bij de zorg gaat. De kerkelijke gemeentes die wel wat te melden hebben, worden in het vervolg aangeduid met de term *betrokken* gemeente, zij hebben aangegeven op minstens één van de aspecten of met minstens één activiteit die in de vragenlijst werd genoemd, betrokken te zijn.

Het percentage betrokken gemeentes in relatie tot het aantal verspreide formulieren is voor hervormd en gereformeerd 35%, voor evangelisch-lutherse gemeentes 34% en voor remonstrantse gemeentes 51%.

3 Kerken als deelnemer in de zorgverlening

In de rol van deelnemer in de zorgverlening treden de kerken in direct contact met zorgbehoevenden door activiteiten met zorgbehoevenden. Dat kan zijn hulp bij levensverrichtingen, klusjes of recreatie. Ook mensen ondersteunen om hun weg te vinden in instellingen en met regelgevingen valt binnen dit onderscheid. Noordegraaf noemt de financiële steunverlening op dit punt. Voor het onderzoek leggen wij financiële steun uiteen in directe en indirecte steun aan zorgbehoevenden, en financiële steun aan instanties. Deze laatste vorm van steun komt in het hoofdstuk over kerken als participant en pleitbezorger aan de orde.

In dit hoofdstuk gaat het dan met name om de contacten met zorgbehoevenden. Dit contact met zorgbehoevende wordt onderscheiden in direct contact en indirect contact. Met direct contact wordt bedoeld dat leden van een kerkelijke gemeente, in de hoedanigheid als lid van die kerkelijke gemeente activiteiten met zorgbehoevenden uitvoeren. Daarbij hebben we een aantal activiteiten aan de respondenten voorgelegd. We noemen ze hieronder met daarbij de exacte formulering zoals die in de vragenlijst voorkwam, plus de afkorting waaronder er naar deze activiteiten wordt verwezen in deze rapportage.

adl	hulp bij <i>algemene dagelijkse levensverrichtingen</i> en persoonlijke verzorging, zoals wassen, aan- en uitkleden, zitten en opstaan, in en uit bed stappen, toiletbezoek
hdl	hulp bij <i>huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen</i> , zoals: boodschappen doen, maaltijden klaarmaken, afwassen, bed opmaken, huis schoonhouden, wassen en strijken
klusjes	klusjes, zoals: vuilnis buiten zetten, verzorgen van de tuin, kleine doe het zelf klusjes
mobilititeit bezoek	mobilitieitszaken, zoals: buitenshuis verplaatsen, rolstoel rijden, e.d. bezoekwerk met o.a. gezellig praten over alledaagse dingen, spelletje doen, kaarten, lezen of voorlezen, samen televisie kijken, samen eten, praten over levensvragen
rechten- assistentie	mensen helpen bij het gebruikmaken van hun rechten, zoals begeleiden in hun contacten met de overheid, de zorgverleners, medische wereld (artsen, fysiotherapeuten) of bij het helpen invullen van formulieren en aanvragen
recreatie	recreatieve activiteiten, zoals wandelen, samen naar concert/theater of film, samen handwerken of knutselen, soos
uitstapjes	uitstapjes en vakantie met hierbij zorgbehoevenden begeleiden tijdens dagjes uit (dagboottochten, andere dagtochten), Kerst-, Paas- of Sinterklaasvieringen, of langere vakanties, zoals op b.v. De (Blij) Werelt of het F.D. Roosevelthuis

Kerkelijke gemeentes kunnen de bovengenoemde activiteiten ontplooiën of initiëren, waarbij het vaak niet een kwestie is van wel of geen activiteiten, maar er een zekere gradatie is. In de vragenlijst is dat tot uitdrukking gebracht door te vragen hoe vaak de activiteiten voorkomen: wel eens, vaker dan eens, of geregeld.

Direct contact met zorgbehoevenden wordt niet alleen onderscheiden naar activiteit, maar ook naar de plaats van handeling en de categorie zorgbehoevenden, hier aangeduid als ‘doelgroep’.

3.1 Activiteiten

De activiteiten die vanuit de kerkelijke gemeente worden ontplooid komen in beeld als de informatie van de predikanten, diaconieën en eventuele diaconale of andere groepen bij elkaar worden gebracht. Voor dat totaalbeeld maken we een iets grovere indeling. De in de vragenlijst voorgestelde mogelijkheden geen en af en toe brengen we samen naar ‘geen of incidenteel’, de mogelijkheden vaker dan eens en geregeld naar ‘structureel’.

In volgorde van voorkomen zien de gegevens van de kerkgenootschappen er dan als volgt uit:

tabel 3.1 Betrokkenheid van hervormde en gereformeerde kerkelijke gemeentes zich uitend in diverse activiteiten. De tabel vermeldt het aantal meldingen.

activiteit	<i>uitstap-</i>		<i>rechten-</i>			<i>hdl</i>	<i>klusjes</i>	<i>adl</i>
	<i>bezoek</i>	<i>jjes</i>	<i>mobilititeit</i>	<i>recreatie</i>	<i>ass.</i>			
geen of incidenteel	50	83	135	141	157	166	177	181
structureel	144	111	59	53	37	28	17	13
N =	194	194	194	194	194	194	194	194

tabel 3.2 Betrokkenheid van lutherse gemeentes zich uitend in diverse activiteiten. De tabel vermeldt het aantal meldingen.

activiteit	<i>bezoek</i>	<i>rechten-</i>			<i>klusjes</i>	<i>hdl</i>	<i>adl</i>
		<i>uitstapjes</i>	<i>recreatie</i>	<i>ass. mobilititeit</i>			
geen of incidenteel	2	8	12	12	14	16	18
structureel	17	11	7	7	5	3	1
N =	19	19	19	19	19	19	19

tabel 3.3 Betrokkenheid van remonstrantse gemeentes zich uitend in diverse activiteiten. De tabel vermeldt het aantal meldingen.

activiteit	mobili- rechten-		uitstap-					
	bezoek	teit	ass.	recreatie	hdl	jes	klusjes	adl
geen of incidenteel	6	15	16	17	18	19	20	21
structureel	16	7	6	5	4	3	2	1
N=	22	22	22	22	22	22	22	22

Het blijkt dat het bezoekwerk zowel aan *hervormde en gereformeerde* zijde als bij de *lutheranen en remonstranten* de meest voorkomende activiteit is. Hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen, bij huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen en klusjes bevinden zich in alle drie de kerkgenootschappen in de onderste regionen. Blijkbaar zijn de kerken op deze terreinen niet actief. Het kan zijn dat deze activiteiten via andere kanalen lopen, zoals mantelzorg en (vrijwillige) thuiszorg en daarom hier buiten beeld blijven.

Dat bezoekwerk hoog scoort is op zich ook niet zo'n verrassing gezien de bezoekcultuur die de (protestantse) kerken kennen. Om het in wat moderner jargon te zeggen: mogelijk hebben we hier van doen met een kernactiviteit van de kerk.

3.1.1 Aantal activiteiten

Een kerkelijke gemeente kan bij geen, een of meerdere activiteiten betrokken zijn. De volgende diagrammen (diagram 3.1, diagram 3.2 en diagram 3.3) brengen dit in beeld.

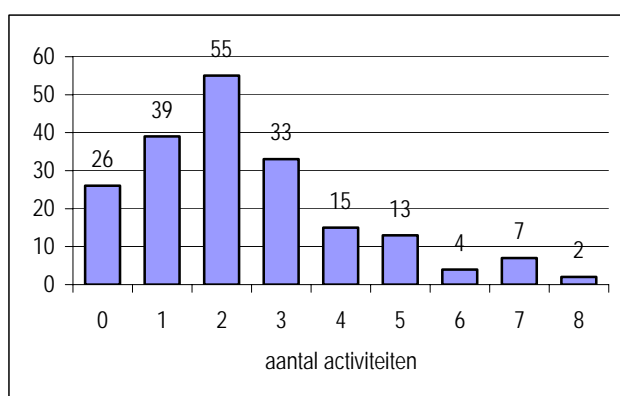


diagram 3.1 Weergave van het totaal aantal vormen (activiteiten) van directe betrokkenheid bij zorg, vanuit kerkelijke gemeentes

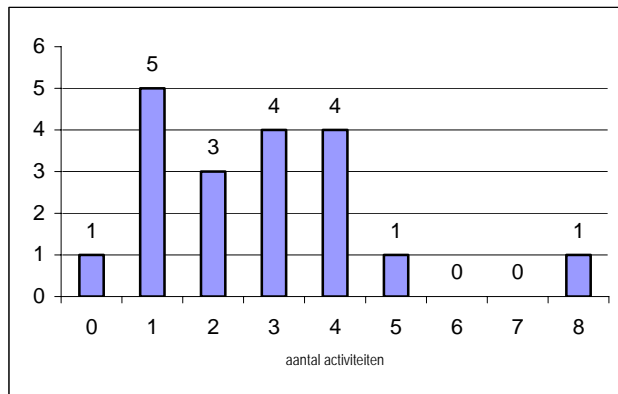


diagram 3.2 Weergave van het totaal aantal vormen (activiteiten) van directe betrokkenheid bij zorg, vanuit kerkelijke gemeentes: lutherse gemeentes

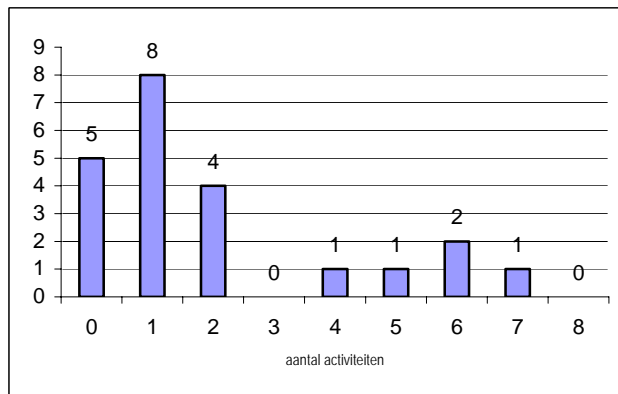


diagram 3.3 Weergave van het totaal aantal vormen (activiteiten) van directe betrokkenheid bij zorg, vanuit kerkelijke gemeentes: remonstrantse gemeentes

Vergelijking van de diagrammen laat zien dat er wel wat verschillen tussen de drie kerkgenootschappen zijn. Waar twee activiteiten bij de *hervormde en gereformeerde* kerkelijke gemeentes het vaakst voorkomt (55 van de 194), komt bij de *lutherse* kerk en de *remonstrantse* broederschap één activiteit het vaakste voor.

Bij de *lutheranen* zijn er acht gemeentes die drie of vier activiteiten melden, één gemeente vijf activiteiten en één gemeente acht activiteiten, waarmee de helft van de gemeentes als vrij actief kan worden aangemerkt.

Bij de hervormde en gereformeerde kerkelijke gemeentes zien we dat vier activiteiten of meer door een vijfde van de gemeentes wordt gemeld.

De informatie kan gedetailleerder worden weergegeven, dan onderscheiden we de informatie zoals we die hebben verzameld bij diaconieën, predikanten en groepen afzonderlijk.

3.1.2 Diaconieën en diaconale commissies

Het beeld dat we zagen toen we naar de hele gemeente keken zien we terug bij de diaconieën, zowel bij hervormden en gereformeerden, als bij lutherse, als remonstrantse gemeentes. In al die gevallen is het bezoekwerk de meest gemelde activiteit. Bij *hervormden en gereformeerden* meldt meer dan de helft (14% vaker; 47% geregeld) dat ze bezoekwerk doen. Bij de zeventien betrokken *lutherse* diaconieën ligt dat op bijna driekwart (4 gemeentes vaker; 10 geregeld), terwijl aan *remonstrantse* zijde ruim de helft van de diaconieën/diaconale commissies (2 gemeentes vaker; 8 geregeld) dit meldt.

Tegelijk moet worden opgemerkt dat twee van de vijf hervormde en gereformeerde gemeentes aangeven zich niet met bezoekwerk bezig te houden, of slechts af en toe (30% geen; 9% af en toe). Van de negentien betrokken remonstrantse diaconale commissies geven 8 aan dat ze niet aan bezoekwerk doen.

3.1.3 Predikanten

Bezoekwerk lijkt – wat diaconaat en zorg betreft – tot de kernactiviteiten van *hervormde en gereformeerde* predikanten te behoren. Van de 111 betrokken predikanten meldt 61% dat ze deze activiteit geregeld uitvoeren. In vergelijking met de diaconie dus aanmerkelijk meer. Dan meldt nog 15% ‘vaker dan eens’ bezoekwerk te doen, zodat het geheel op driekwart van de betrokken predikanten uitkomt.

De activiteit die daarna de hoogste percentages heeft zijn de uitstapjes, 14% meldt dat ze dit geregeld doen, 16% vaker dan eens. Dat is bijna een derde, maar in vergelijking met het bezoekwerk blijft deze activiteit ver achter. Algemene en huishoudelijke dagelijkse levensverrichting en klusjes doen predikanten sporadisch (adl: 1% geregeld, 5% vaker dan eens; hdl: 0% geregeld, 5% vaker dan eens; klusjes: 0% geregeld, 3% vaker dan eens).

Bij *lutheranen* zien we dat vier van de vijf predikanten (75% geregeld, 8% vaker dan eens) structureel met bezoekwerk aan zorgbehoevenden bezig is. We zagen eerder dat bij de lutherse gemeentes de uitstapjes en recreatieve activiteiten in de hogere regionen zaten. De bijdrage van predikanten daarin is naar verhouding gering. In beide gevallen meldt één predikant dit geregeld te doen, acht zeggen niet aan recreatieve activiteiten deel te nemen, drie niet aan uitstapjes, vijf af en toe.

Bij de *remonstrantse* pastores zien we eveneens het bezoekwerk bovenaan de lijst staan. Van de acht pastores melden vier dat ze geregeld bezoekwerk doen, twee af en toe.

3.1.4 Diaconale of andere groepen

De rapportage hier is minder veelzeggend. Van hervormde en gereformeerde zijde gaven negen groepen aan dat zij betrokken zijn bij diaconaat en zorg, van lutherse zijde van één groep, van remonstrantse zijde twee.

Voor zover er conclusies mogen worden getrokken op grond van deze kleine aantallen is dit dat het bezoekwerk als meest genoemde activiteit naar voren komt.

3.2 Plaats van de activiteiten

Activiteiten kunnen op verschillende locaties plaatsvinden, bij zorgbehoevende thuis, in een verzorgings- of verpleeghuis of elders. We legden de verschillende mogelijkheden aan de respondenten voor, uitgesplitst naar de soort activiteit.

Dan blijkt dat volgens de diaconieën de meeste activiteiten thuis plaatsvinden. Uitzondering zijn de uitstapjes en (iets minder) de recreatieve activiteiten, maar die vinden naar de aard der zaak vaker buitenshuis plaats.

We vinden aanmerkelijk weinig meldingen van activiteiten in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Ter illustratie: van de *hervormde en gereformeerde* diaconieën melden er 121 bezoekwerk als activiteit. Hier zegt 81% dat dit bezoekwerk thuis plaats vindt, 55% in een verzorgingshuis, 36% in een verpleeghuis. 61 predikanten melden 'rechtenassistentie' als activiteit, 84% van hen meldt dat dit thuis gebeurt, 34% in een verpleeghuis, 16% in een verzorgingshuis.

Ook aan *lutherse* zijde lijkt dit beeld te bestaan, hoewel de interpretatie hier lastiger is. We praten dan over bijvoorbeeld 12 diaconieën die mobiliteit als activiteit melden. Van die twaalf melden er zeven (58%) dat dit vanuit huis plaats vindt, vier (33%) melden het verzorgingshuis als plaats van handeling, het verpleeghuis wordt door één (8%) diaconie genoemd.

Voor zover de kleine getallen conclusies toelaten zou aan *remonstrantse* zijde dit beeld iets anders kunnen liggen. Het aantal meldingen van activiteiten in verpleeghuizen gaat redelijk gelijk op met het aantal meldingen in verzorgingshuizen, en we vinden hogere aantallen. Activiteiten thuis staan ook hier bovenaan.

Zo melden elf diaconale commissies bezoekwerk, negen (82%) diaconale commissies geven aan dat dit thuis plaatsvindt, zeven (64%) dat dit in een verzorgingshuis plaatsvindt en evenveel dat dit in een verpleeghuis plaatsvindt.

Predikanten/pastores komen vaker in verpleeghuizen dan diakenen/diaconieën. Als samenvatting van de plaats van het bezoekwerk van predikanten, presenteren we tabel 3.4.

tabel 3.4 Weergave van de plaats waar bezoekwerk door predikanten plaatsvindt, in absolute aantallen

<i>plaats van het bezoekwerk</i>	<i>herv en geref</i>	<i>luthers</i>	<i>remonstrants</i>
thuis	81	9	5
verzorgingshuis	80	8	4
verpleeghuis	67	7	4
elders	22	3	0
N=	93	10	7

Tot slot kunnen we nog vermelden dat wij bij de groepen iets soortgelijks zien. In acht van de negen gevallen vindt bezoekwerk thuis plaats bij hervormden en gereformeerde groepen, in zes van de negen in een verzorgingshuis.

3.3 Doelgroep van de activiteiten

In het onderzoek richten we ons op een beperkt deel van de zorg. Die beperking ligt onder andere in de groep zorgbehoevenden. We onderscheiden in dit onderzoek ouderen, chronisch zieken, terminale patiënten, psychiatrische patiënten en mensen met een verstandelijke en/of lichamelijke handicap. In de vragenlijst vroegen we per activiteit aan te geven met welke van de voorgestelde groepen men contact heeft.

Dè doelgroep van de zorgcontacten blijkt dan voor zowel predikanten, als diaconieën als groepen ‘ouderen’ te zijn. Van de 93 *hervormde en gereformeerde* predikanten die bezoekwerk melden, meldt 95% dat dit bezoekwerk is bij ouderen.

Voor de 121 hervormde en gereformeerde diaconieën die bezoekwerk melden ligt dit percentage op 92%⁶.

Ook bij de *remonstranten* en *lutheranen* zien we dit beeld. Ter illustratie: zestien lutherse diaconieën melden bezoekwerk, 15 van hen meldt dat dit bij ouderen is. Acht remonstrantse diaconale commissies melden mobiliteit als activiteit, alle acht melden dat dit bij ouderen is; drie bij chronisch zieken (dat zijn dus – gezien de 100% ouderen – oudere chronisch zieken), geen van hen meldt dit met terminale patiënten noch met psychiatrische patiënten.

Dat betekent niet dat de diaconieën en predikanten bij hun bezoekwerk geen anderen treffen. Alleen gebeurt dat in mindere mate.

Psychiatrische en terminale patiënten worden door de diaconieën niet vaak genoemd als doelgroepen. Ter staving van deze stelling laten we weer enkele voorbeelden zien. Van de vijftien *lutherse* diaconieën die melden dat ze betrokken zijn bij uitstapjes, geven 14 aan uitstapjes met ouderen te maken, vier met chronisch zieken, één met psychiatrische patiënten en eveneens één met terminale patiënten. Bij de *remonstran-*

⁶ Ook hier geldt dat de percentages over de 100% tellen, omdat men meer dan één doelgroep kon melden.

ten zien we zes diaconale commissies die uitstapjes melden, vijf diaconale commissie geven aan dit met ouderen te ondernemen. Geen commissie doet dit met terminale of psychiatrische patiënten.

De predikanten en pastores van de lutherse en remonstrantse gemeentes laten dit ook zien.

Het beeld ziet er bij de *gereformeerde en hervormde* diaconieën en predikanten vergelijkbaar uit. Van de 117 diaconieën die melden dat ze betrokken zijn bij uitstapjes zegt 86% (101 diaconieën) met ouderen op stap te gaan, 36% (42 diaconieën) met chronisch zieken, 2% met terminale patiënten (dat zijn twee diaconieën) en 3% (drie diaconieën) met psychiatrische patiënten.

Kijken we naar het bezoekwerk dan zien we 121 diaconieën die dit melden, 46% (55) meldt dat dit bij chronisch zieken plaatsvindt, 17% (21) met terminale patiënten, 20% (24) met psychiatrische patiënten, 34% (41) met mensen met een verstandelijke en/of lichamelijke handicap en 92% (111) met ouderen.

Voor predikanten liggen de percentages hoger, maar is de rangorde gelijk: 93 meldingen, van die 93 zegt 77% (72 predikanten) bezoeken aan chronisch zieken te brengen, 74% (69) aan terminale patiënten, 69% (64) aan mensen met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap, 58% (54) aan psychiatrische patiënten en 95% (88) aan ouderen.

Zo komen de hervormde en gereformeerde predikanten wel met een substantiële bijdrage aan activiteiten met psychiatrische en terminale patiënten. Tegelijk blijkt dat ook bij hen de ouderen de voornaamste doelgroep vormen.

3.4 Indirect contact met zorgbehoevenden

Binnen het indirecte contact onderscheiden we contact met zorgverleners en financiële steun.

3.4.1 Contact met zorgverleners

Het indirecte contact met zorgbehoevenden bestaat uit contacten met mensen die betrokken zijn bij de zorg, te weten vrijwilligers in de zorg en mantelzorgers. Anders gezegd: indirect contact is contact met mensen die contact hebben met zorgbehoevenden.

Dat indirecte contact kan door uitstapjes te organiseren, door bijeenkomsten te organiseren of door attenties te bezorgen bij mantelzorgers en vrijwilligers in de zorg.

We vroegen niet alleen of dit gebeurde, maar ook hoe vaak. In de tabel laten we het gemiddeld aantal keer zien in de afgelopen drie jaar. Gemiddelden alleen maken het beeld niet compleet genoeg, daarom presenteren we drie zogenaamde spreidingsmaten: gemiddelde, mediaan en modus.

Het gaat hier om activiteiten of initiatieven vanuit de kerkelijke gemeente. Het leek ons dat we deze vraag daarom niet aan predikanten voor hoefden te leggen.

In de tabel vermelden we ook de uitkomsten zoals die zijn gedaan door de diaconale en overige groepen. Dit zijn de uitkomsten:

tabel 3.5 Aantal meldingen van indirect contact met zorgbehoevenden, namelijk door uitstapjes, bijeenkomsten en attenties aan mantelzorgers en vrijwilligers in de zorg. De meldingen worden weergegeven in het percentage van het aantal betrokken diaconieën en groepen. De spreidingsmaten verwijzen naar het aantal keren in de afgelopen drie jaar.

	<i>uitstapjes</i>		<i>bijeenkomsten</i>		<i>attenties</i>		<i>anders</i>	
	diac	groep	diac	groep	diac	groep	diac	groep
<i>hervormd en gereformeerd</i>								
aantal meldingen	4	0	10	1	7	1	10	22
gemiddeld aantal keer	2,6	-/-	3,7	9,0	2,8	3,0		
mediaan	3	-/-	3	9	1,5	3		
modus	3	-/-	3	9	0	3		
N=	172	9	172	9	172	9	172	9
<i>luthers</i>								
aantal meldingen	0	0	1	0	1	0	0	0
gemiddeld aantal keer			3		6			
N=	17	1	17	1	17	1	17	1
<i>remonstrants</i>								
aantal meldingen	1	0	2	0	0	0	1	0
gemiddeld aantal keer	3		5				1	
N=	19	2	19	2	19	2	19	2

3.4.2 Financiële steun

Een andere vorm van indirect contact met de zorg is financiële steun aan zorgbehoevende en financiële steun aan mantelzorgers en vrijwilligers in de zorg. We komen bij *hervormde en gereformeerde* kerkelijke gemeentes in 66 van de 172 gevallen financiële steun aan *zorgbehoevenden* tegen, wat overeenkomt met 40% van de betrokken diaconieën. Deze vorm van steun wordt door de diaconale of andere groepen niet gemeld.

Financiële steun aan *mantelzorgers en vrijwilligers* treffen we bij 13% van de diaconieën. De (negen) diaconale of andere groepen melden dit twee keer.

We komen bij acht van de zeventien *lutherse* diaconieën tegen dat zij financiële steun geven aan *zorgbehoevenden*. Deze vorm van steun wordt door de diaconale of andere groepen niet gemeld.

Financiële steun aan *mantelzorgers en vrijwilligers* wordt door de lutherse diaconieën niet gemeld. De diaconale of andere groep meldt alleen steun aan zorgbehoevenden, niet aan mantelzorgers of vrijwilligers in de thuiszorg.

Van de negentien *remonstrantse* diaconale commissies melden er zeven dat zij financiële steun geven aan *zorgbehoevenden*, en drie dat zij financiële steun geven aan *mantelzorgers en vrijwilligers* in de thuiszorg. De twee diaconale of andere groepen melden noch steun aan zorgbehoevenden, noch aan mantelzorgers of vrijwilligers.

3.5 Samenvatting activiteiten

Bij de beschrijving van kerken als deelnemer aan de zorg is een eerste onderscheid gemaakt tussen direct contact met zorgbehoevenden en indirect contact. Onder indirect contact wordt verstaan, contact met mensen of instanties die contact hebben met zorgbehoevenden.

Op het punt van het directe contact vroegen we naar de vormen van contact, de plaats waar dit contact plaats vindt en met welke groepen mensen (in de rapportage aangeduid met de term *doelgroep*).

De meest gemelde activiteit is bezoekwerk. Dat is zowel het totaalbeeld als het beeld dat naar voren komt als een onderscheid wordt gemaakt tussen predikanten/pastores, diaconieën/diaconale commissies als – indien van toepassing – groepen.

Zo ontstaat er een beeld dat diaconieën, predikanten en groepen op dezelfde terreinen actief zijn, met name in het bezoekwerk. Dit roept de vraag op of er afspraken en taakverdelingen worden gemaakt?

Als minst vaak genoemde activiteiten zien we de algemene dagelijkse levensverrichtingen verschijnen, evenals de huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen en de klusjes.

181 hervormde en gereformeerde kerkelijke gemeentes melden dat meer dan één activiteit wordt, waarbij twee activiteiten het meest voorkomend is. Ook lutherse en remonstrantse gemeentes zijn soms betrokken bij meer dan een activiteit, één activiteit is echter wel het meest voorkomend.

Kijkend naar de plaats van het direct contact, valt op dat *thuis* verreweg het meest gemeld voorkomt. Diaconieën/diaconale commissies komen minder vaak dan predikanten in verzorgings- en verpleeghuizen.

De meest gemelde doelgroep blijken de ouderen te zijn. Zo ontstaat het totaalbeeld dat het direct contact met zorgbehoevende vooral gevormd wordt door bezoekwerk aan ouderen thuis. Dat wil niet zeggen dat de kerken niet betrokken zijn bij andere activiteiten, op andere plaatsen en met andere groepen, maar zij vormen niet de voorname vorm.

Het indirect contact is te onderscheiden naar contact met zorgverleners, en financiële ondersteuning.

Contacten met zorgverleners melden kerkelijke gemeentes niet vaak.

De financiële steun is vaker steun aan zorgbehoevenden (tussen ruim eenderde bij de remonstranten en bijna de helft bij de lutheranen) en minder aan zorgverleners en/of mantelzorgers.

4 Kerken als participant en pleitbezorgers

Noordegraaf beschrijft in zijn inzet van de kerken vier aspecten (zie hoofdstuk 1), waarvan wij er twee tezamen nemen, te weten kerken als participant aan besturen en kerken als pleitbezorgers. Financiële steun aan instanties brengen we ook onder in dit hoofdstuk. Zo komen we tot de onderscheiding in bestuurlijke contacten, overleg en financiële steun aan instanties.

4.1 Bestuurlijke vertegenwoordiging

Diaconieën en predikanten kunnen bestuurlijk vertegenwoordigd zijn. Dat kan vanuit een historische situatie waarbij de diaconie oprichter en/of (mede)eigenaar was van zorginstellingen. Het hoeft niet altijd uit het verleden te zijn. Tegenwoordig worden er hospices opgericht, waarbij kerken vaak (mede)initiatiefnemers zijn, of bij de oprichting betrokken zijn. Bestuurlijke verantwoordelijkheid ligt dan in de lijn. Het kan ook dat de diaconie is gevraagd op inhoudelijke gronden bestuurlijk bij te dragen. Een dergelijk verhaal geldt voor predikanten, ook zij kunnen bestuurszetels bezitten bij zorginstellingen.

Aan diaconieën hebben we gevraagd hoeveel zetels zij bezetten, zij kunnen immers één, maar evengoed meerdere zetels hebben. Voor predikanten ligt dat anders, als individu kunnen zij telkens slechts één zetel hebben; aan hen legden we de vraag naar het aantal dan ook niet voor.

In de vragenlijst is een groot aantal instanties voorgelegd, met de vraag naar bestuurlijke vertegenwoordiging. Ook vragen we naar de waardering van deze bestuurstaak. Om die waardering te peilen legden vijf antwoordmogelijkheden voor:

- het is zinvol dat ik/wij hier bestuurlijk meepraat/meepraten;
- het zijn erg ingewikkelde zaken waar ik/wij binnen dit bestuur mee te maken krijg/krijgen;
- eigenlijk heb ik als predikant/hebben we als diaconie weinig in te brengen in het bestuur;
- ik ervaar het als mijn plicht als predikant/we ervaren het als onze plicht als diaconie in dit bestuur deel te nemen;
- die bestuurlijke zetel stamt nog uit het verleden en heeft eigenlijk niet zo veel inhoud meer.

We wijzen er nog op dat de laatste uitspraak naar waardering vraagt. Feitelijk kan een zetel uit het verleden stammen, maar toch niet als relict of iets achterhaalds worden ervaren.

Allereerst tonen we de uitkomsten van de *gereformeerde en hervormde* kerkelijke gemeentes door ze in een tabel te presenteren.

tabel 4.1 Aantal meldingen van bestuurlijke vertegenwoordiging van de hervormde en gereformeerde kerkelijke gemeentes; diaconieën en predikanten in absolute aantallen (N=). Bij de gegevens van de diaconieën worden enkele spreidingsmaten rondom het aantal bestuurszetels gemeld.

<i>instelling</i>	<i>thuiszorg</i>	<i>verzorghs</i>	<i>verpleeghs</i>	<i>mantelzorg</i>	<i>welzijn</i>	<i>RIAGG</i>	<i>hospices</i>
<i>hele gemeente</i>							
hoe vaak gemeld	9	19	8	9	19	5	3
N=	194	194	194	194	194	194	194
<i>diaconieën</i>							
gem aant zetels	1	1.24	1.43	.75	1.54	1.33	1.00
mediaan	1	1	1	1	1	1	1
modus	0	1	1	1	1	1	1
N=	9	21	7	4	13	3	2
<i>predikanten</i>							
N=	0	3	1	5	6	2	1

Uit de tabel blijkt dat slechts een klein deel van de kerkelijke gemeentes bestuurlijk vertegenwoordigd zijn bij instellingen. In verzorgingshuizen en in welzijnsinstellingen zien we de hoogste aantallen, namelijk 19.

De tabel laat zien dat als men bestuurszetels heeft, het lang niet altijd beperkt blijft tot één zetel. Zo zien we bij welzijnsinstellingen dat de 13 diaconieën die hier bestuursverantwoordelijkheid dragen gemiddeld 1,54 zetels hebben. Het is daarbij aan de uitkomsten niet te zien of men in meerdere instellingen telkens één zetel heeft, of binnen één instelling meerdere zetels.

Bij de presentatie van de gegevens van de *lutherse* en *remonstrantse* gemeentes laten we de uitsplitsing naar diaconieën en predikanten achterwege. De genoemde spreidingsmaten zijn de gegevens van de diaconieën.

tabel 4.2 Aantal meldingen van bestuurlijke vertegenwoordiging van de lutherse; diaconieën en predikanten in absolute aantallen (N=). Bij de gegevens van de diaconieën worden enkele spreidingsmaten rondom het aantal bestuurszetels gemeld.

<i>instelling</i>	<i>thuiszorg</i>	<i>verzorgghs</i>	<i>verpleeghs</i>	<i>mantelzorg</i>	<i>welzijn</i>	<i>RIAGG</i>	<i>hospices</i>
hoe vaak gemeld	0	3	1	0	1	0	0
N=	19	19	19	19	19	19	19
diac gem.		1.00			1.00		
diac mediaan		1			1		
diac modus		1			1		
N=	0	2	1	0	1	0	0

tabel 4.3 Aantal meldingen van bestuurlijke vertegenwoordiging van de remonstrantse gemeentes; diaconieën en predikanten in absolute aantallen (N=). Bij de gegevens van de diaconieën worden enkele spreidingsmaten rondom het aantal bestuurszetels gemeld.

<i>instelling</i>	<i>thuiszorg</i>	<i>verzorgghs</i>	<i>verpleeghs</i>	<i>mantelzorg</i>	<i>welzijn</i>	<i>RIAGG</i>	<i>hospices</i>
hoe vaak gemeld	0	2	0	1	1	0	1
N=	22	22	22	22	22	22	22
diac gem.		7.00					1.00
diac mediaan		7					1
diac modus		7					1
N=	0	1	0	0	0	0	1

Voor lutherse en remonstrantse gemeentes zien we eveneens geringe bestuurlijke vertegenwoordiging. Het hoogste aantal dat we aantreffen bij de negentien lutherse gemeentes is drie (dat is ruim 1 op 6) bij verzorgingshuizen, terwijl we zien dat ze afwezig zijn in besturen van mantelzorg, instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg en hospices.

Bij de remonstrantse gemeentes zien we de ‘hoogste’ aantallen wederom bij verzorgingshuizen. Ook hier lijkt dus een kerkelijk patroon aanwezig te zijn: als kerken bestuurszetels bekleden is dat vooral bij verzorgingshuizen.

Kerkelijke gemeentes kunnen bij meer dan één instanties bestuurlijk vertegenwoordigd zijn. In onderstaande diagrammen is aangegeven hoe de verdeling eruit ziet als het aantal instellingen waar bestuurlijke vertegenwoordiging is, worden geteld. Het laagst denkbare is nul, het hoogst denkbare is zeven.

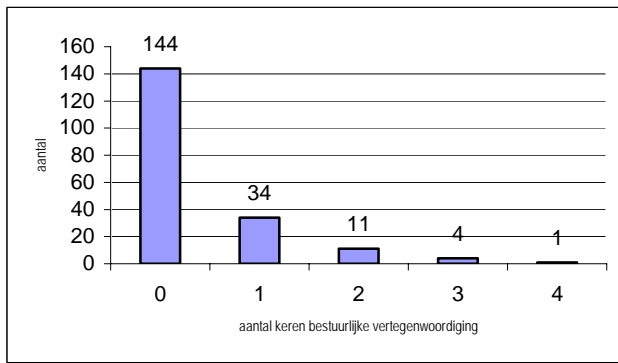


diagram 4.1 Weergave van het totaal aantal instellingen waar hervormde en gereformeerde kerkelijke gemeentes vertegenwoordigd zijn

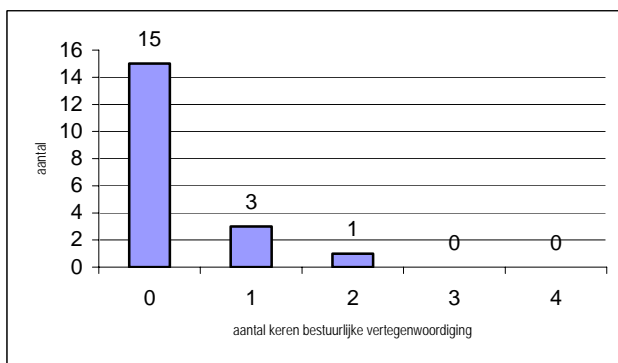


diagram 4.2 Weergave van het totaal aantal instellingen waar lutherse gemeentes vertegenwoordigd zijn

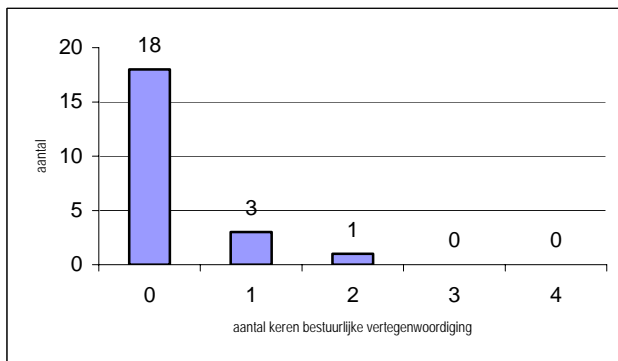


diagram 4.3 Weergave van het totaal aantal instellingen waar remonstrantse gemeentes vertegenwoordigd zijn

Geen bestuurlijke vertegenwoordiging blijkt bij alle vier de kerkgenootschappen het hoogst te scoren. Bij hervormden en gereformeerden, lutheranen en remonstranten komt bestuurlijke vertegenwoordiging bij één instanties in ongeveer gelijke proporties (namelijk tussen 1 op 6 en 1 op 7) voor. Het deel dat bij twee instanties bestuurlijke

vertegenwoordiging kent, is een op de twintig. Meer dan vier komt geen enkele keer voor en blijft daarom buiten de diagrammen.

4.2 Overleg

In het eerder genoemde onderscheid van de inzet van kerken binnen de zorg, noemt Noordegraaf de kerken ook als pleitbezorger bij beslissingnemers. In haar contact met zorgbehoevenden, of mensen die betrokken zijn bij zorgbehoevenden vangen de kerken signalen op over de huidige situatie. In overleg met wat Noordegraaf beslissingnemers noemt, kunnen de kerken die signalen doorgeven of doorvertalen.

We peilden de stand van zaken op dit punt door te vragen of er overleg is, hoe vaak dit plaats vindt en van wie het initiatief daarvan uitgaat.

tabel 4.4 Overleg van hervormde en gereformeerde kerkelijke gemeentes met instanties die relaties hebben met de zorg.

<i>instantie</i>	<i>aantal meldingen</i>
burgerlijke overheid	98
zorginstellingen, zoals verpleeghuizen, verzorgingshuizen e.d.	88
vrijwilligersorganisaties die actief zijn op het terrein van zorg	73
PCOB of andere ouderenorganisaties	44
politieke partijen	38
organisaties van of voor mensen met een handicap	37
andere instellingen	21
patiëntenorganisaties	13
landelijke overheid	6
provinciale overheid	4
werknemersorganisaties	4
werkgeversorganisaties	1
N=	194

tabel 4.5 Overleg van lutherse gemeentes met instanties die relaties hebben met de zorg.

<i>instantie</i>	<i>aantal meldingen</i>
zorginstellingen zoals verpleeghuizen, verzorgingshuizen e.d.	7
vrijwilligersorganisaties die actief zijn op het terrein van zorg	5
burgerlijke overheid	3
PCOB of andere ouderenorganisaties	2
politieke partijen	2
andere instellingen	1
provinciale overheid	1
patiëntenorganisaties	0
werknemersorganisaties	0
werkgeversorganisaties	0
landelijke overheid	0
organisaties van of voor mensen met een handicap	0
N=	19

tabel 4.6 Overleg remonstrantse gemeentes met instanties die relaties hebben met de zorg

<i>instantie</i>	<i>aantal meldingen</i>
vrijwilligersorganisaties die actief zijn op het terrein van zorg	6
burgerlijke overheid	6
zorginstellingen, zoals verpleeghuizen, verzorgingshuizen e.d.	5
politieke partijen	4
andere instellingen	4
PCOB of andere ouderenorganisaties	0
organisatie van of voor mensen met een handicap	0
patiëntenorganisaties	0
landelijke overheid	0
provinciale overheid	0
werknemersorganisaties	0
werkgeversorganisaties	0
N=	22

De tabellen laten per kerkgenootschap een ander beeld zien, hoewel in alle drie de gevallen zorginstellingen, vrijwilligersorganisaties en burgerlijke overheid in de top drie staan.

Binnen de *hervormde en gereformeerde* kerkelijke gemeentes zien we de hoogste aantallen. De helft van de kerkelijke gemeentes hebben overleg met zorginstellingen. Dat blijkt bij nadere analyse niet altijd structureel overleg te zijn. Een kwart van de 54 diaconieën van deze kerkelijke gemeentes die overleg melden geven aan dat dit ‘een keer’ gebeurt is, drie van de vijf dat dit ‘af en toe’ gebeurt en 8 ‘geregeld’. De helft van de predikanten van de gemeentes die overleggen met zorginstellingen, zegt dat dit overleg ‘af en toe’ heeft plaatsgevonden, drie van de tien zeggen ‘geregeld’.

Kijken we naar de gegevens voor overleg met de burgerlijke overheid, dan zien we dat de helft van de 40 predikanten die dit melden zegt dat dit ‘een keer’ is gebeurd, drie van de tien zeggen ‘af en toe’ en acht (1 op 5) ‘geregeld’.

Voor de diaconieën liggen de verhoudingen als volgt: 76 diaconieën melden overleg (ongeveer de helft), van die groep zeggen vijftien (1 op 5) dat dit ‘een keer’ is gebeurd, de helft (37) ‘af en toe’ en 22 (iets minder dan 3 van de 10) ‘geregeld’.

Zo zien we dat de helft van de grotere kerkgenootschappen met de burgerlijke overheid aan tafel zit, en dat is aanmerkelijk vaker dan hun lutherse en remonstrantse evenknieën.

Daarbij zegt geen van de *lutherse* gemeentes van wie we meer informatie hebben dat dit overleg geregeld plaatsvindt.

De *remonstranten* onderscheiden zich hier ook weer van. Ruim een kwart van de 22 gemeentes die deze vraag beantwoordden, heeft overleg met de burgerlijke overheid. Twee van de vijf de diaconale commissies die de vraag beantwoordden, meldt dat dit overleg ‘geregeld’ plaatsvindt, de pastor meldt dit ook.

Overleg met landelijke overheid komt vrijwel niet voor. In de drie gevallen aan hervormde en gereformeerde zijde waar we extra informatie van hebben blijkt de eigen kerkelijke gemeente een belangrijke rol te hebben gespeeld in het initiatief hiervan (drie van de vier diaconieën, een van de twee predikanten; de andere predikant meldt dat het initiatief van de landelijke overheid kwam).

Ook werkgevers en werknemersorganisaties zijn zelden met kerkelijke gemeentes in gesprek over de zorg.

Gezien de thematiek van dit onderzoek, de zorg, valt ook op dat er weinig overleg met patiëntenorganisaties wordt gemeld. Terwijl dat de fora bij uitstek zijn waar de kerkelijke gemeentes haar informatie kan vinden voor haar rol als pleitbezorger.

Net als bij de vorige onderdelen van de rapportage kijken we ook nu weer naar het aantal instanties waar men overleg mee voert. Het minimum is nul, het maximum aantal instellingen (dat is het aantal instellingen dat we aan de respondenten voorlegden) is twaalf.

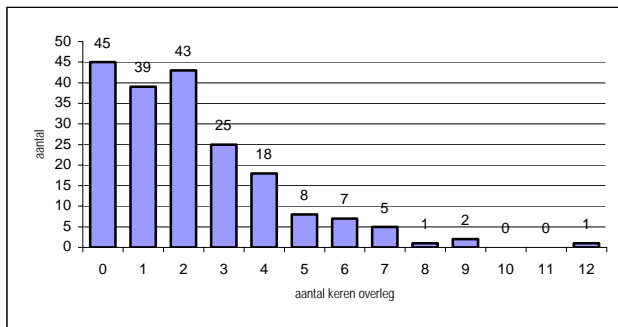


diagram 4.4 Totaal aantal keer overleg van hervormde en gereformeerde kerkelijke gemeentes met zorginstellingen of politieke en maatschappelijke organisaties

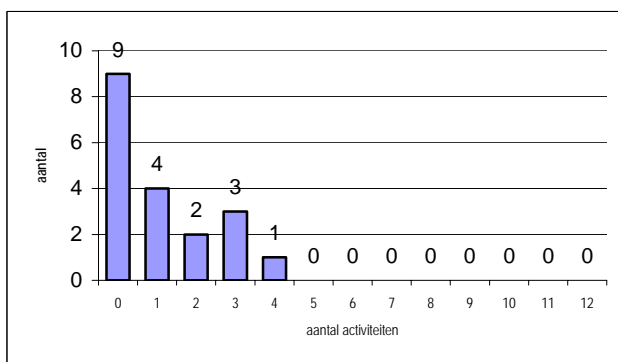


diagram 4.5 Totaal aantal keer overleg van lutherse gemeentes met zorginstellingen of politieke en maatschappelijke organisaties

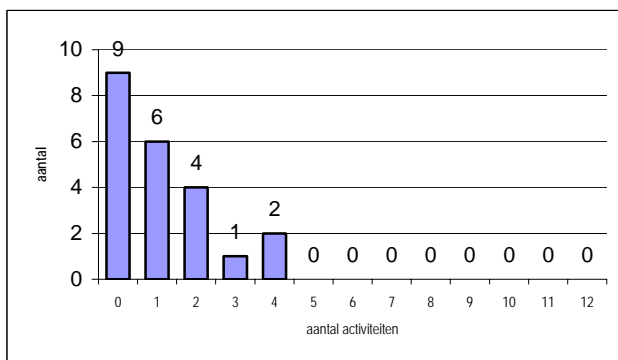


diagram 4.6 Totaal aantal keer overleg van remonstrantse gemeentes met zorginstellingen of politieke en maatschappelijke organisaties

De deelname aan het overleg is aan gereformeerde en hervormde zijde intensiever dan aan lutherse en remonstrantse zijde. Het diagram van hervormden en gereformeerden laat zien dat overleg met geen enkele instanties het vaakste voorkomt, maar dit wordt op de voet gevolgd door contact voor overleg met twee instanties. In totaal zou men

twaalf keer overleg kunnen melden, één gemeente doet dat. Overleg met vijf instanties of meer wordt door een op de acht hervormde en gereformeerde kerkelijke gemeentes gemeld. Overleg met vijf instanties of meer wordt door remonstranten en lutheranen geen enkele keer genoemd.

4.3 Financiële steun

De derde vorm van contact met organisaties die in deze rapportage aan de orde komt is financiële steun. Ook dat is een vorm van kerkelijke inzet zoals die door Noordergraaf wordt genoemd. Al eerder stelden we een vraag naar financiële steun, maar toen werd de vraag gesteld in het kader van contact met zorgbehoevenden (paragraaf 3.4.2). We vroegen toen of kerkelijke gemeentes financiële steun geven aan zorgbehoevenden of aan mantelzorgers en mensen in de vrijwillige thuiszorg. Nu kijken we naar financiële steun aan instellingen. Deze vraag naar financiële steun hebben we niet voorgelegd aan predikanten/pastores.

In de afgelopen drie jaar is door 34 *hervormde en gereformeerde* diaconieën financiële steun verleend, met elkaar deden ze dat een flink aantal keer. We delen het aantal keren dat giften worden gemeld in, in categorieën.

tabel 4.7 weergave van het aantal en het percentage diaconieën die financiële steun verlenen aan instanties

<i>categorieën</i>	<i>aantal meldingen</i>	<i>percentage</i>
nul keer of geen melding	138	80
een keer	7	4
twee of drie keer	16	9
vier tot tien keer	8	5
tien keer of meer	3	2
N=	172	

De gemiddelde incidentele gift bedraagt een kleine € 8800 Dit bedrag wordt erg vertekend door een grote eenmalige gift, vandaar dat we ook de mediaan vermelden: € 283, dat wil zeggen, de helft van het aantal gevers (die in ieder geval iets geven) geeft dit bedrag of meer.

Alles bij elkaar is er de afgelopen drie jaar voor bijna € 300.000⁷ aan incidentele giften gegeven.

Bij de structurele giften vermelden we het gemiddelde, de mediaan, de modus en het totaal bedrag. We zien dan dat gemiddeld ruim € 2500 wordt gegeven, de helft van

⁷ Om precies te zijn: gemiddeld € 8770,91; mediaan: € 283, 82; modus: € 453,78 totaal € 298.210,80; de grootste gift bedroeg € 250.000.

het aantal respondenten dat structurele giften geeft, geeft € 227 of meer; alles bij elkaar is er voor ruim € 91.000⁸ aan structurele giften gegeven.

Door de *lutherse* diaconieën wordt twee keer melding gemaakt van een incidentele gift en zes keer van structurele giften. De incidentele giften bedroegen gemiddeld zo'n € 120⁹ tezamen een bijdrage van € 238.

De structurele giften bedragen gemiddeld € 940, in totaal is de afgelopen drie jaar voor € 5600 aan giften verdeeld.

Zes van de negentien *remonstrantse* diaconale commissies hebben incidentele giften gegeven, in de afgelopen drie jaar voor gemiddeld € 3200¹⁰.

Vijf remonstrantse diaconale commissies melden structurele giften die gemiddeld ruim € 2.600 bedragen, totaal is voor ruim € 13.000 aan structurele giften gegeven¹¹.

4.4 Samenvatting

De kerken als participant en pleitbezorger is naar dit onderzoek vertaald naar bestuurlijke vertegenwoordiging met zorginstellingen, overleg met zorginstellingen of maatschappelijke organisaties, en financiële steun aan zorginstellingen.

De bestuurlijke vertegenwoordiging is gering, slechts een beperkt aantal kerkelijke gemeentes meldt dit. Waar die bestuurlijke vertegenwoordiging er wel is, is dat vooral binnen verzorgingstehuizen.

Kijkend naar de verhouding van het aantal kerkelijke gemeentes dat bestuurlijk vertegenwoordigd is, zijn er slechts geringe verschillen tussen hervormd/gereformeerd, luthers en remonstrants: de meeste kerkelijke gemeentes hebben het niet; bestuurlijke vertegenwoordiging bij één instantie meldt één op de zes/zeven kerkelijke gemeentes.

Overleg met zorginstellingen en maatschappelijke organisaties wordt vaker gemeld, waarbij overleg met de burgerlijke overheid, met zorginstellingen, zoals verpleeghuizen en verzorgingshuizen en met vrijwilligersorganisaties, het vaakst worden genoemd.

Minder vaak worden ouderenorganisaties genoemd, hetgeen in contrast lijkt te staan met de grote aandacht voor ouderen als vorm van direct contact met zorgbehoevende (hoofdstuk 3). Ook overleg met patiëntenorganisaties wordt niet vaak gemeld.

Niet tot vrijwel niet treffen we overleg met provinciale overheid, landelijke overheid, werkgevers- en werknemersorganisaties.

⁸ Om precies te zijn: gemiddeld € 2530,59; mediaan: € 476,89; modus: € 226,89; totaal € 91101,30; de grootste gift bedroeg € 27.000.

⁹ Om precies te zijn € 119,12 namelijk € 11,= plus € 227,=;

¹⁰ Om precies te zijn: € 3171,43 en in totaal voor € 19.046,59. Dat is inclusief een gift van € 16336,09 (oftewel f 36.000)

¹¹ Om precies te zijn: gemiddeld € 2611,21 en totaal € 13056,03

Hervormde/gereformeerde kerkelijke gemeentes voeren met meer instanties en vaker overleg dan lutherse en remonstrantse gemeentes.

Financiële steun kan incidenteel en structureel. Door een op de vijf hervormde en gereformeerde kerkelijke gemeentes is incidenteel financiële steun verleend, in totaal voor zo'n € 300.000. De structurele bijdrage ligt op ongeveer € 91.000.

De structurele financiële bijdrage van lutherse gemeentes ligt op ruim € 5600 voor remonstrantse gemeentes op € 13.000. Vanuit de remonstrantse gemeentes worden incidentele giften gemeld van totaal ruim € 19.000.

5 Kerken als menings- en cultuurvormende kracht

Onder kerken als menings- en cultuurvormende kracht verstaat Noordegraaf menings- en mentaliteitsvorming bij kerkleden en deelname aan het debat in de samenleving over de zorg. In het onderzoek hebben we dit teruggebracht tot zaken op het plaatselijke vlak en met name gericht op de eigen kerkelijke gemeente. Van daaruit zijn een aantal vragen opgesteld. Daarbij werd gevraagd hoe de betrokkenheid bij de zorg en de initiatieven voor bewustwording van de kerkelijke gemeente tot uiting komen in het gemeentewerk.

5.1 Bewustwording en gemeentewerk

tabel 5.1 Wijze van betrokkenheid en initiatieven naar de eigen kerkelijke gemeente, zoals gemeld door betrokken hervormde en gereformeerde kerkelijke gemeentes, diaconieën en predikanten

<i>wijze</i>	<i>diaconie-</i>		
	<i>gemeente</i>	<i>en</i>	<i>predikant</i>
stukjes in het kerkblad	148	53	71
gesprekskringen, discussiebijeenkomsten, gemeenteavonden e.a.	63	38	37
aandacht in kerkdiensten of themadiensten	78	43	57
attenderen op conferenties, themabijeenkomsten en initiatieven	72	36	47
andere vormen	35	16	18
N=	194	172	111

tabel 5.2 Wijze van betrokkenheid en initiatieven naar de eigen kerkelijke gemeente, zoals gemeld door betrokken lutherse diaconieën en predikanten.

<i>wijze</i>	<i>diaconie-</i>	
	<i>en</i>	<i>predikant</i>
stukjes in het kerkblad	9	6
gesprekskringen, discussiebijeenkomsten, gemeenteavonden e.a.	3	3
aandacht in kerkdiensten of themadiensten	4	3
attenderen op conferenties, themabijeenkomsten en initiatieven	5	3
andere vormen	1	1
N=	17	12

tabel 5.3 Wijze van betrokkenheid en initiatieven naar de eigen kerkelijke gemeente, zoals gemeld door betrokken remonstrantse diaconale commissies en predikanten/pastores

	wijze	diaconie-	
		en	predikant
stukjes in het kerkblad		13	3
gesprekskringen, discussiebijeenkomsten, gemeenteavonden e.a.		9	6
aandacht in kerkdiensten of themadiensten		9	3
attenderen op conferenties, themabijeenkomsten en initiatieven		4	2
andere vormen		2	1
N=		19	8

Het kerkblad blijkt dan het medium bij uitstek om de thematiek onder de aandacht van gemeenteleden te brengen. Vrij veel kerkelijke gemeentes geven langs deze wijze blijk van hun betrokkenheid bij de zorg, of dragen bij aan bewustwording.

Uitzondering vormen de *remonstrantse* pastores. De activiteiten die zij het vaakst melden zijn de gespreksgroepen (zes van de acht).

Aan *hervormde en gereformeerde* zijde zien we dat een derde van de gemeentes gesprekskringen, discussiebijeenkomsten en gemeenteavonden als initiatief naar gemeenteleden noemt.

Kerkdiensten en/of themadiensten is een ander veelgenoemde manier.

Hier komen enige verschillen tussen diaconieën en predikanten naar voren. Zeker niet onlogisch is dat predikanten vaker melden dat er in kerk- of themadiensten aandacht aan de zorg wordt besteed. Kerkdiensten liggen immers veel meer in de lijn van de taken van predikanten dan van diaconieën. Maar ook bij andere vormen van contact naar de eigen gemeente melden predikanten vaker initiatieven dan diaconieën. Het roept de vraag op of diaconieën wel voldoende aan hun taak toekomen om de gemeente bewust te maken en te betrekken bij diaconale thematiek. Deze opmerking is niet in tegenspraak met het feit dat we nog heel wat meldingen zien van diaconieën, alleen predikanten doen het vaker.

Bij de *remonstranten* ligt dit anders. De diaconale commissies melden veel vaker dan predikanten stukjes in het kerkblad, of kerkdiensten of themadienst, of gespreksgroepen.

Bij de *lutheranen* gaan stukjes in het kerkblad, kerken of themadiensten en attenderen op conferenties e.d. redelijk gelijk op, waarbij de bijdrage aan de diaconale bewustmaking van de diaconieën groter is dan die van predikanten.

De verschillende wijzen (kerkblad, gespreksavond) kunnen ook met enige voorzichtigheid naar breedte en diepgang worden gewaardeerd. Zo zal een gesprekskring of een discussieavond meer impact hebben dan een stukje in het kerkblad of het attenderen op conferenties.

Stukjes in het kerkblad zijn vooral te omschrijven als activiteit in de breedte, tegenover gesprekskringen als activiteit in de diepte. Kerk- of themadiensten zitten daar wat tussen. Als zorg als thema centraal staat kan het duidelijk als verdieping worden gezien voor een relatief grotere groep. Daar waar de zorg ‘slechts’ genoemd wordt in de dienst (bijvoorbeeld in afkondigingen of in gebeden) is de verdieping minder.

5.2 Samenvatting

Eén van de wijzen waarop de kerk haar betrokkenheid bij de zorg tot uitdrukking kan brengen is optreden als menings- en cultuurvormende kracht. Voor het onderzoek richten we daarbij de blik op initiatieven naar de eigen kerkelijke gemeente. Daarbij blijkt door diaconieën vooral gebruik te worden gemaakt van stukjes in het kerkblad. Dit geldt voor zowel hervormende en gereformeerde diaconieën, als lutherse diaconieën als remonstrantse diaconale commissies.

Voor predikanten wijkt dit beeld af bij de remonstranten: hier melden zes van de acht predikanten gesprekskringen als meest voorkomende activiteit (tegenover drie van de acht die stukjes in het kerkblad melden).

Predikanten/pastores melden vaker wijzen van betrokkenheid en initiatieven naar de eigen kerkelijke gemeente als diaconieën/diaconale commissies binnen hervormde en gereformeerde kerkelijke gemeentes. Bij lutherse en remonstrantse gemeentes ligt dit minder eenduidig. Opgemerkt is in dit hoofdstuk dat dit de vraag oproept of diaconieën (met name bij hervormde en gereformeerde kerkelijke gemeentes en in mindere mate bij lutherse en remonstrantse gemeentes) voldoende toekomen aan hun taak om de gemeente bewust te maken bij de onderhavige thematiek.

6 Diaconale inzet

In het hoofdstuk diaconale inzet worden twee zaken die in het onderzoek aan de orde komen verder onderzocht. Allereerst vormen van diaconale inzet, anders dan betrokkenheid op de zorg. Ten tweede de verhouding tussen de grootte van de kerkelijke gemeentes en de diaconale inzet.

Gezien de kleine aantallen respondenten kunnen een aantal gegevens niet van remonstrantse en lutherse gemeentes worden berekend.

6.1 Andere vormen van diaconale inzet

Bij de opzet van dit onderzoek is de overweging gemaakt dat er wel eens gemeentes zouden kunnen zijn die niet of niet erg actief zijn op het gebied van zorg in de zin waarin we er in dit onderzoek over spreken, maar zich wel op andere terreinen verdienstelijk maken.

Om dat in beeld te krijgen opent de vragenlijst met een soort voorvraag. In die voorvraag legden we een aantal groepen aan de respondenten voor en een aantal vormen van zorg met/ten behoeve van die groepen.

De vragen zijn voorgelegd aan diaconieën en predikanten, we rapporteren hier alleen op gemeenteniveau.

tabel 6.1 Weergave van andere vormen van diaconaat, zoals gemeld door hervormde en gereformeerde kerkelijke gemeentes. De vermelde percentages zijn de percentages van het totaal aantal gemeentes die bij zorg betrokken zijn. N= 194

<i>doelgroep</i>	<i>percentage</i>
drugsverslaafden	14
jeugd en jongeren	29
thuis- en daklozen	17
vluchtelingen en asielzoekers	45
andere groepen	18
<i>vorm</i>	
inloophuis	14
opvang van dak- en thuislozen	9
huiskamerproject	2
activiteitenbegeleiding	14
andere vormen	46

Betrokkenheid bij vluchtelingen en asielzoekers wordt door iets minder dan de helft van de 194 kerkelijke gemeentes gemeld. Zorg voor dak- en thuislozen zien we aanmerkelijk minder, evenals drugsverslaafden. Het is goed mogelijk dat dit mede ver-

oorzaakt wordt door het feit dat dergelijke thematiek alleen in de grotere plaatsen aan de orde is en daarmee op de agenda van diaconie en/of kerkelijke gemeente kan komen.

De vraag die nu beantwoord moet worden, is of de veronderstelling juist blijkt, namelijk dat we hier meldingen hebben van gemeentes die wel betrokken zijn bij voornoemde groepen op voornoemde wijze, maar niet of minder bij de zorg zoals we dat in het onderzoek omschrijven.

Daarvoor berekenen we het verband (correlatie) tussen bovengenoemde activiteiten met het totaal aantal gemelde zorgactiviteiten, totaal aantal gemelde bestuurlijke betrokkenheid en totaal aantal meldingen van overleg. Deze drie totaalstellingen vormen immers een maat voor de activiteit op het terrein van zorg.

tabel 6.2 Correlatiecoëfficiënt Cramers' V van de samenhang tussen het totaal aantal gemelde activiteiten, aantal instellingen met bestuurlijke vertegenwoordiging en aantal instellingen waarmee overleg wordt gevoerd (gehercodeerd in klassen), en andere vormen van diaconaat; ns = niet significant

	<i>totaal activitei-</i>		
	<i>ten</i>	<i>totaal bestuur</i>	<i>totaal overleg</i>
drugverslaafden	.31	ns	.33
jeugd en jongeren	.34	.20	.33
thuis- en daklozen	.38	.20	.21
vluchtelingen en asielzoekers	.30	ns	.24
andere groepen	.25	ns	.24
inloophuis	.24	.17	ns
opvang dak- en thuislozen	.30	ns	.20
huiskamerproject	.28	.25	.20
activiteitenbegeleiding	ns	ns	ns
anders	.33	ns	.34

Uit de tabel blijkt dat de veronderstelling in de meeste gevallen niet opgaat. We vinden namelijk vaak significante verbanden wat er op wijst dat als gemeentes niet actief zijn op het terrein van zorg ze ook niet actief zijn op de andere genoemde terreinen. Ook de omgekeerde variant komt (minder) voor: actief op het terrein van zorg is ook actief op de andere terreinen. Er lijkt zich dus een onderscheid af te tekenen tussen actieve en minder actieve gemeentes en niet zo zeer tussen gemeentes die zich op het een en gemeentes die zich op het andere richten.

Anders gezegd, de gegevens lijken er op te wijzen dat diaconaat een houding is. Als die houding aanwezig is, richt men zich op tal van maatschappelijke thema's. Tegelijk moeten we opmerken dat bij de meeste kerkelijke gemeentes die houding minder aanwezig lijkt.

Dergelijke correlatieberekeningen zijn voor *remonstrantse* en *lutherse* gemeentes niet te maken. We werken hier met zulke kleine aantallen, dat het niet zinvol is om sa-

menhagen te berekenen. Dat neemt niet weg dat naar het aantal meldingen van andere diaconale activiteiten kan worden gekeken. De gegevens worden in één tabel gepresenteerd.

tabel 6.3 Weergave van andere vormen van diaconaat, zoals gemeld door lutherse en remonstrantse gemeentes in absolute aantallen N luthers= 19; N remonstrants = 22.

<i>doelgroep</i>	<i>luthers</i>	<i>remonstrants</i>
drugsverslaafden	4	2
jeugd en jongeren	8	4
thuis- en daklozen	5	5
vluchtelingen en asielzoekers	10	9
andere groepen	3	4
<i>vorm</i>		
inloophuis	3	2
opvang van dak- en thuislozen	2	2
huiskamerproject	1	0
activiteitenbegeleiding	3	2
andere vormen	8	9

Betrokkenheid bij vluchtelingen en asielzoekers blijkt ook bij remonstrantse en lutherse gemeentes de meest voorkomende vorm van diaconale betrokkenheid te zijn uit het rijtje dat we de respondenten voorlegden. Ook bij lutheranen en remonstranten zou kunnen gelden dat bepaalde vormen van betrokkenheid meer bij stad en grotere plaatsen horen.

Naar verhouding blijken remonstranten minder vormen van diaconaat te melden dan lutheranen. De lutheranen scoren ook in vergelijking tot hervormden en gereformeerden over de hele linie hoger¹².

Inloophuizen en activiteitenbegeleiding blijkt de meest voorkomende vorm van diaconale betrokkenheid te zijn¹³.

6.2 Gemeentegrootte en mate van activiteiten

Is er een verband tussen de grootte van de gemeente en de mate van betrokkenheid bij de zorg, zo is onze laatste vraag voor dit hoofdstuk. Die vraag is niet eenvoudig te beantwoorden. De grootte van de gemeentes is wel bekend, maar dat zijn de aantallen van afzonderlijke hervormde gemeentes en afzonderlijke gereformeerde kerken. In

¹² Hier moet wel worden opgemerkt dat het onderzoek zich niet expliciet richtte op deze vormen van diaconaat. De constatering blijft evenwel staan, maar verdergaande conclusies kunnen ons inziens niet worden getrokken

¹³ Afgezien van de categorie 'andere vormen'.

Samen op Weg situaties wordt de zaak gecompliceerder. Er bestaan situaties waarin kerkelijke gemeentes zijn gefedereerd; dan zouden de aantallen nog bij elkaar opgeteld kunnen worden. Er zijn ook situaties van kerkelijke gemeentes met wijkgemeentes, waarbij een aantal wijkgemeentes wel gefedereerd is en een aantal niet.

In dat geval is het lastig, zo niet onmogelijk, om aan te geven hoe groot de gemeente is.

Om deze moeilijkheden te omzeilen is alleen het verband berekend tussen niet gefedereerde gemeentes. Dat maakt wel dat we geen al te stellige conclusies uit de uitkomsten mogen trekken.

We bekijken zowel het totaal aantal doopleden als het totaal aantal belijdende leden, als maat voor de grootte van de kerkelijke gemeentes.

tabel 6.4 Correlatiecoëfficiënten (Pearsson) bij de verbanden tussen de grootte van (niet gefedereerde) kerkelijke gemeente en mate van betrokkenheid bij de zorg

	<i>totaal aantal activiteiten</i>	<i>totaal aantal meldingen bestuurlijk overleg</i>	<i>totaal aantal vormen van overleg</i>
aantal doopleden	.27	.17	.36
aantal belijdende leden	.29	ns	.38

Alleen het verband tussen het aantal keren bestuurlijk overleg en de grootte van de gemeente kan niet worden aangetoond; het is of niet significant of heel gering. Daarentegen zien we wel een duidelijk samengaan met het aantal activiteiten en het aantal vormen van overleg. Hoe groter de gemeente hoe vaker dit gemeld.

Het is niet geheel duidelijk hoe dit geïnterpreteerd moet worden. Grotere gemeentes zouden in vergelijking tot kleinere gemeentes meer slagkracht kunnen hebben en daarom een hogere mate van betrokkenheid bij zorg kunnen hebben, zowel wat activiteiten als wat overleg betreft.

Evengoed is het volgende mogelijk: grotere kerkelijke gemeentes zijn over het algemeen gesitueerd in grotere burgerlijke gemeentes en die hebben over het algemeen meer instellingen. Dus kunnen meer activiteiten worden ontplooid of kan vaker overleg worden gevoerd. Ook dat zou een verklaring kunnen vormen. Natuurlijk is er ook nog een derde mogelijkheid: deze twee factoren (slagkracht van de gemeente en aantal instanties binnen de gemeentegrenzen) werken op elkaar in.

In ieder geval gaat het omgekeerde ook op: kleinere kerkelijke gemeentes hebben minder activiteiten. (Dat hoeft nog niet te betekenen dat ze naar hun mogelijkheden minder actief zouden zijn.) De constatering spoort met wat we zagen in de vergelijking tussen hervormde en gereformeerde kerkelijke gemeentes enerzijds en lutherse gemeentes en remonstrantse gemeentes anderzijds. De laatste twee zij naar verhouding vaak kleiner en melden minder activiteiten en minder overleg.

6.3 Samenvatting

In dit hoofdstuk is onderzocht welke andere vormen van diaconale inzet kerkelijke gemeentes melden, waarbij die vraag is toegespitst op zorg voor drugsverslaafden, jeugd en jongeren, thuis- en daklozen, en vluchtelingen en asielzoekers. Vanwege de geringe respons op dit punt kan hier niet gerapporteerd worden over lutherse en remonstrantse gemeentes.

Zorg voor vluchtelingen en asielzoekers wordt dan het vaakst gemeld (45% van de betrokken gemeentes); inloophuis en activiteitenbegeleiding is de vorm van zorg dat in dit verband het vaakst wordt genoemd.

Uit de berekening van de correlaties blijkt dat de zorg voor de in dit hoofdstuk genoemde groepen en de betrokkenheid bij de zorg die in dit onderzoek centraal staat, samen gaan. Betrokken bij zorg betekent dan ook naar verhouding meer betrokken bij dak- en thuislozen, of jeugd en jongeren, e.d. Niet betrokken bij zorg betekent naar verhouding minder betrokken bij de genoemde groepen.

Dat bracht ons tot de veronderstelling dat kerkelijke gemeentes niet zozeer keuzes maken in vormen van betrokkenheid (sommige gemeentes bij vluchtelingen, sommige bij zorg, sommige bij drugsverslaafden), maar dat eerder een 'diaconale houding' kan worden veronderstelt: wanneer die diaconale houding aanwezig is, is er inzet voor alle aandachtsvelden en groepen. Uit de analyse blijkt dat deze diaconale houding slechts bij een klein aantal kerkelijke gemeentes aanwezig is.

In berekening van het verband tussen de grootte van de gemeente en het aantal activiteiten op het gebied van zorg blijkt dat grotere gemeentes naar verhouding meer activiteiten ondernemen.

7 Conclusies en discussie (1)

De vraagstelling van het onderzoek luidt: wat is feitelijk gezien de inzet van christelijke geloofsgemeenschappen op het veld van zorg? In dit slothoofdstuk zullen we evalueren in hoeverre die vraag beantwoord is en enkele discussiepunten naar voren brengen.

Voordat we toekomen aan concluderende opmerkingen over de beantwoording geven we ons eerst rekenschap van de vraag of we met dit onderzoek nu een representatief beeld hebben. Daarvoor interpreteren we allereerst de respons, om vervolgens expliciet aan bod te laten komen of we de werkelijkheid nu in beeld hebben.

7.1 Interpretatie van de respons

Wordt er met dit onderzoek en deze rapportage een compleet beeld gegeven van diaconaat en zorg?

De respons uit de gemeentes is redelijk met percentages tussen 40% en 67%. Daarbij is uit de non-responsanalyse af te leiden dat een groot deel van de non-respons verklaard kan worden vanuit het feit dat de niet responderende gemeentes niet betrokken zijn bij diaconaat en zorg.

Aanvullende gegevens die iets laten zien over het niet-betrokken zijn, vallen af te leiden uit de ingestuurde vragenlijsten. Daarbij was een aantal formulieren waarop expliciet stond aangegeven dat men niets te melden had op het punt van diaconaat en zorg en daarom de vragenlijst niet kon invullen. Toch nam men de moeite om de lijst in te sturen en dit door te geven. Deze gegevens helpen bij de interpretatie. Wanneer we namelijk de gegevens uit tabel 2.1 combineren met die uit tabel 2.3 dan zien we dat:

- 219-194= 25 hervormde en gereformeerde kerkelijke gemeentes expliciet aangeven niets te melden te hebben;
- 29-22= 7 remonstrantse gemeentes expliciet aangeven niets te melden te hebben;
- 20-19= 1 lutherse gemeente expliciet aangeeft niets te melden te hebben.

Dan bestaat er nog een categorie gemeentes die mogelijk wel iets te melden heeft, maar dit niet aan ons heeft doorgegeven. We kunnen hen aantreffen onder de kerkelijke gemeentes die in de non-responsbrief aangeven dat zij niet aan een dergelijk onderzoek mee willen doen, of bij de respondenten die de volgende antwoorden gaven: “ik heb/wij hebben tot nu toe geen tijd gehad de vragenlijst in te vullen”; “de persoon die de juiste informatie heeft is niet bereikbaar”; “we willen eerst vergaderen over de vragenlijst en dat is nog niet gebeurd”; “de vragenlijst was ons/mij veel te groot en/of ingewikkeld.”

Of zij inderdaad wat te melden hebben weten we niet. Dat deze gemeentes veel extra informatie zouden kunnen leveren, valt te betwijfelen. Onder de weigeraars (niet mee

willen doen of de lijst te groot vinden) zal de diaconale betrokkenheid niet hoger zijn dan onder de gemeentes die wel mee doen.

De respondenten die eerst willen vergaderen hadden mogelijk nog wel relevante informatie kunnen leveren. We praten dan over 18 van de 152 reacties (12%).

Het geheel overziende kan aangenomen worden dat we een nagenoeg compleet beeld van diaconaat en zorg verzameld hebben. Of om het preciezer te zeggen: van de *Evangelisch-Lutherse Kerk in het Koninkrijk der Nederlanden* en van de *Remonstrantse Broederschap* hebben we het beeld redelijk compleet, want iedere gemeente is aangeschreven, de respons is redelijk en de non-responsanalyse geeft aan dat alle relevante informatie is verzameld.

Voor de *Nederlandse Hervormde Kerk en de Gereformeerde Kerken in Nederland* stellen we dat we het beeld hebben verzameld van 550 aangeschreven gemeentes. Dat is een kwart van de 2168 kerkelijke gemeentes.

Als we een indruk van het geheel willen hebben, zouden we gemelde mate van betrokkenheid en aantal activiteiten moeten doorrekenen naar het hele kerkgenootschap. Dan moeten we de aantallen uit de tabellen doorrekenen. Ter toelichting laten we een voorbeeld zien:

Op pagina 22 staat in tabel 3.1 vermeld dat 144 hervormde en gereformeerde kerkelijke gemeentes uitstapjes organiseren. Dat zijn dus 144 kerkelijke gemeentes uit het bestand van 550 kerkelijke gemeentes die in de steekproef zaten, wat overeenkomt met 26%. Dit is dan ook – uitgaande van representatieve respons – 26% van het hele bestand van lokale kerkelijke gemeentes. Rekenen we dat door naar het geheel dan komen we op 568¹⁴ kerkelijke gemeentes binnen de Nederlandse Hervormde Kerk en Gereformeerde Kerken in Nederland die bezoekwerk melden als vorm van betrokkenheid bij de zorg.

7.2 Kerken als deelnemer in de zorgverlening

“Welke inzet van de kerken zien we nu als we de kerken beschouwen als deelnemer in de zorg?” is de vraag die in deze paragraaf aan de orde komt. Het is de onderzoeksvraag, toegespitst op een van de blikrichtingen die we voor het onderzoek aanhielden. We hebben die vraag vervolgens opgesplitst in wat we noemen direct contact en indirect contact.

7.2.1 Binnenkerkelijk?

Dat directe contact is kort samengevat: *bezoekwerk aan ouderen thuis*. Dat lijkt te passen binnen de demografie: Nederland vergrijst, dus zorg zal voor een groot deel zorg voor ouderen zijn. Dit geldt des te sterker voor kerkelijke gemeentes, die sterker vergrijsd zijn. Het past bij de bezoekcultuur die de protestantse kerken eigen is.

¹⁴ namelijk: $(144 \div 550) \times 2168 = 568$; of 26% van 2168 = 564 (verschil door afronding)

Het roept ook de vraag op of dit niet allemaal erg binnenkerkelijk is? Maar: past het bij het ‘helpen waar geen helper is’, dat als een soort diaconaal credo mag worden gezien? We krijgen die vraag natuurlijk niet volledig beantwoord, omdat we de ‘ernst van nood’ binnen de plaatselijke situaties niet kunnen afwegen. Wellicht is die onder ouderen erg hoog (eenzaamheid).

Ook geldt dat respondenten meer dan één antwoord kunnen geven. Zo is het goed denkbaar dat men omziet naar terminale patiënten die ook oud zijn. Dan is als doelgroep zowel ouderen als terminale patiënten genoemd.

7.2.2 *Helpen waar geen helper is?*

Vooralsnog kunnen we de vraag of *helpen waar geen helper is* de leidraad voor de inzet van de kerk bij de zorg vormt, niet volledig beantwoorden. Wel geven de gegevens een vermoeden dat (ook) hulp verleend wordt waar al hulp wordt verleend. In ieder geval zagen we niet dat binnen kerkelijke gemeentes zelf onderlinge afstemming van activiteiten en taken is. Zowel predikanten, als diaconieën, als groepen hebben als voornaamste activiteiten bezoekwerk aan ouderen thuis. Dat doet vermoeden dat alle drie de actoren zich op dezelfde groepen richten. Dat wil overigens nog niet zeggen dat ze zich op dezelfde individuen richten.

De indruk ontstaat dan dat vooral gewerkt wordt langs de lijnen van het reguliere pastoraat en minder naar de ernst van nood.

Gelijk moeten we zeggen dat dit niet het hele beeld is. We zagen immers ook zorg aan andere groepen, op andere plaatsen en op andere wijzen, maar hier treffen we alleen aanmerkelijk minder meldingen van.

7.2.3 *Mantelzorg en vrijwilligers*

De meeste indirecte zorg vinden we bij hervormde en gereformeerde diaconieën waar tussen een op de zeventien en een op vierentwintig diaconieën attenties verstrekt en bijeenkomsten organiseert voor mensen die zorg verlenen. De kerkelijke betrokkenheid in de zorg richt zich dus niet zozeer op mantelzorgers of vrijwilligers in de thuiszorg. Uit de informatie die we rondom het onderzoek hebben verzameld, blijkt dit een groep te zijn die soms zwaar wordt belast en wat vergeten is¹⁵

Toch zou het, zeker als het om attenties gaat, een kleine activiteit kunnen zijn, die beslist een grote impact heeft (of om het met een slogan van de voormalige PTT-Post te zeggen: “kleine moeite, groot plezier”).

Mogen we hieruit afleiden dat de problematiek van de mantelzorgers slechts in geringe mate op de diaconale agenda van de lokale kerkelijke gemeente staat?

¹⁵ Zie b.v. A. van Doorne-Huiskes, P. Dykstra, J Schippers, (2003). Zorgen om mantelzorg. *Demos. Bulletin over Bevolking en Samenleving*. 19(20) maart 2003. Of <http://www.nidi.nl/public/demos/dm03021.html>. Hier wordt o.a. gesproken over het *dwingende* karakter van mantelzorg.

7.2.4 Financiële steun

Bij de financiële ondersteuning van zorgbehoevenden zien we bijna een compleet ander beeld. We zagen dat 40% van de hervormde/gereformeerde kerkelijke gemeentes financiële steun verlenen, ongeveer de helft van de lutherse gemeentes en ruim een derde van de remonstranten.

Daarnaast zagen we nog dat flinke bedragen aan zorginstellingen werd gegeven.

7.2.5 Minimale en maximale inspanning

De contacten hetzij indirect, hetzij direct zouden wellicht kunnen worden verdeeld in activiteiten met minimale inspanning en maximale inspanning¹⁶. Activiteiten met maximale inspanning zitten dan op het gebied van hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen bij ernstig zieken (terminaal of chronisch), minimaal zou dan zijn attenties sturen aan mantelzorgers.

Het zal niet iedere kerkelijke gemeente mogelijk zijn om veel ‘maximale activiteiten’ te organiseren. Maar attenties aan thuiszorgers, of bijeenkomsten organiseren lijkt minder lastig. Toch treffen we dit niet vaak aan. Wellicht onderschatten kerkelijke gemeentes wat zij ook met een minimum aan activiteiten zouden kunnen betekenen op het terrein van zorg.

Die onderschatting is niet alleen theoretisch. Op zowel ingestuurde vragenlijsten, als op de non-responsanalyse werd nog wel eens de opmerking gemaakt dat men de kerkelijke gemeente of de diaconie te klein vond voor betrokkenheid bij de zorg.

7.3 Kerken als participant en pleitbezorger

Onder deze noemer bekijken we welke inzet de kerken tonen als participant en als pleitbezorger. Daarbij zagen we dat de kerken actiever zijn op het terrein van overleg dan op het terrein van bestuur. Dat doet vermoeden dat de bestuurlijke vertegenwoordiging meer een zaak van het verleden is.

Wanneer er daadwerkelijk een verschuiving in de loop der tijd is van bestuur naar overleg, zou dat voor de kerkelijke gemeentes enerzijds wel eens kunnen betekenen dat zij niet meer mee kan praten met onderwerpen als samenwerking en fusering, onderwerpen die de identiteit betreffen.

Anderzijds wordt het besturen van zorginstellingen hoe langer hoe meer een complexe aangelegenheid, waarbij financiering, personeelsbeleid, wetgeving, enz. punten zijn die regelmatig op de agenda van besturen staan. En of de kerken daar een rol van betekenis zouden moeten (willen) spelen is maar de vraag.

¹⁶ Dit onderscheid is ingegeven door een benadering die wel gebruikt is binnen het Interkerkelijk Werkverband voor de Recreatie.

De kerk kan haar bijdrage wellicht beter (?) leveren in overlegsituaties. En dat gebeurt dan ook, zien we. Overleg met zorginstellingen, burgerlijke overheid en vrijwilligersorganisaties komen daarbij het vaakste voor.

Anderzijds zijn er wel een aantal organisaties die opvallend weinig genoemd worden. Zo is het opvallend dat bijvoorbeeld ouderenorganisaties, als de PCOB, naar verhouding weinig worden genoemd, noch op initiatief van de kerken, noch op initiatief van de PCOB. Dat is in die zin opvallend, omdat het directe contact met ouderen nu juist zo'n voorname rol speelt. Een overleg met ouderenorganisaties zou toch een forum bij uitstek zijn om ervaringen met de zorg te bespreken en te doordenken. Ouderenorganisaties kunnen belang hebben bij het opvangen van signalen uit het veld en kerken kunnen op de hoogte worden gebracht van de belangenbehartiging van ouderen en hun rechten.

Voor het geringe aantal meldingen van contact met patiëntenorganisaties geldt hetzelfde: men komt patiënten tegen in de contacten, dus zou contacten met patiëntenorganisaties voor de hand liggen.

Dit gaat te meer aan omdat de taak van pleitbezorging wel eens lastig zou kunnen zijn. Het betekent namelijk dat men concrete ervaringen die men opdoet in het contact met zorgbehoevenden weet te vertalen in meer algemene termen en noden en dit als gerichte aandachtspunten en wensen bij de juiste instanties op tafel kan leggen. Belangenorganisaties als patiëntenorganisaties en ouderenorganisaties kunnen dan een welkome aanvulling of tussenstap zijn, voordat men met de burgerlijke overheid of zorginstellingen aan tafel gaat zitten. Maar de lijnen lijken niet zo te lopen.

De uitdrukking kerken als pleitbezorger herinnert ook aan de uitspraak dat diaconieën (diakenen, kerken) helpen *onder protest*. Dat uiten van protest is immers een vorm van pleitbezorging. De verzamelde feiten en die hierboven genoemde interpretatie en reflectie doen evenwel vermoeden dat helpen onder protest eerder een norm is dan een beschrijving van de feitelijke situatie.

7.4 Kerken als menings- en cultuurvormende kracht

Hier staat dan de vraag centraal: “Welke inzet van de kerken zien we nu als we de kerken beschouwen als menings- en cultuurvormende kracht?” We moeten daarbij misschien eerst wel opmerken dat de term menings- en cultuurvormende kracht in het kader van dit onderzoek een pretentieuze term is. We hebben immers niet meer bekeken dan de communicatie van predikanten en diaconieën naar de eigen kerkelijke achterban. Anderzijds praten we wel over een achterban die nominaal gezien ruim twee miljoen Nederlanders beslaat. Ook zagen we dat het diaconaat wil bijdragen aan barmhartigheid en gerechtigheid wat als hoge doelstelling mag worden gerekend. Daarbij past een constante aandacht voor de thematiek, bezinning en heroriëntatie.

7.4.1 *Bewustmaking*

Het is maar de vraag in hoeverre dat naar voren komt, als we de resultaten bekijken. Er wordt wel het nodige gecommuniceerd via het kerkblad, zagen we. Wat er gecommuniceerd wordt, hebben we niet onderzocht. Vermoed kan worden dat de impact van stukjes in het kerkblad niet zo heel groot is. Anderzijds worden kerkbladen meestal wel breed verspreid en door veel kerkleden (ook randleden) gelezen. Gesprekskringen, discussiebijeenkomsten en gemeenteavonden kunnen veel meer impact hebben, maar dit medium om de thematiek onder de aandacht te brengen en te bespreken, wordt aanmerkelijk minder vaak genoemd. De Remonstrantse gemeentes vormen hier de uitzondering: ongeveer de helft van het aantal responderende diaconale commissies en drie kwart van de responderende pastores melden deze vorm.

Frappant blijft dat de bijdrage van hervormde en gereformeerde predikanten veel gevallen vaker voorkomt dan van diaconieën. Al eerder merkten we op dat het de taak van de diaconie is om bewustwording op gang te brengen. Maar gebeurt dat ook voldoende, moeten we ons afvragen. We zien echter wel dat om en nabij een derde van de responderende diaconieën op conferenties attenderen. Als dat echter feitelijk niet meer is dan een persbericht doorgeven, hebben we hier met een geringe vorm van bewustmaking van doen.

7.5 Twee infrastructuren

Wanneer we nu met een nog iets grotere afstand tot het materiaal terugkeren naar de onderzoeksvraag, zien we dat tal van lokale kerkelijke gemeentes betrokken zijn bij de zorg, zowel in de vorm van deelnemers in de zorg, als in de vorm van participant en pleitbezorger, als in de vorm van menings- en cultuurvormende kracht. Aan verscheidene activiteiten besteden de kerkelijke gemeentes aandacht en op verscheidene terreinen doen ze mee. Daarbij sprong bezoekwerk aan ouderen thuis als kernactiviteit eruit.

7.5.1 *Infrastructuur van de lokale kerkelijke gemeente*

Binnen de kerkelijke betrokkenheid bij zorg lijken verschillende infrastructuren zichtbaar. Allereerst is er de *infrastructuur van de lokale kerkelijke gemeente*. Hier onderscheiden we twee groepen. Er is een vrij grote groep die zich beperkt tot de ‘kernactiviteit’. Getalsmatig gezien leveren zij een geringe (of geen) bijdrage aan diaconale betrokkenheid bij zorg.

Daarnaast blijkt er een groep te zijn die een bredere betrokkenheid heeft bij diaconaat. Hier zien we het geconstateerde *diaconale bewustzijn*: zij zijn actief op het gebied van zorg en op andere gebieden. Deze groep bestaat uit aanmerkelijk minder kerkelijke gemeentes. Binnen deze groep ‘diaconaal bewuste gemeentes’ zijn de grotere kerkelijke gemeentes sterker vertegenwoordigd. Het bleken immers de grotere kerkelijke

gemeentes (binnen de hervormde en gereformeerde kerk) die meer activiteiten melden en vaker overleg melden. Blijkbaar hebben zij meer slagkracht en dat zal wellicht samenhangen met meer menskracht, meer middelen, meer voorzieningen, en/of meer mogelijkheden, e.d.

7.5.2 *Professionele infrastructuur*

Op grond van de onderzoeksgegevens concluderen we bovenstaande. Uit gegevens rondom het onderzoek verzameld, menen we nog een tweede infrastructuur te zien. Die bestaat uit professionele organisaties, zoals diaconieën van grotere plaatsen, beleidsfunctionarissen en dienstencentra¹⁷. Hier vinden de in het oog springende activiteiten en vormen van betrokkenheid plaats, hier zetelen de redacties van de bladen die rapporteren over activiteiten en mogelijkheden en uitdagingen voor diaconieën. Zij verzetten veel werk op het terrein van diaconaat (en zorg). Zij zijn waarschijnlijk niet als de voorhoede te beschouwen, want dat verstelt een achterhoede die volgt. Ze zijn veel meer te beschouwen als een te onderscheiden infrastructuur. Binnen die infrastructuur nemen de professionele krachten het voortouw; vervolgens trekt dit weer vrijwilligers aan.

De kunst is natuurlijk om een versterking van de band te bewerkstelligen tussen beide infrastructuren. Aan de kant van de lokale kerkelijke gemeente betekent dit dat er voldoende diaconaal bewustzijn is en/of erkenning dat het werk van de professionele infrastructuur betekenisvol is en onderdeel van het werk van de eigen kerk. Van de kant van de professionals betekent het dat voorkomen moet worden dat in de eigen dynamiek van het werk deze infrastructuur los komt te staan van het werk van de lokale kerkelijke gemeente.

In een goed op elkaar afgestemd functioneren van de beide infrastructuren zal de kerkelijke betrokkenheid bij de zorg alleen maar aan kracht kunnen winnen.

¹⁷ We denken hierbij o.a. aan de Diaconie van de Hervormde Gemeente Den Haag, aan het Landelijk Dienstencentrum, de beraadsgroep Diaconaat en Zorg, het tijdschrift *Diakonia*, e.d.

8 Inventarisatie zorgvoorzieningen in M. en W.

8.1 Vooraf

Het tweede deel van het onderzoek Diaconaat en Zorg benadert de vraag naar de feitelijke inzet van kerkelijke gemeentes op het terrein van zorg van een andere kant dan de enquête. Toen is aan kerkelijke gemeentes gevraagd op welke wijze zij betrokken zijn bij de zorg. Nu zijn de vragen gesteld aan ‘uitvoerders’ van de zorg, of in ieder geval een deel van hen, namelijk zorginstellingen.

Waar het eerste deel van het onderzoek een meer kwantitatieve insteek had, heeft het onderzoek hier een kwalitatieve benadering.

Voor dit deel is onderzoek gedaan in drie burgerlijke gemeentes. In één van die gemeentes (Den Haag) is een aanvullend onderzoek opgezet¹⁸. In de twee andere gemeentes is anonimiteit beloofd en zullen de gemeentes worden aangeduid met W. en M. Omdat in Den Haag met een andere, meer uitgebreide onderzoeksopzet is gewerkt, worden de gegevens van Den Haag in een apart hoofdstuk vermeld. De gegevens van M. en W. komen hier aan de orde; het betreft twee middelgrote plaatsen in het oosten van het land.

Allereerst wordt gerapporteerd welke vragen we in dit deel van het onderzoek aan de orde willen stellen. Vervolgens welke zorginstellingen zijn benaderd voor het onderzoek. Ook de (problemen met de) dataverzameling komt hier ter sprake. Aansluitend bekijken we de reacties van de zorginstellingen. Dan volgt het hoofdstuk met de gegevens uit Den Haag.

Na de inventarisatie is in W, M en Den Haag een aantal groeps gesprekken (focusgroepen) gehouden tussen mensen van de kerken en mensen uit zorginstellingen om de gegevens van de enquête en van de inventarisatie te bespreken. De verslagen van deze gesprekken zijn in de bijlagen opgenomen.

Het hoofdstuk *Vergelijking enquête, casestudy en focusgroepen* neemt de gegevens uit de drie delen van het onderzoek tezamen. Tot slot volgt een hoofdstuk *Conclusies en discussie (2)* waarin een totaalbalans wordt opgemaakt.

8.2 Vraagstelling

Het doel van dit deel van het onderzoek is een beeld te vormen van de kerkelijke betrokkenheid binnen de professionele zorgvoorzieningen. Die betrokkenheid vanuit

¹⁸ De gegevens over het onderzoek in Den Haag zullen ook in een afzonderlijke rapportage verschijnen. Omdat hier de naam van de gemeente genoemd zal worden, is het overbodig om hier ook anoniem naar de gemeente te verwijzen. De onderzoeksvraag in Den Haag sluit wel aan bij dit onderzoek van Noordegraaf, maar is iets uitgebreider en de opzet is iets meer uitgewerkt., dan in het deelonderzoek in M. en W.

de kerken kan op verschillende manieren plaats vinden. Hier kijken we vooral naar de inzet van vrijwilligers en naar contacten tussen zorginstellingen en kerken.

Daarvoor hebben we aan zorginstellingen gevraagd of zij met vrijwilligers werken, op welke taken en terreinen die vrijwilligers actief zijn en of zij een inschatting kunnen maken van de levensbeschouwelijke achtergrond van de vrijwilligers.

In het onderzoek Diaconaat en Zorg gaat het ons niet om de individuele betrokkenheid van kerkmensen bij de zorg, maar om de betrokkenheid van de kerkelijke gemeente, dus de betrokkenheid op collectief niveau. De aanpak van dit onderzoek maakt het echter lastig om dat onderscheid nu hier te (laten) maken. Het is zorginstellingen wellicht niet bekend of vrijwilligers op persoonlijke titel of vanuit hun kerkelijke/organisatorische inbedding het vrijwilligerswerk doen. De gegevens die hier gepresenteerd worden laten die ruimte dus nog.

Voor een deel proberen we dit te ondervangen door ook te vragen in hoeverre de kerken (als collectief) een rol spelen bij het coördineren van het vrijwilligerswerk en bij het functioneren als vrijwilligerspool.

Vervolgens stelden we de vraag of er contacten zijn met kerken en zo ja, met welke? Ook een eerste peiling of kerken initiatieven nemen op het terrein van zorg, zoals acties, bezinningen, informatie doorgeven en contacten met zorginstellingen onderhouden is deel van dit onderzoek. En eveneens of dergelijke initiatieven op prijs worden gesteld. De uitkomsten hiervan kunnen in de focusgroepen verder worden uitgediept.

8.3 Dataverzameling en respons

Voor dit kwalitatieve deel van het onderzoek, de casestudy, is gekozen om onderzoek te doen in genoemde twee middelgrote plaatsen M. en W. en in Den Haag. De keuze van de plaatsen is gemaakt op grond van een aantal criteria. Om informatie te verzamelen die aanvullend kan zijn bij het eerste deel van het onderzoek hebben we die plaatsen geselecteerd die:

- binnen de steekproef van de hervormde en gereformeerde kerken vielen;
- waar een remonstrantse gemeente of samenwerkingsverband is;
- waar in de enquête een aantal activiteiten op het gebied van zorg zijn gemeld.

Binnen de aldus geselecteerde plaatsen M. en W. is een inventarisatie gemaakt van alle zorginstellingen. Voornaamste informatiebron hier is het Elzevieroverzicht¹⁹. Niet alle instellingen uit dat overzicht is gebruikt, maar slechts die instellingen die passen binnen de doelgroepen van het onderzoek. De geselecteerde lijst is aan een aantal mensen voorgelegd met de vraag of de selectie juist is.

Vervolgens moest de juiste persoon binnen de instellingen worden benaderd. Daarvoor is telefonisch en schriftelijk contact gezocht met de instellingen. Wanneer de

¹⁹ Lijst van Nederlandse Gemeente, uitgegeven door Elsevier bedrijfsinformatie bv. 's Gravenhage.

meest geschikte informant gevonden was, verstuurd we een vragenlijst die later telefonisch kon worden beantwoord. In een aantal gevallen is de vragenlijst terechtgekomen bij de geestelijk verzorgers in de instellingen. Als zij daadwerkelijk de meest geschikte informant zijn voor dit onderzoek, is dat geen bezwaar. Anderzijds bestond bij ons het vermoeden dat de insteek van het onderzoek, namelijk kerkelijke betrokkenheid bij de zorg, maakt dat de aangeschrevenen binnen de zorginstellingen de vragenlijst al snel naar de geestelijke verzorging doorstuurd.

Voor het onderzoek binnen Den Haag hebben we daarom explicieter de directie benaderd voor het onderzoek. Zie verder het hoofdstuk (en de rapportage) over Den Haag.

Van de 32 benaderde instellingen in W. en M. ontvingen we reactie van 23 instellingen, zes daarvan uit M (en omstreken), zeventien uit W (en omstreken).

De doelgroepen binnen de instellingen zijn de volgende:

Ouderen	11
Psychiatrische patiënten	2
Mensen met een handicap	5
Anders	5

Binnen de categorie ‘anders’ worden combinaties aangegeven.

De instellingen verschillen erg in grootte. De kleinste instelling heeft 24 patiënten/bewoners, de grootste 480. Het gemiddelde ligt op 149 (standaard deviatie 112). Ook in omvang van personeel verschillen de instellingen, we troffen kleine met 11 personeelsleden in de directe zorg en grote met 385 personeelsleden in de directe zorg. Het gemiddelde ligt hier op 90 (standaard deviatie 99).

Meer dan de helft instellingen omschrijft haar identiteit als algemeen, een kwart van hen zijn protestants-christelijk, verder troffen we nog een r.-k. instelling en een humanistische. Een klein aantal instellingen meldt dat de identiteit van protestants-christelijk of van katholiek is overgegaan naar algemeen.

8.4 Vrijwilligers

Het gemiddeld aantal vrijwilligers binnen de zorginstellingen ligt op 78, maar ook hier is de spreiding groot²⁰.

Slechts een aantal responderende instellingen meldt dat vrijwilligers betrokken zijn bij algemene dagelijks levensverrichtingen of huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen, klusjes en helpen bij het gebruikmaken van rechten. Het meest voorkomend is gastvrouw of -heer zijn; mobiliteitszaken, zoals buitenshuis verplaatsen, rolstoel rijden, e.d.; bezoekerwerk; recreatieve activiteiten, zoals wandelen, samen naar concert/theater of film, samen handwerken of knutselen, soos; en begeleiden bij uitstapjes of vakanties of dagjes uit.

²⁰ Standaard deviatie= 72; minimum 0; maximum 210.

Vijftien instellingen kunnen wel een schatting maken van de levensbeschouwelijke achtergrond van de vrijwilligers. En vanuit die schatting menen ze dat de het vrijwilligersbestand een gemêleerde groep is. Bijna een kwart van de responderende zorginstellingen meent dat de helft van de vrijwilligers een kerkelijke achtergrond heeft. Slechts twee menen dat iedereen een kerkelijke achtergrond heeft en één zorginstelling schat dat minder dan de helft dit heeft.

In vrijwel alle instellingen die aan het onderzoek hebben meegedaan, is wel iemand die het vrijwilligerswerk coördineert en meestal is dat iemand uit de instelling zelf. De afdeling geestelijke verzorging speelt hierin een marginale rol. Kerken of andere instellingen zijn vrijwel nooit de coördinerende instantie van het vrijwilligerswerk. De vrijwilligers komen uit verschillende ‘circuits’: dat kan zijn de instelling zelf, de kerken, of familie en vrienden van patiënten, cliënten of bewoners. Een iets geringere rol speelt de Zonnebloem of vrijwilligerscentrales. Daarbij doen zich tal van combinaties voor, bijvoorbeeld: de vrijwilligers zijn familie of vrienden van bewoners en komen vanuit de kerken.

Er zijn maar weinig instellingen die een beroep kunnen doen op een aanvullende vrijwilligerspool om extra vrijwilligers te betrekken. Blijkbaar zijn de vrijwilligers die nu actief zijn de mensen waar je het mee moet doen. Zo die pool genoemd wordt (drie keer) blijkt dat de vrijwilligerscentrale te zijn, niet de kerken, noch familie of vrienden, noch de Zonnebloem.

8.4.1 *Problemen met vrijwilligerswerk*

Een aantal instellingen meldt dat ze problemen heeft met het vrijwilligerswerk. Het aantal vrijwilligers is daarbij het meest genoemde probleem. Bijna de helft meldt dat ze hier *soms* problemen mee hebben²¹. Problemen met de taakafbakening, de beschikbaarheid, of de autonomie doen zich in de meeste gevallen niet voor. Wanneer wordt gemeld dat zich *vaak* problemen voordoen (door drie instellingen gemeld) ligt dat op het terrein van het aantal vrijwilligers. Het totaalbeeld is dat er van weinig problemen sprake is als het om werken met vrijwilligers gaat.

8.5 Contact met kerken

Vijf instellingen hebben de vraag naar contacten met kerken niet beantwoord of kunnen beantwoorden. Van de overigen instellingen zien we dat de meeste van hen contacten hebben met katholieke parochies, en/of hervormde, of gereformeerde kerkelijke gemeentes. Twee instellingen melden contact met remonstrantse gemeentes. Inclusief de vijf die de vraag niet hebben beantwoord, zien we dat iets meer dan een derde geen contact met een of meerdere kerkelijke gemeentes/parochies heeft.

²¹ De keuze categorieën zijn: nooit, af en toe, soms, vaak.

We zien de contacten met de kerken in combinatie voorkomen. Zo zijn er instellingen die èn met de r.-k. kerk, èn met de hervormde kerk contact hebben. Misschien zijn de niet aanwezige combinaties in dezen interessanter om te vermelden. Zo zien we drie instellingen die wel contact hebben met de r.-k. kerk, maar niet met de hervormde of gereformeerde kerken. Ook die combinatie wel hervormd niet gereformeerd en omgekeerd komt voor, we praten dan over twee instellingen.

Het gaat hier om kleine aantallen, dus.

Zo'n tweederde van de zorginstellingen zien dat kerken wel initiatieven nemen op het terrein van zorg, zoals acties, bezinningen, informatie doorgeven en contacten onderhouden met zorginstellingen (de helft van hen regelmatig, de andere helft meldt dat dit een keer is gebeurd). Eenderde van de instellingen heeft dat nog niet mee gemaakt.

Een paar instellingen zien de kerken liever geen initiatieven nemen als het over zorg gaat en van negen krijgen ze een onvoorwaardelijk aanmoediging. Tot slot zeggen vijf dat het er maar vanaf hangt wat voor soort initiatieven zij nemen.

Tot zover de weergave van de vragen die we aan de zorginstellingen hebben voorgelegd.

9 Inventarisatie zorgvoorzieningen Den Haag

9.1 Vooraf

Dit hoofdstuk is de rapportage van een onderzoek dat in opdracht van de Centrale Diaconie van de Hervormde Gemeente Den Haag onder een aantal zorginstellingen in Den Haag en omstreken is gehouden. Dit onderzoek is tegelijk een onderdeel van het grotere onderzoek naar de betrokkenheid van kerken op het gebied van de zorg.

Het onderzoek in Den Haag is vanuit het perspectief van het onderzoek in dit rapport (het onderzoek van Noordegraaf zagezegd), een onderdeel van de inventarisatie onder zorginstellingen en van de groepsgesprekken (focusgroepen).

Zo veel mogelijk houden we bij deze rapportage over Den Haag dezelfde indeling aan als in de rapportage over M. en W.

9.2 Vraagstelling

Het Haagse deel van het onderzoek heeft eigen accenten gekregen. Zo heeft men vanuit Den Haag gevraagd in het bijzonder aandacht te besteden aan mantelzorg en extramuralisering en deconcentratie, en de uitslagen van het onderzoek vooral te interpreteren vanuit de vraag welke vormen van toerusting passend zijn.

Bij de inventarisatie is ook hier gebruik gemaakt van een vragenlijst die is gestuurd aan zorginstellingen. Voorafgaand aan het bijwerken van de vragenlijst die is gebruikt in M. en W. is een aantal gesprekken gevoerd met een stedelijk functionaris van het steunpunt mantelzorg en mensen vanuit de kerk die betrokken zijn bij de thematiek van de (mantel)zorg.

In die gesprekken kwam onder andere training en deskundigheidsbevordering van vrijwilligers naar voren. Hierover zijn een aantal vragen in de inventarisatie vragenlijst opgenomen, onder de noemer *evaluatie en training van vrijwilligerswerk*. Evenzo komen een aantal vragen expliciet over mantelzorg en deconcentratie en extramuralisering aan de orde en de rol van de kerken ten aanzien van dit beleid.

De vragen over het contact van zorginstellingen met kerken zijn uitgebreid om een specifiek beeld van dat contact te krijgen.

Een en ander betekent dat de vragenlijst in Den Haag een stuk groter is dan in M. en W. Hoewel voor dit onderzoek gebruik is gemaakt van een vragenlijst, is dit onderzoek niet bedoeld als een representatief kwantitatief onderzoek onder zorginstellingen. Dit onderzoek wil argumenten en overwegingen verzamelen, om daarmee een beeld te krijgen van de kerkelijke betrokkenheid bij zorginstanties. De getallen die in dit hoofdstuk worden gepresenteerd mogen dan ook niet gelezen worden als repre-

sentatieve afspiegelingen van de situatie in Den Haag, maar zijn slechts indicatief voor de stand van zaken.

9.3 Dataverzameling en respons

Voor de verkenning van de kerkelijke inzet binnen zorginstellingen zijn vragenlijsten met een veertigtal vragen verstuurd naar de directies van 89 zorginstellingen aangeschreven. Hieronder verstaan we woon- en zorgcentra, verzorgingshuizen, zorg- en reactiveringscentra, huisvesting voor alleenstaanden en meerpersoonshuishoudens, begeleid wonen instanties, activiteitencentra, verpleeghuizen, bejaardencentra, gezinsvervangende tehuizen, enz.

De instanties zijn aangeschreven vanuit twee elkaar grotendeels overlappende overzichten van zorginstanties in Den Haag. De ene is de lijst van Nederlandse Gemeenten uitgegeven door Elsevier bedrijfsinformatie b.v., de ander is een overzicht uit de Sociale Gids dat door een medewerker van de Haagse Diaconie aan het KASKI is gegeven.

Op grond van de twee adressenoverzichten is een verzendlijst samengesteld met de genoemde 89 instellingen. Na de versturing van de vragenlijsten is na enige tijd een herinnering gestuurd aan instanties die nog niet hadden geantwoord. Bij de herinneringsbrief waren een aantal vragen opgenomen, waarmee men kon aangeven waarom men eventueel niet aan het onderzoek zou willen deelnemen.

Er zijn 25 vragenlijsten terug ontvangen, waarvan er 23 in de analyse konden worden betrokken. Op de herinneringsbrief is door 21 respondenten gereageerd, waarmee in totaal 46 instanties hebben gereageerd (52%).

tabel 9.1 Overzicht van de respons op de herinneringsbrief

<i>antwoordmogelijkheid</i>	<i>aantal</i>
Over het onderwerp hebben wij niets te melden	9
Wij bewaren liever de grootst mogelijke afstand als het gaat om contacten met kerken en dus ook met onderzoek omtrent contact met kerken	1
Wij willen niet aan onderzoeken deelnemen	5
Degene die de vragen zou kunnen beantwoorden is momenteel niet beschikbaar	4
Anders namelijk...	5
TOTAAL	24

Zoals uit bovenstaand overzicht is af te leiden hebben sommige respondenten meer dan een antwoord ingevuld. Bij de categorie ‘anders’ werd twee maal aangegeven dat tijdgebrek reden was om niet deel te nemen.

De *vragenlijsten* zijn ingevuld door de volgende categorieën personen:

- activiteitenbegeleiders, leidinggevendens welzijn, of recreatie;
- geestelijk verzorgers;
- directie of locatiemanagers.

De doelgroepen binnen de instellingen zijn de volgende:

Ouderen	5
chronisch zieken	1
Psychiatrische patiënten	2
Mensen met een handicap	3
Anders	12

Bij ‘anders’ werden vaak combinaties van ‘doelgroepen’ aangegeven.

De instellingen varieerde in grootte zowel naar het aantal bewoners/cliënten/patiënten, als naar het aantal personeelsleden. Het minimum aantal bewoners e.d. ligt op 21, het maximum op 3500²²; het minimumaantal personeelsleden ligt op 13, het maximum op 3000 (2500 fte).

Als identiteit geven 14 instanties ‘algemeen’ aan, vier protestants-christelijk, een katholiek en vier een andere identiteit. Bij deze laatste groep horen een antroposofische instelling, een Evangelisch-Lutherse, een humanistische en een multi-culturele instelling.

Twee instellingen geven aan op dit moment een algemene identiteit te hebben, maar voorheen een protestants-christelijke.

9.4 Vrijwilligers

Het aantal vrijwilligers dat actief is in de responderende instellingen loopt uiteen van twee tot 550, met een gemiddeld van 73. De taakvelden waarmee vrijwilligers belast zijn vertonen meer overeenkomst.

tabel 9.2 Overzicht van terreinen en werkvelden waarbinnen vrijwilligers actief zijn

<i>taakvelden</i>	<i>aantal</i>
recreatieve activiteiten, zoals wandelen, samen naar concert/theater of film, samen handwerken of knutselen, soos	19
bezoekwerk met o.a. gezellig praten over alledaagse dingen, spelletje doen, kaarten, lezen of voorlezen, samen televisiekijken, samen eten, praten over levensvragen	18
mobiliteitszaken, zoals: buitenshuis verplaatsen, rolstoel rijden, e.d.	17
gastvrouw of -heer zijn bij o.a. koffie schenken	16
uitstapjes en vakantie met hierbij zorgbehoevendens begeleiden tijdens dagjes uit (dagboottoch-	16

²² Voor zover het in dit kwalitatieve onderzoek geen misverstanden wekt vermelden we het gemiddelde en de mediaan, namelijk 403 en 178; een zeer scheve verdeling dus.

<i>taakvelden</i>	<i>aantal</i>
ten, andere dagtochten), Kerst-, Paas- of sinterklaasvieringen, of langere vakanties	
hulp bij eten	9
anders, namelijk: ...	7
huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen	5
klusjes, zoals: vuilnis buiten zetten, verzorgen van de tuin, kleine doe het zelf klusjes	5
mensen helpen bij het gebruikmaken van hun rechten, zoals begeleiden in hun contacten met de overheid, de zorgverleners, medische wereld (artsen, fysiotherapeuten) of bij het helpen invullen van formulieren en aanvragen	4
algemene dagelijkse levensverrichtingen	0

Onder de categorie ‘anders’ worden genoemd assisteren bij verenigingen, bus besturen, bewoners begeleiden naar ziekenhuis, tuindienst, kapeldienst, e.d., fruitverkoop, koken met cliënten, kinderproject, begeleiden naar kerkdiensten zowel binnen als buiten de instelling, schilderen, muziek maken, geloofszaken (islam, hindoe en christelijk), huisblad, administratieve ondersteuning, en pastorale zorg.

In de opsomming valt op dat recreatieve activiteiten veruit het meest worden genoemd, zeker als recreatieve activiteiten in wat ruimere zin worden opgevat, dus inclusief rolstolrijden en uitstapjes. Ook het bezoekwerk staat in de hogere regionen. Veel voorbeelden bij het bezoekwerk hebben te maken met de recreatieve sfeer (gezellig praten over alledaagse dingen, spelletje doen, kaarten, lezen of voorlezen, samen televisiekijken).

Door niemand worden de algemene dagelijkse levensverrichtingen genoemd.

In de vragenlijst kon meer dan één antwoord worden ingevuld, zodat we kunnen tellen voor hoeveel taken vrijwilligers worden ingezet. Dat aantal loopt van één tot negen, waarbij meer dan de helft van de instellingen zegt dat vrijwilligers op vier tot zes taakvelden actief zijn.

Bijna de helft van de instellingen kan een inschatting maken van de levensbeschouwelijke achtergrond van de vrijwilligers. Een kwart zegt dat bijna alle vrijwilligers of meer dan de helft een kerkelijke achtergrond heeft, waarvan drie instellingen aangeven dat vrijwel iedereen de christelijke identiteit heeft. In nadere analyse bleken deze instellingen van protestants-christelijke signatuur te zijn. Volgens een vijfde is de achtergrond gemêleerd, eenmaal treffen we ‘humanistisch’ aan.

In bijna driekwart van de responderende instellingen is een vrijwilligerscoördinator actief, die in nagenoeg alle gevallen bij de eigen instelling hoort. In vier instellingen werd hierbij expliciet vermeld dat de afdeling geestelijke verzorging hierbij betrokken is.

Twee responderende instellingen melden dat de coördinatie plaatsvindt vanuit de kerken; dit antwoord werd gegeven samen met het antwoord ‘vanuit de eigen instelling’, waaruit valt af te leiden dat als de kerken hier een rol spelen, het een aanvullende rol is.

Tweederde van de instellingen meldt dat zij hun vrijwilligers uit verschillende circuits werven, naast de eigen instelling zijn dat familie en vrienden van bewoners/patiënten/cliënten. De helft meldt dat ze vrijwilligers bij de kerken werven; de Zonnebloem wordt hier minder genoemd.

Soms is een beroep op extra vrijwilligers nodig. Tien instellingen maken dan gebruik van een vrijwilligerspool. Het beheer van die vrijwilligerspool ligt in de meeste gevallen bij de instellingen, nooit bij de kerken of de Zonnebloem. De helft van het aantal instellingen dat wel eens een beroep doet op een vrijwilligerspool, klopt daarvoor aan bij de Vrijwilligerscentrale.

9.4.1 *Problemen met vrijwilligers*

Een viertal aspecten legden we voor waarop problemen zich voor zouden kunnen doen met vrijwilligers, variërend van nooit, soms, af en toe en vaak. Wanneer ‘af en toe’ of ‘vaak’ wordt genoemd, gaat het om het aantal vrijwilligers of hun beschikbaarheid (de vrijwilligers zijn niet of niet voldoende beschikbaar op tijden waarop dat gewenst zou zijn). Problemen rondom autonomie (de vrijwilligers nemen te veel eigen bevoegdheden) of taakafbakening (de vrijwilligers zijn bezig met zaken, of bemoeien zich met zaken waarvan afgesproken is dat zij zich niet op die terreinen zouden begeven) wordt door ongeveer een op de zes *af en toe* genoemd. In de meeste gevallen is het antwoord dus *nooit* of *soms*.

9.4.2 *Evaluatie en training van vrijwilligerswerk*

In de voorbereidende gesprekken met informanten in Den Haag werd door iedereen gezegd dat voor goed vrijwilligerswerk mensen getraind en/of toegerust zouden moeten zijn. Omdat alle informanten dit noemden, zijn een aantal vragen hierover opgenomen in de inventarisatie. Allereerst is gevraagd naar het karakter van het vrijwilligerswerk, is dat *aanvullend* op het bestaande werk (dus vrijwilligers doen dan werk dat beroepskrachten niet doen, het vrijwilligerswerk heeft dan een eigen karakter), of is het vrijwilligerswerk te omschrijven als *vervangend*. In dat geval doen vrijwilligers werk waar beroepskrachten niet of niet meer aan toe komen.

Slechts één instelling meldt dat het vrijwilligerswerk *grotendeel vervangend* is²³, het betreft hier een instelling voor mensen met een lichamelijke en verstandelijke beperking/handicap; drie melden dat er een evenwicht is tussen aanvullend en vervangend. De helft geeft aan dat het werk *uitsluitend aanvullend* is, dus met een eigen karakter, te onderscheiden van het werk van de professionals.

²³ de antwoordcategorieën luiden: het vrijwilligerswerk is uitsluitend aanvullend; het vrijwilligerswerk is grotendeels aanvullend; er is een evenwicht tussen aanvullend werk en vervanging; het vrijwilligerswerk is grotendeels vervanging; het vrijwilligerswerk is uitsluitende vervanging; ik kan daar geen goede inschatting van maken.

Dat betekent dat het vrijwilligerswerk weliswaar een eigen karakter heeft, maar (mede gezien de taakvelden uit tabel 9.2) geen professionele deskundigheid wordt gevraagd. Er zal eerder sprake zijn van behoefte aan een bepaalde sociale attitude.

De meeste instellingen (19 van de 23) evalueren het vrijwilligerswerk met de vrijwilligers, een kleiner deel (15 van de 23) evalueert het vrijwilligerswerk op beleidsniveau binnen de instelling. Alle instanties die het vrijwilligerswerk op beleidsniveau evalueren, doen dat ook met de vrijwilligers zelf. Er is dus niet zoiets dat wel *over* de vrijwilligers, maar niet *met* de vrijwilligers wordt gepraat. Wel komt het omgekeerde voor dat met vrijwilligers over het werk wordt gepraat, zonder dat dit een beleidsmatig vertaling krijgt. De aantallen zijn echter gering.

Niet overal waar wordt geëvalueerd, wordt gevolgen aan de evaluatie gegeven, maar in de meeste gevallen wel, zoals uit het overzicht blijkt:

tabel 9.3 gevolgtrekkingen van evaluatie van vrijwilligerswerk, zowel met de vrijwilligers zelf als op beleidsniveau; meer dan één antwoord was mogelijk

<i>evaluatie met vrijwilligers</i>		<i>evaluatie op beleidsniveau</i>	
<i>gevolgtrekking</i>	<i>aantal meldingen</i>	<i>gevolgtrekking</i>	<i>aantal meldingen</i>
Er worden vrijwel geen gevolgen aan de evaluatie gegeven	3	Er worden vrijwel geen gevolgen aan de evaluatie gegeven	2
Vrijwilligers krijgen soms andere en/of beter passende taken	17	De taken waarvoor vrijwilligers worden ingezet worden opnieuw verdeeld	4
Vrijwilligers krijgen soms training en/of bijscholing	12	Vrijwilligers krijgen soms training en/of bijscholing	6
De contacten tussen vrijwilliger en instelling worden soms beëindigd	13	Er wordt naar andere vrijwilligers en/of instanties die vrijwilligers kunnen leveren, gezocht	6
N=	19	N=	14

Opvallend verschil bij de vergelijking tussen gevolgtrekkingen op niveau van (individuele) vrijwilligers en op niveau van beleid is dat men veel meer geneigd lijkt te zijn gevolgtrekkingen te geven op individueel niveau.

Dat kan er op wijzen dat instellingen zo veel mogelijk vrijwilligerswerk op maat maken, door beter passende taken te zoeken en trainingen in te zetten. Blijkbaar kan men er ook voor kiezen om het contact tussen vrijwilliger en instelling te verbreken (zeg maar: ontslag).

Bij de gevolgtrekkingen op beleidsniveau is vaak het antwoord ‘anders’ gegeven. Dit werd toegelicht met onder andere ‘het beleid wordt aangepast’. Het is aan de antwoorden niet goed te zien wat daarmee wordt bedoeld.

9.5 Contacten met kerken

Kerken kunnen formele/bestuurlijke en meer inhoudelijke contacten onderhouden met zorginstellingen. In dat laatste geval noemen we dat – binnen dit onderzoek – overleg. De vraagstelling laat een vergelijking toe, waarbij tevens wordt gerapporteerd over de vraag of de kerken een specifieke inbreng hebben volgens de respondenten.

tabel 9.4 Overzicht van kerkgenootschappen waar zorginstellingen contact mee onderhouden alsmede antwoord op de vraag of kerken in bestuur en overleg een specifieke inbreng hebben; in absolute getallen.

<i>kerkgenootschap</i>	<i>formeel en/of bestuurlijk contact</i>	<i>overleg</i>
Rooms-Katholieke Kerk	11	11
Nederlandse Hervormde Kerk	9	7
Gereformeerde Kerken in Nederland	6	4
Samen op Weg-kerk	6	6
Evangelisch-Lutherse Kerk	2	2
Remonstrantse Broederschap / Gemeente	0	0
kerken hebben een specifieke inbreng	4	13

Naast de voorgegeven antwoorden die in de tabel worden genoemd, werden nog als kerken/levensbeschouwelijke organisatie genoemd:

Christelijk Gereformeerde Kerken, islamitische organisaties, Evangelische Broedergemeente, Humanistisch Verbond, Indonesische kerken, hindoeïstische organisaties, als instanties waarmee *formele en/of bestuurlijke contacten* worden onderhouden. Er zijn twee instellingen die geen contact hebben met kerken, maar wel met het Humanistisch Verbond.

In totaal geven veertien zorginstellingen aan formele en/of bestuurlijke contacten met een of meerdere kerken of levensbeschouwelijke organisaties te hebben, negen met geen enkele.

Bij de kerken/levensbeschouwelijke organisaties waarmee *overleg* wordt gevoerd werden genoemd: Evangelische Broeder Gemeente, Humanistisch Verbond, islamitische organisaties en hindoeïstische organisaties. Met de genoemde Christelijk Gereformeerde Kerk is dus wel formeel/bestuurlijk contact, maar geen overleg.

In totaal geven dertien zorginstellingen aan met enige regelmaat overleg te voeren met een of meerdere kerken of levensbeschouwelijke organisaties te hebben, tien met geen enkele.

Vier instellingen melden dat er financiële relaties zijn tussen de instelling en (sommige) kerken.

9.5.1 Specifieke inbreng

De specifieke inbreng van de kerken kan nader in beeld worden gebracht via de volgende overzicht. De vraag naar de specifieke inbreng is in een vraag (dus voor zowel de formeel/bestuurlijke inbreng als de inhoudelijke inbreng) gesteld:

tabel 9.5 Overzicht van de gemelde inbreng van kerken in formeel bestuurlijk en inhoudelijk overleg

werven binnen hun eigen achterban nieuwe vrijwilligers	7
zingevingvragen en levensbeschouwelijke onderwerpen worden ingebracht	5
anders, namelijk:	5
aandacht vragen voor de zwakkeren	4
ethische bezinning	4
kritische inbreng ten aanzien van ontwikkelingen in de zorg	4
kritische inbreng ten aanzien van de toegankelijkheid van de zorg	2
vertalen de thematieken uit de zorg door naar hun eigen achterban	2

Tot slot is de vraag voorgelegd of – voor zover men daar zicht op heeft – kerken initiatieven nemen op het terrein van zorg, zoals acties, bezinningen, informatie doorgeven, contacten met zorginstellingen onderhouden, enz.; en of men dergelijke initiatieven op prijs zou stellen.

Twaalf instellingen hebben het nooit meegemaakt dat kerken initiatieven nemen, volgens vier is het een keer gebeurd en vier hebben de ervaring dat dit regelmatig gebeurt.

Twee instellingen hebben liever niet dat kerken dergelijke initiatieven zouden nemen, van zeven instellingen krijgen de kerken een onvoorwaardelijk ja en bij elf hangt het er van af welke initiatieven de kerken zouden willen nemen.

9.6 Mantelzorg

Het onderwerp mantelzorg krijgt in het Haagse deel van dit onderzoek extra aandacht, omdat het een actueel thema is volgens de Haagse diaconie. Een aantal vragen over mantelzorg zijn daarom expliciet in de vragenlijst aan de instellingen opgenomen.

Iets minder dan de helft van het aantal responderende instellingen (namelijk tien) meldt dat zij specifieke aandacht hebben voor mantelzorgers, waarbij die aandacht vooral een zaak van de beroepskrachten is. Vijf van de tien zegt dat het uitsluitend een zaak van beroepskrachten is, vier zeggen dat het grotendeels een zaak van beroepskrachten is.

Dat betekent dat voor zover mantelzorg en mantelzorgers onder de aandacht zijn van zorginstellingen, dit niet wordt overgelaten aan de vrijwilligers.

De informanten uit het gesprek voorafgaand aan dit onderzoek zien wel degelijk een taak voor vrijwilligers in de mantelzorg. Dat zou bijvoorbeeld kunnen zijn om mensen te leveren die mantelzorgers ontlasten. Het lijkt er niet op dat zorginstellingen dit snel aan de kerken zullen vragen.

9.7 Deconcentratie en extramuralisering

Negen van de drieëntwintig deelnemende instellingen melden dat zij wel van doen hebben met de thematiek van de extramuralisering en deconcentratie. Daarbij is gevraagd hoe men de beleidslijn beoordeelt, lopend van uitsluitend positief tot uitsluitend negatief.

Eenderde evalueert het beleid positief (een uitsluitend positief, twee overwegend positief); een derde neemt de middenpositie in en het andere derde deel kan er geen goede inschatting van maken. Dat betekent dat dit beleid niet alleen negatief wordt beoordeeld.

Vervolgens bestond de mogelijkheid om in het kort maximaal drie positieve en maximaal drie negatieve ervaringen te vermelden.

Als positieve ervaringen wordt gemeld dat mensen langer in de eigen omgeving kunnen blijven wonen, eventueel met hulp van een nabij gelegen zorgcentrum; de kwaliteit van het leven is hoger; er is minder sprake van hospitaliseren; en tijdelijk zorg is nu mogelijk.

Bij de negatieve ervaringen wordt een aantal aspecten genoemd dat globaal kan worden ingedeeld in sociale aspecten, financiële aspecten en organisatorische aspecten. Tot de sociale aspecten kan dan worden gerekend dat de omgeving soms te weinig ervaringen en deskundigheid heeft; dat mensen kunnen vereenzamen; en dat het leven te weinig structuur krijgt. Tot de financiële aspecten kan worden gerekend dat bepaalde hulp niet wordt vergoed. De organisatorische aspecten zijn dat instellingen met

leegstand te maken krijgen; dat de problematiek bij opname groot is, of dat de indicatiestelling streng(er) is geworden.

Een aantal mogelijkheden zijn voorgelegd wat de kerken zouden kunnen betekenen binnen het deconcentratiebeleid. Daaruit blijkt dat zorginstellingen wel degelijk taken zien voor de kerken ten aanzien van het beleid.

tabel 9.6 Verwachtingen ten aanzien van de kerken wat betreft de gevolgen van het deconcentratiebeleid, in absolute aantallen

<i>verwachting</i>	<i>aantal</i>
Kerken zouden binnen hun eigen achterban aandacht moeten vragen voor de gevolgen van het deconcentratiebeleid	6
Kerken zouden kunnen bijdragen aan het ontwikkelen van netwerken voor ontmoeting tussen zorgbehoevenden en anderen	5
Kerken zouden kritische evaluaties van het deconcentratiebeleid bij de overheid moeten neerleggen	5
Kerken zouden via hun vrijwilligers zorgbehoevenden kunnen begeleiden	4
anders: ...	3
Kerken zouden als spreekbuis op moeten treden voor mensen die door het deconcentratiebeleid tussen wal en schip vallen	2
Kerken zouden hun ervaringen met het deconcentratiebeleid bij zorginstellingen moeten inbrengen	2

Onder de categorie ‘anders’ wordt genoemd:

- meer samenwerking tussen kerken en instituten
- niet alleen kerken maar ook Humanistisch Verbond /Humanitas hebben hier een functie
- betere scholing medewerkers van kerken t.a.v. opvang cliënten.

Aandacht vragen en netwerken ontwikkelen zijn de meest genoemde antwoorden en zouden kunnen worden begrepen als mogelijkheden dat de kerk optreedt als menings- en cultuurvormende kracht. Het neerleggen van kritische evaluaties bij de overheid dat eveneens vaak genoemd wordt kan worden gezien als een oproep om als pleitbezorger op te treden. Dat geldt ook voor de laatste twee mogelijkheden die minder vaak worden genoemd.

9.8 Samenvatting

Met de reacties van 23 van totaal 32 aangeschreven instellingen in M. en W., hebben we een goede respons (rond de 70%).

Uit Den Haag ontvingen we, inclusief de reacties op de herinneringsbrief, 46 reacties, een respons van 52%. Voor het totaal betekent dit 69 reactie op 121 verzoeken; dus 57% respons in de inventarisatie.

Daarbij blijkt er een goede spreiding in de grootte van de instellingen te zijn: de kleinere zijn vertegenwoordigd, evenals de grotere.

Al met al een goede respons om een beeld te krijgen van de kerkelijke betrokkenheid bij de zorg vanuit het perspectief van de zorginstellingen en van de overwegingen rondom vrijwilligerswerk in de zorg, toegespitst op de kerken.

We zien dat meer dan de helft van de instellingen de identiteit als algemeen omschrijft in M. en W.; in Den Haag ligt dat boven de helft.

Een klein aantal zorginstellingen geeft aan dat ze van katholiek of protestants is overgegaan naar algemeen. In onze peiling vinden we dus geen ‘veralgemenisering’ van de identiteit van zorginstellingen, wel dat zogenaamde identiteitsgebonden zorginstellingen in de minderheid zijn.

9.8.1 *Recreatie en intermenselijk contact*

Er blijken nog al wat vrijwilligers betrokken te zijn bij het werk in de instellingen, hoewel we ook (kleinere) instellingen zien waar geen vrijwilligerswerk wordt verricht. De meest voorkomende activiteiten zijn gastvrouw of -heer, mobiliteitszaken, recreatieve activiteiten en begeleiden van uitstapjes. De gezamenlijk noemer hier is wellicht te omschrijven als taken die zich op het vlak van recreatie en intermenselijk contact bevinden. De dagelijkse levensverrichtingen en de klusjes komen we aanmerkelijk minder vaak tegen, evenals het helpen gebruik maken van rechten.

9.8.2 *Niet zichtbaar*

Binnen het vrijwilligerskorps zijn de kerkmensen niet *zichtbaar* sterk vertegenwoordigd. Het is de vraag of ze feitelijk gezien ook niet sterk vertegenwoordigd zijn. Onderzoek naar vrijwilligerswerk laat nog altijd een grote bijdrage van kerkelijk actieven zien²⁴. Maar wellicht worden ze binnen de zorginstellingen als zodanig niet herkend.

Veel problemen lijken zorginstellingen niet te hebben rondom vrijwilligers in de zorg. Als zorginstellingen over problemen met vrijwilligers spreken gaat het vooral om het aantal: ze hebben er te weinig of zijn te weinig beschikbaar. Daarbij zeggen ze ook dat ze geen beroep op de kerken kunnen doen voor extra vrijwilligers. De kerken worden dus niet gezien of ervaren als een instantie die vrijwilligers zou kunnen leveren. Het is daarbij de vraag of zorginstellingen ooit wel eens daadwerkelijk een beroep hebben gedaan op kerken daarvoor²⁵.

Vanuit de vraag naar de kerkelijke betrokkenheid bij de zorg, moeten we dus stellen dat de kerken voor zorginstellingen niet zichtbaar worden door het vrijwilligerswerk.

²⁴ Zie bijvoorbeeld J. de Hart & P. Dekker (2000). Kerkelijke en maatschappelijk participatie in Nederland. in: M. Hooghe (red.). *Sociaal kapitaal en democratie*. Leuven/Amsterdam: Acco. pp. 147-174.

²⁵ En natuurlijk of de kerken zo'n verzoek zouden willen of kunnen honoreren. In de focusgroepen komt die vraag terug.

9.8.3 *Contact met kerken*

We zien dan dat tweevijfde van de instellingen geen contact heeft (of meldt) met de kerken; meer dan de helft heeft dat dus wel. De gemelde contacten zijn vooral met de grotere kerkgenootschappen, met de kleinere kerkgenootschappen zijn minder contacten. Dat lijkt te passen in wat we in de rapportage van de enquête naar voren brachten, namelijk dat de grotere kerken maatschappelijk gezien meer voorstellen.

In de vraag aan de zorginstellingen vroegen we naar de formele en bestuurlijke contacten. Hoe die contacten inhoudelijk worden ingevuld zal in de focusgroepen aan de orde komen.

In het Haagse deel van de inventarisatie zijn al een aantal vragen meegenomen om dat beeld verder in te vullen. Werving van vrijwilligers en inbrengen van zingevingsvragen en levensbeschouwelijke onderwerpen wordt dat het vaakst genoemd. Aspecten waarin de kerk als pleitbezorger optreedt komen we wel tegen, maar minder.

Wat de initiatieven van de kerken betreft verschilt het beeld in M. en W. met dat van Den Haag. In M. en W. is de zaak min of meer evenredig verdeeld: een derde zegt dat het regelmatig gebeurt, bij elkaar dus tweederde die meldt dat er iets gebeurt. Eenderde heeft het nooit meegemaakt.

In Den Haag hebben de meeste zorginstellingen het niet meegemaakt dat de kerken initiatieven ontplooiën.

Inbreng van de kerken wordt wel op prijs gesteld. Er wordt wat van de kerken verwacht, zou gesteld kunnen worden. Ook dit punt kan in de focusgroepen verder worden uitgediept.

10 Vergelijking enquête, casestudy en focusgroepen

Om een beeld te vormen van de kerkelijke inzet op het terrein van zorg is van twee zijden informatie verzameld: van de zijde van de kerken en van de zijde van zorginstellingen. In dit hoofdstuk willen we de gegevens met elkaar vergelijken.

Aansluitend op die informatieverzameling zijn gesprekken gevoerd in zogenaamde focusgroepen met mensen uit de kerken en mensen uit de zorginstellingen om de gegevens uit de twee delen van het onderzoek verder uit te diepen.

We beginnen met een beschouwing in hoeverre zo'n vergelijking mogelijk is, vervolgens zetten we gegevens tegenover elkaar, aangevuld met de informatie uit de focusgroepen.

Het hele onderzoek wordt nog eens overzien in het hoofdstuk Conclusies en discussie (2).

10.1 Reikwijdte van de vergelijking

De indeling die bij het enquêteonderzoek werd gebruikt was een driedeling die teruggaat op Noordegraaf, namelijk kerken als:

- deelnemer in de zorgverlening;
- participant en pleitbezorger;
- menings- en cultuurvormende kracht.

De casestudy (inventarisatie onder zorginstellingen) gaf de mogelijkheid om corresponderende informatie te verzamelen op met name de eerste twee punten. Daarbij viel in de enquête op dat de rol van de kerken als deelnemer in de zorg vooral gespeeld wordt bij zorgbehoevenden thuis. We zagen immers bezoekwerk aan ouderen thuis als belangrijkste activiteit. Dat betekent dat een groot deel van dit werk zich afspeelt buiten het gezichtsveld van de zorginstellingen en dat we een groot deel van de gemelde betrokkenheid bij de zorg niet naast de reactie van de zorginstellingen kunnen zetten.

Een tweede punt die de vergelijking wat relativeert is dat de vraagstellingen in beide onderzoeken een ander accent hebben. Binnen de kerken werkten we met een uitgebreide vragenlijst uitgezet in veel kerkelijke gemeentes (kwantitatief onderzoek). Binnen de zorginstellingen werkten we met een korte inventariserende vragenlijst (kwalitatief onderzoek). We vroegen hen allereerst naar vrijwilligerswerk in algemene termen, om vervolgens een inschatting te laten maken naar de levensbeschouwelijke achtergrond. De gegevens uit die vraag kunnen niet in kaart brengen of we hier met een activiteit van de kerkelijke gemeente van doen hebben of met persoonlijke initiatieven van kerkmensen.

De vraag naar de kerk als collectief komt wel in beeld bij de vragen naar het coördineren van het vrijwilligerswerk en de vrijwilligerspool.

De vraag naar bestuurlijk contact komt in beide delen van het onderzoek aan de orde en hier is een vergelijking goed mogelijk. Overleg tussen kerken en zorginstellingen is te vatten onder het kopje ‘formeel contact’.

10.2 Vergelijking van de onderzoeken

In de vergelijking staan we bij een aantal zaken stil. Allereerst de zichtbaarheid en herkenbaarheid van de kerken.

10.2.1 Zichtbaarheid en herkenbaarheid van de kerken

Het valt op dat de kerken niet zo heel zichtbaar zijn voor de zorginstellingen. De meeste diaconale inzet op het terrein van zorg vindt buiten de zorginstellingen plaats (bezoekwerk bij ouderen thuis); en het vrijwilligerswerk dat in de zorginstellingen plaatsvindt wordt in veel gevallen niet herkend als vrijwilligerswerk van kerkmensen. Dat maakt de kerk tot een bescheiden en soms wat onzichtbare speler op het veld van de zorg.

De gesprekken met de focusgroepen bevestigen dit beeld: men weet van vrijwilligers vaak niet of het kerkmensen zijn. Maar meer nog komt uit de gesprekken naar voren dat de contacten die kerken hebben binnen zorginstellingen, langs de lijnen van het persoonlijk pastorale contact lopen. Zorginstellingen weten dan niet dat vanuit de kerken contacten worden onderhouden.

In een van de verslagen van de focusgroepen wordt dan ook opgemerkt dat de indruk ontstaat dat er niet zozeer sprake is van kerkenwerk in samenwerking met de zorginstellingen, maar dat het werk van uit de kerken in de zorg veel meer plaatsvindt langs de kerkelijke lijnen en daarmee als het ware *naast* het werk in de zorginstellingen plaatsvindt.

Zowel binnen de zorginstellingen als binnen de kerken wordt dit betreurd. Het zou goed zijn als bekend was wat de kerken aan bezoekwerk doen en wie contactpersoon is van kerken.

In de focusgroepen zagen we een kerkelijke gemeente die zeer betrokken is bij de zorg, maar eigenlijk meer actief is bij zorg buiten de zorginstellingen. Dat is een aspect van betrokkenheid die vrijwel niet door de zorginstellingen gezien kan worden.

10.2.2 Werkvelden

Voor zover de activiteiten zich afspelen binnen de zorginstellingen zien we een aantal overeenkomsten. Zo is de bemoeienis met dagelijkse levensverrichtingen gering en ligt

de nadruk op het meer recreatieve en sociale aspect van het werk. Blijkbaar is dat het werk waar de vrijwilligersinzet plaats vindt²⁶.

Dat roept natuurlijk wel de vraag op door wie de hulp bij het gebruikmaken van rechten wordt verleend? Wie zijn daar de instanties of personen die voor de zorgbehoevende in de bres springen. De kerken slechts in geringe mate, zo zagen we. Zorginstellingen hebben eigen klachtenprocedures. Als die te kort schieten zou daar een taak voor de kerken of andere instellingen kunnen liggen.

De constatering uit de focusgroepen dat zorginstellingen soms assistentie inschakelen voor het invullen van formulieren laat zien dat rechtenassistentie wel een aandachtspunt is van zorginstellingen. Het laat evenwel onverlet dat zorgbehoevende soms steun nodig kunnen hebben als ze hun rechten binnen de zorg zelf willen halen.

10.2.3 *Afstemming van taken*

De meldingen van kerken en zorginstellingen van de verrichte taken door de vrijwilligers komen met elkaar overeen en de zorginstellingen melden dat er niet vaak problemen op het terrein van de taakafbakening zijn.

Men heeft dus blijkbaar een goede vorm van samenwerking gevonden. Bezien kan worden of dit een punt is van waaruit andere punten van samenwerking zijn te formuleren. Uit de focusgroepen komt op dit punt echter niet een helder profiel van wederzijdse wensen en verwachtingen op.

10.2.4 *Bestuurlijk contact en overleg*

In de enquête zagen we dat de bestuurlijke vertegenwoordiging van de kerken binnen zorginstellingen niet al te groot is. Het meest genoemd zijn bestuurlijke contacten met verzorgingshuizen, een op de tien hervormde en gereformeerde kerkelijke gemeentes meldt dit.

Overleg wordt vaker gemeld. De helft van de hervormde en gereformeerde kerkelijke gemeentes meldt overleg met zorginstellingen, zoals verpleeghuizen en verzorgingshuizen (88 van de 194) en ook de lutherse en remonstrantse gemeentes melden dergelijke contacten; voor de lutheranen en de remonstranten ligt dat rond de een op de drie gemeentes.

In de inventarisatie melden iets meer dan een derde van de zorginstellingen contacten met hervormde en/of gereformeerde kerken, een op de twintig met lutherse gemeentes en een op de tien met remonstrantse gemeentes. Binnen M. en W. is gevraagd naar

²⁶ Dat lijkt te passen bij wat in een onderzoek naar mantelzorg naar voren komt (J.M. Timmermans (red). (2003). *Mantelzorg. Over de hulp van en aan mantelzorgers*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. p. 215.). Hier wordt gemeld dat als zowel mantelzorg als thuiszorg aanwezig is – in termen van dit onderzoek zou dat dan zijn vrijwillige zorg en professionele zorg – er een werkverdeling optreedt. De professionele zorg is dan vooral gericht op de huishoudelijke en persoonlijke verzorging.

formele en/of bestuurlijke contacten, een verzamelcategorie dus. In Den Haag is het onderscheid wel gemaakt. Dan blijkt dat er ongeveer net zoveel bestuurlijk en formeel contact als overleg gemeld wordt.

Uit de gesprekken komt naar voren dat het in het overleg vaak gaat over de organisatie van de kerkdiensten in de zorginstelling.

Uit de vergelijking blijkt dat de zorginstellingen minder contact melden dan de kerken. En dat roept meteen de vraag op, waar dat verschil vandaan komt? Vanuit de focusgroepen kan de conclusie worden getrokken die al eerder is genoemd: het contact van de kerken gaat langs de eigen kerkelijke lijnen van het pastoraal contact. En dat wordt voor een deel niet door de zorginstellingen als zodanig gezien.

10.2.5 Kerken als pleitbezorger

In de focusgroepen is expliciet gevraagd naar de kerken als pleitbezorger als het om contacten en overleg gaat. In geen van de gevallen werd deze rol van de kerken spontaan genoemd. Na enige toelichting werd die rol vervolgens door iedereen als zinvol aangeduid.

Opvallend daarbij is dat zorginstellingen daarbij weinig eisen lijken te stellen. Het bezwaar van een overbezette agenda werd één keer genoemd en wel door een pastor, niet door een zorginstelling. Benodigde deskundigheid werd ook niet als voorwaarde gevraagd door zorginstellingen. Anders gezegd: de kerken hebben hier wel degelijk deskundigheid, namelijk zij kennen hun ‘achterban’, de mensen met wie zij contact hebben en zij horen hun ervaringen. Die ‘signalen’ horen zorginstellingen graag. Het lijkt er dan ook op dat er hier niet alleen een uitdaging voor de kerken ligt, maar nog concreter: een uitnodiging.

11 Conclusie en discussie (2)

In dit hoofdstuk worden de laatste conclusies en discussiepunten uit het onderzoek naar voren gebracht. Deze zijn verzameld uit het hier gepresenteerde materiaal, dus de enquête onder lokale kerkelijke gemeentes, de inventarisatie onder zorginstellingen en de verslagen van de focusgroepen (opgenomen in de bijlagen).

Dit onderzoek is in diverse fasen besproken binnen de begeleidingsgroep en binnen andere fora, zoals studiedagen en expertmeeting. De reactie die daar werden gegeven op de onderzoeksresultaten zijn mede verwerkt in dit hoofdstuk. De conclusies en discussiepunten worden puntsgewijs gepresenteerd.

- Het onderzoek Diaconaat en Zorg brengt in kaart wat de betrokkenheid is van lokale kerkelijke gemeentes bij de zorg. Het gaat daarbij om de betrokkenheid zoals die vanuit de kerkelijke organisatie is. Al eerder werd opgemerkt dat de individuele betrokkenheid van kerkmensen een factor van belang zal zijn binnen de zorg. Dat is hier echter niet onderzocht.
De zorg zoals die nu met name in de enquête naar voren komt is voor een groot deel *bezoekwerk aan ouderen thuis*. Dat roept dan gelijk de vraag op of dit nog wel als zorg aan te duiden valt. In eerdere besprekingen van conceptversies van dit rapport zijn vragen gesteld over deze beschrijving van zorg. Praten we niet over pastoraal bezoekwerk in plaats van zorg als het over bezoekwerk aan ouderen thuis gaat.
- Bij de start van het onderzoek is zorg geoperationaliseerd. Direct contact met zorgbehoevenden (onder de noemer kerken als deelnemer in de zorgverlening) is daar één van de uitwerkingen van. Bij de analyse van de uitslagen komt één aspect (namelijk het bezoekwerk aan ouderen thuis) sterk naar voren. Het wordt als het ware de blikvanger van de kerkelijke betrokkenheid bij zorg.
Dat neemt niet weg dat kerken het zelf als zorg hebben gelabeld. Bij het begin van het onderzoek is de operationalisering uitgebreid besproken, vervolgens is een vragenlijst opgesteld met begeleidingsbrief. In de vragenlijst en de brief is beschreven wat wij in dit onderzoek onder zorg ontstaan en naar welke kerkelijke betrokkenheid we benieuwd zijn. Het is dus op grond van de zelfinschatting van de respondenten en op grond van de analyse dat maar een deel van de zorg in de schijnwerpers komt te staan.
- De kerkelijke betrokkenheid bij de zorg is voor een deel onzichtbaar voor de andere spelers op het veld van de zorg, zoals de zorginstellingen. Dat valt deels te verklaren uit het feit dat de kerken vooral langs hun eigen kanalen en netwerken werken.

In de focusgroepen blijkt dat de zorginstellingen betreuren dat de kerken niet bekender zijn.

Ook voor de kerken is het wellicht beter minder ‘in stilte’ haar werk te verrichten. Onbekendheid in de zorg kan immers ook tot gevolg hebben dat kerken niet zo snel buiten hun eigen kerkelijke kanalen komen. Wanneer zorginstellingen niet weten dat kerken actief zijn in de zorg, zullen ze ook niet snel een beroep doen op kerken, noch als het gaat om direct contact met zorgbehoevenden, noch als het gaat om overleg met instanties die betrokken zijn bij zorg.

Anders gezegd: omwille van de zorg en omwille van zichzelf zou de kerken meer in de openbaarheid moeten treden.

- Dat kerken als deelnemer in zorgverlening vooral actief zijn in sociale en recreatieve activiteiten heeft deels te maken met het feit dat activiteiten als rechenassistentie en ADL door zorginstellingen worden afgeschermd in verband met privacy en deskundigheid. Deze inperking naar taken is dus deels te verklaren. De inperking naar doelgroep is lastiger te verklaren. Waarom kerken minder betrokken zijn bij terminale patiënten of psychiatrische patiënten is lastiger te verklaren.
- Als kerken overleg voeren met zorginstellingen gaat het allereerst om ‘kerkse zaken’, zoals de afspraken over vieringen en dergelijke. In ieder geval is dat het beeld uit de focusgroepen uit de twee oostelijke plaatsen.
- De focusgroep in Den Haag laat een ander beeld zien dan de focusgroepen in de middelgrote plaatsen in het oosten van Nederland. In Den Haag lijkt men zich meer bewust van de ontwikkelingen in de zorg en de zorgelijke keerzijde daarvan. Daar werd spontaan over kerken als pleitbezorger gepraat en kwam de deconcentratiethematiek spontaan aan de orde. Wat de verklaring hiervan is, is lastig te achterhalen. Het zal niet alleen komen door professionele ondersteuning bij het diaconale werk. In Den Haag is weliswaar een groot professioneel kader actief op het terrein van de zorg, maar in een van de middelgrote plaatsen in het oosten van het land is ook een professional op het gebied van diaconaat werkzaam. Wellicht speelt mee dat de thematiek in de Randstad urgenter is dan elders in Nederland.
- Er ligt voor de kerken een duidelijke rol als pleitbezorger. In Den Haag kwam dit redelijk spontaan naar voren, in de twee andere plaatsen werd dit als zinvolle suggestie gezien. Daarbij melden zorginstellingen dat ze niet eens grote deskundigheid van kerken vragen. Het gaat er blijkbaar niet eens om dat doordachte en doortimmerde verhalen in het overleg naar voren worden gebracht. Men wil eenvoudigweg verhalen en ervaringen horen, om de kwaliteit van de zorg te verhogen of op peil te houden. Hier ligt een uitnodiging voor de kerk die ze moeilijk kan laten liggen, lijkt het.

- Zorginstellingen stellen belangstelling vanuit de kerken soms op prijs. Anders gezegd: het geluid van de kerken moet niet alleen binnen zorginstellingen gehoord worden, het geluid van zorginstellingen wil ook binnen de kerken gehoord worden.
- Door de extramurale zorg lijkt een groep zorgbehoevende te ontstaan die geen geestelijke verzorging vanuit instellingen krijgen. Dat betekent dat die zorgbehoevenden die dat op prijs stellen onder de pastorale aandacht van de lokale kerkelijke gemeente komen. Het is goed als kerken zich daarvan bewust zijn en op voorbereid zijn. Een initiatief als de ontwikkeling van de zorgzone in de Haagse Moerwijk lijkt dan ook een goed project om te blijven volgen. Hier komen veel zorgbehoevende extramuraal te wonen en – dat maakt de ontwikkeling voor de kerken interessant – de kerken praten mee over de ontwikkelingen en consequenties van dit beleid.
- De situatie wordt lastiger als extramuraal wonenden op plaatsen komen te wonen waar de kerk sterk verzwakt of zo goed als verdwenen is. Dat betekent dat de betreffende lokale kerkelijke gemeente geen pastorale zorg/geestelijke verzorging kan bieden.
- Een aantal geestelijke verzorgers gaven in de focusgroepen aan dat hun werk het tij niet mee lijkt te hebben bij het management en de besluitvormers in de zorg. Het is wellicht een zaak van politieke besluiten en lobbyen bij besluitvormers om dit wettelijk recht veilig te stellen. Daarbij gaat het niet alleen om het wettelijk recht, maar natuurlijk allereerst om de zin van de geestelijke verzorging zelf.

Bijlagen

1. Vertegenwoordigers van zorginstellingen en kerken te W.

Gert de Jong van het KASKI vertelt na het welkom iets over het KASKI en het onderzoek diaconaat en zorg. Daarbij komt het doel van dit gesprek aan de orde. Van twee zorginstellingen is iemand van een begeleid wonen project en iemand van een zorgcombinatie.

Vanuit de kerken zijn twee leden van de diaconale commissie van de Remonstrantse Broederschap, een diaken van de Lutherse Gemeente en een diaken van de Gereformeerde Kerk (vrijgemaakt) aanwezig.

Tijdens de voorstelronde vertellen de vertegenwoordigers van de zorginstellingen iets over hun zorginstelling en op welke wijze er contacten met de kerken zijn, of wat de interesse is om aan dit gesprek deel te nemen.

De leden van de kerken vertellen kort iets van hun betrokkenheid bij de zorg. In de meeste gevallen zijn dat contacten met zorgbehoevenden via de netwerken van de kerken (kerkelijk bezoekwerk), of door vrijwilligerswerk op persoonlijke titel. Er blijkt slechts in geringe mate betrokkenheid bij de zorg te zijn op niveau van de organisaties, dat wil zeggen dat de diaconie/kerkelijke gemeente overlegt met zorginstellingen.

Vrijwilligers in de zorg

Allereerst gaat het gesprek over vrijwilligers in de zorg. Uit de onderzoeken onder kerken en zorginstellingen blijkt dat de inzet van vrijwilligers in de zorg zich niet bevindt op het terrein van ADL (Algemene Dagelijks Levensverrichtingen) en HDL (Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen), of helpen bij het gebruikmaken van rechten.

Vanuit de zorginstellingen wordt gezegd dat hier ook wel enige aarzeling zit (met name als het gaat om ADL), omdat de privacy in het geding is. Dat vrijwilligers niet actief zijn op deze terreinen is niet vanwege een eventueel tekort aan deskundigheid, want sommige vrijwilligers zijn ooit als professional werkzaam geweest.

Mensen in en uit bed helpen bijvoorbeeld is, op grond van afspraken over taakafbakening, iets voor de professionals.

Wel kan men zich voorstellen dat assistentie bij HDL gewenst is. Soms is daar te weinig tijd en professionele arbeid voor beschikbaar. Daarbij kan ook wat extra aandacht worden geboden aan zorgbehoevenden als vrijwilligers dergelijke taken vervullen.

Aan de kerk wordt vervolgens de vraag gesteld of zij taken als ADL en HDL zouden willen oppakken. Voor eigen gemeenteleden gebeurt het in voorkomende gevallen wel dat deze vorm van assistentie wordt verleend. Anderzijds zit veel verbreding er niet in gezien de mogelijkheden van de gemeente. Voor kleinere gemeentes zijn extra klussen vaak te veel gevraagd.

In het gesprek komt naar voren dat niet zozeer een vraag uit de zorginstellingen als wel het kerkelijk netwerk een belangrijke rol speelt als het er om gaat welke taken in de zorg worden opgepakt. Dat netwerk functioneert zowel bij het opsporen van een hulpvraag als bij het opsporen van deskundigheid.

De indruk ontstaat dat er niet zozeer sprake is van vrijwilligerswerk in samenwerking met zorginstellingen, maar dat het vrijwilligerswerk in de zorg, vanuit de kerken veel meer plaatsvindt via de kerkelijke kanalen en daarmee naast het werk dat in de zorginstellingen.

Kerk als vrijwilligerspool

Uit het onderzoek bleek dat de kerken niet zo zeer gezien of gekend worden als vrijwilligerspool. Bij een tekort aan vrijwilligers wordt dus niet snel een beroep op de kerken gedaan.

De aanwezigen van de zorginstellingen herkennen het beeld dat zij de kerken niet zozeer kennen als vrijwilligerspool, hoewel men op persoonlijke titel soms wel weet dat kerkmensen vrijwilligerswerk buiten de kerk doen.

Voor de kerken geldt allereerst dat er ook mogelijkheden zouden moeten zijn. Als kerken klein zijn en minder slagkracht hebben, kunnen ze niet snel vrijwilligers leveren en lijken kerken dus niet zo geschikt als vrijwilligerspool. Echter in groter verband, dus vanuit een samenwerkingsverband van kerken zouden kerken wellicht wel als vrijwilligerspool kunnen functioneren. Een vraag om extra vrijwilligers kan dan via dat samenwerkingsverband binnen de verschillende kerken aan de orde komen. Binnen dat samenwerkingsverband kan dan gekeken worden of de kerken op de vraag om extra vrijwilligers kunnen ingaan. Een samenwerkingsverband van kerken die de vraag om vrijwilligers kan doorspelen, kan voor kleine kerken ook mogelijkheden scheppen. Anderzijds geldt dat bepaalde kerken terughoudend zullen zijn als het gaat om interkerkelijke samenwerking.

Als kerken gekend zijn als vrijwilligerspool kan dat ook het naar binnen gericht zijn van kerken doorbreken. Ook kan een vraag vanuit zorginstellingen bijdragen dat deskundigheden bij mensen worden opgespoord die anders onbenut blijven.

Overigens wordt vanuit de zorginstellingen opgemerkt dat als er zo'n vraag naar de kerken gaat de respons soms matig is.

Voor zorginstellingen kan een gezamenlijk aanspreekpunt zinvol zijn. Het instellen van zo'n samenwerkingsverband zou bij de kerken moeten liggen om op de juiste wijze de kerkelijke achterban te kunnen mobiliseren.

Overleg en contact

In het onderzoek melden kerken vaker contact met zorginstellingen dan zorginstellingen contact met kerken. Het lijkt er dus op dat kerken voor zorginstellingen wat onzichtbaar zijn.

Dit wordt snel herkend, want dat zal te maken hebben met het feit dat de verleende zorg langs het eigen netwerk loopt. Anderzijds zou het wel goed zijn als iets meer van de kerkelijke achtergrond van zorgbehoevenden en vrijwilligers bekend is, omdat dit mogelijkheden kan openen om contacten te leggen tussen zorgbehoevenden en vrijwilligers. Bij sommige zorginstellingen gebeurt het ook wel om bij de intake naar kerkelijk achtergrond van vrijwilligers te vragen.

Overleg met zorginstellingen gaat onder andere over de organisatie van kerkdiensten en aanwezigheid van mensen van de kerken.

Door de onderzoeker wordt aan de orde gesteld of het contact tussen kerken en zorginstellingen ook op het niveau van politiek of beleid binnen de zorg zou kunnen zijn. Kerken zouden dan als het ware ambassadeur of pleitbezorger voor zorgbehoevenden kunnen zijn. Wat zij in hun bezoekwerk of andere contacten tegenkomen, kunnen zij dan in het overleg inbrengen. ‘Misstanden in de zorg’ zouden dan onderwerp van gesprek kunnen zijn.

Of dergelijk overleg en contact zinvol is hangt wel af van de onderwerpen; bemiddeling bij het zoeken naar woonruimte ligt niet op het terrein van de kerken. Wel valt te denken aan overleg met de kerken als er ingrijpend verbouwd moet worden; kerken zouden dan mee kunnen praten over wensen ten aanzien van de gebouwen en voorzieningen.

In contact kan het ook gaan over observaties van kerken/kerkenmensen: als men misstanden signaleert, kan dat worden ingebracht (stem geven aan mensen die in de verdrukking/tussen wal en schip raken).

De inbreng van de kerken is dan kritisch naar het beleid. Zorginstellingen stellen een dergelijke kritische inbreng wel op prijs. Dat verbetert de kwaliteit van de zorg. Nu vraagt dat ook wel wat van de kwaliteit van de inbreng van de kerken, je moet weten waar je over praat, merkt iemand van de kerken op. Anderzijds wordt vanuit de zorginstellingen gezegd dat de vertaalslag van concrete gevallen naar beleidsproblemen wel door de zorginstellingen gemaakt kan worden. Wat dat betreft hoeven de kerken niet ongerust te zijn dat ze daarvoor te weinig in huis hebben. Sterker nog: de kerk zou op z'n sterkst kunnen zijn als juist het verhaal van ‘gewone mensen’ wordt gehoord.

Ook hier is weer de vraag of er dan vanuit de kerken via een koepel of samenwerkingsverband zou moeten worden gewerkt, zodat de kerken vanuit één instantie dat overleg kunnen voeren.

Er is veel voor te zeggen om dat vanuit een samenwerkingsverband te doen, maar ook hier geldt dat binnen sommige kerken bepaalde samenwerkingsverbanden gevoelig

liggen. Mogelijk ligt samenwerking rondom dit soort beleidsmatige zaken wellicht eenvoudiger, dan als het om samenwerking over theologische zaken gaat.

Ter afsluiting vraagt Gert de Jong nog of er onderwerpen onbesproken zijn gebleven die volgens de deelnemers wel ter tafel hadden moeten komen.

Eén van de deelnemers wil tot slot nog kwijt dat ze vindt dat de aandacht van pastores voor (dementerende) ouderen wat onder de maat is. Als pastores op bezoek komen, gaan ze vaak naar één persoon die lid is van de eigen kerk, maar besteden dan geen aandacht aan andere bewoners. Dat zou beter kunnen.

Een van de deelnemers vraagt of het KASKI initiatief kan nemen om de initiatieven die zijn besproken onder de aandacht te brengen van het kerkelijk overlegorgaan in W. Gert de Jong geeft aan dat dit niet de taak van de onderzoeker is, maar dat de deelnemers vrij zijn met het verslag te doen wat ze willen (met in achtning van de beloofde anonimiteit).

Alle deelnemers geven aan het gesprek plezierig te hebben gevonden. Afsproken wordt dat een conceptverslag aan de deelnemers wordt gestuurd en dat men binnen een termijn van veertien dagen wijzigingen of aanvullingen kan voorstellen. Tot slot bedankt Gert de Jong iedereen hartelijk voor de constructieve inbreng.

2. Vertegenwoordigers van zorginstellingen en kerken te M.

Het groepsgesprek in M. mag feitelijk geen groepsgesprek heten. Het bleek niet mogelijk om alle mensen bij elkaar te krijgen. Afgesproken is om individuele gesprekken telefonisch af te nemen.

Hierdoor was het minder goed mogelijk om meningen en overwegingen van gesprekspartners rechtstreeks met elkaar in gesprek te brengen; de onderzoeker heeft dit zoveel mogelijk proberen te ondervangen door als intermediair op te treden in de gesprekken. Dit verslag is een samenvatting van de afzonderlijke gesprekken. Aan de gesprekken namen drie mensen van verzorgingshuizen deel, zoals locatiemanager en activiteitenbegeleiding en vanuit de kerken een pastor (van een kerkelijke gemeente waar remonstranten bij betrokken zijn) en een diaken van een Samen op Weg-wijkgemeente. De kerkelijke gemeente waar remonstranten deel vanuit maken, wordt omwille van de leesbaarheid hier kortweg *remonstrantse gemeente* genoemd.

Vier onderwerpen zijn in de gesprekken aan de orde gekomen, namelijk vrijwilligers, mantelzorg, contact tussen kerken en zorginstellingen en thema's uit de zorg. In die volgorde komen ze hier aan de orde.

Vrijwilligers

Binnen de zorginstellingen spelen vrijwilligers een belangrijke rol. Ze zijn op tal van terreinen actief. Wat de enquête naar voren komt over betrokkenheid van de kerk, lijkt te sporen met wat vrijwilligers in verzorgingstehuizen doen, namelijk vooral werk op het terrein van menselijk contact, ontspanning e.d. In de gesprekken werd ook nog genoemd: busdiensten verzorgen, gastvrouw of -heer, aanwezig bij spelletjesmiddagen. De zorginstellingen melden ook nog bij vrijwilligerswerk in relatie tot de kerken het werk dat wordt verricht rond vieringen en avondmaal en pastorale activiteiten.

Volgens de enquête bestaat het vrijwilligerswerk minder tot vrijwel niet uit algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL) en hulp bij het gebruik maken van rechten (in de enquête kort aangeduid als rechtenassistentie).

Dat er geen vrijwilligers betrokken zijn bij ADL en HDL heeft met een aantal zaken te maken: allereerst wordt dit door de zorginstellingen gezien als de bij uitstek eigen taak van professionals. Hier is namelijk een zekere professionaliteit en deskundigheid nodig. Bescherming van privacy hoort daar ook bij. Een ander aspect is dat het verrichten van huishoudelijke taken voor de verzorgenden ook contactmomenten zijn. Mede langs deze weg kunnen ze op de hoogte blijven hoe het met bewoners gaat. Een ander argument is dat men vrijwilligers liever op andere taken dan ADL en HDL inzet. Bijvoorbeeld in huiskamerprojecten of activiteitenbegeleiding.

Rechtenassistentie wordt in enkele verzorgingshuizen wel door vrijwilligers verleend. Het gaat dan om bewoners waar geen directe familie de mogelijkheid heeft om formulieren te helpen invullen. Men gaat dan wel extra secuur met de privacy van de bewoners om.

Dit sluit aan bij wat vanuit de kerken wordt gemeld. In ieder geval meldt een pastor dat het contact met zorginstellingen vooral pastoraal contact is en dat als vanuit de kerken mensen betrokken zijn bij zorgbehoevenden dit vooral in de vorm van pastoraal contact aan eigen leden is.

Vrijwilligerswerk vraagt een zekere deskundigheid en de juiste houding. Niet iedereen is dan ook voor (al) het vrijwilligerswerk geschikt. Met het oog daarop houden sommige verzorgingshuizen tevredenheidsgesprekken of functioneringsgesprekachtige gesprekken met vrijwilligers. Daarnaast bieden ze deskundigheidsbevordering aan in de vorm van cursussen of thema-avonden. Het zou te overwegen zijn om ook ‘kerkelijke vrijwilligers’ uit te nodigen voor die toerusting, maar in eerste instantie is dat toch een zaak voor de kerken of b.v. de Zonnebloem zelf, volgens een respondent uit de zorginstellingen.

Kerken worden niet zozeer gezien als vrijwilligerspool bleek uit de inventarisatie onder zorginstellingen. In de gesprekken werd dat genuanceerd door te zeggen dat zorginstellingen af en toe wel oproepen doen voor extra vrijwilligers en daarvoor ook wel oproepen laten plaatsen in kerkbladen en dergelijke. De respons is daarop meestal vrij laag. Maar als organisatie die vrijwilligers kan leveren ziet men de kerken niet echt. Dat zou de kerk ook niet kunnen, melden de kerkelijke respondenten. De SoW-respondent denkt dat daar gewoonweg te weinig mensen voor beschikbaar zijn en vindt dat als je jezelf gekend wil hebben als vrijwilligerspool, je ook continuïteit moet kunnen bieden.

In het geval van de remonstrantse gemeente is de gemeente veel te klein en zijn mensen vaak op leeftijd. Daarbij speelt ook nog het karakter van de gemeente: het zijn vooral individualisten. Ze zijn soms/vaak wel actief op het gebied van vrijwilligerswerk, ook op terreinen die als diaconaal kunnen worden omschreven (Vierde Wereld Beweging, vluchtelingen), maar op persoonlijke titel. Het hoort niet zo bij de aard van de gemeente om dat in georganiseerd verband vanuit de kerkelijke gemeente te doen.

Vanuit de zorginstellingen werd nog genoemd dat de vrijwillige vacaturebank bij uitstek de instantie zou zijn als vrijwilligerspool, maar dat men hier soms met enige terughoudendheid gebruik van maakt. Niet iedereen is immers geschikt als vrijwilliger en soms gaan mensen vrijwilligerswerk doen als afleiding, terwijl ze het nog veel te druk hebben met zichzelf. Die mensen zijn dan meestal geen geschikte vrijwilligers voor de zorg.

De respondent uit de SoW-gemeente meldt een aantal initiatieven op het gebied van zorg. Zo is zijn wijkgemeente betrokken bij recreatieve activiteiten voor ouderen. Ook heeft de wijkgemeente in samenwerking met de thuiszorg een maaltijdproject opgezet,

voor met name thuiswonende ouderen. Vrijwilligers uit de kerken en vrijwilligers van de thuiszorg werken hier samen in het aanbieden van goede warme maaltijden, wat ouderen de gelegenheid geeft om met anderen te eten en zo het sociale netwerk in tact te houden (tegen vereenzaming).

Dit is een initiatief van de wijkgemeente die niet door andere wijken of kerken is overgenomen. Binnen de Raad van Kerken is er wel over gepraat, maar in de praktijk blijkt dat dergelijke overlegorganen de zaak buitengewoon kunnen vertragen.

(Het gesprek met deze diaken was ná de gesprekken met de mensen uit de zorginstellingen. Het leek niet dat de zorginstellingen die meededen met deze gesprekken, de initiatieven van de SoW-wijkgemeente kennen. Omgekeerd kent de diaken deze zorginstellingen niet goed; ze bevinden zich aan de andere kant van M.)

Mantelzorg

De respondenten uit de zorginstellingen melden dat de problematiek van de mantelzorg wel onder hun aandacht is. Men herkent dat mantelzorgers soms overvraagd kunnen worden en dat het lastig kan zijn om zorgbehoevenden en mantelzorgers uit het beknellende net van wederzijdse afhankelijkheid te halen.

Eén van de vertegenwoordigers van de zorginstellingen zegt er wel bij dat het niet door iedereen gezien wordt dat mantelzorgers niet meer weg kunnen uit de zorgclaim van zorgbehoevenden.

In een van de verzorgingstehuizen probeert men in contact te komen met mantelzorgers door folders te verspreiden. Ook probeert men zorgbehoevenden te stimuleren naar de dagopvang te gaan, om mantelzorgers te ontlasten.

Men wil een luisterend oor bieden voor mantelzorgers, maar tegelijk zijn de mogelijkheden beperkt: zorginstellingen zijn geen maatschappelijk werk.

Voor alle respondenten van de zorginstellingen geldt dat zij vooral in contact komen met de problematiek van de mantelzorg wanneer zich dit afspeelt rondom zorgbehoevende bewoners.

Vanuit de kerk is de betrokkenheid bij de mantelzorg vooral op individuele basis. De pastor van de remonstrantse gemeente heeft eens overwogen om een gespreksgroep voor mantelzorgers op te zetten, maar twijfelt of er voldoende belangstelling voor zal zijn omdat men de thematiek liever niet in kerkelijk verband bespreekt.

Het is een paar keer voorgekomen dat gemeenteleden erg hun best hebben gedaan om mantelzorgers te ontlasten. Dat is vaak een kwestie van lange adem: telkens maar weer opnieuw hulp aanbieden. Dergelijke initiatieven zijn vooral persoonlijke initiatieven en geen kerkelijk beleid.

Dat ligt binnen de SoW-wijkgemeente anders. Daar wilde men wat doen op het terrein van mantelzorg en heeft toen eerst goed geïnformeerd bij mediadiakenen die zelf mantelzorgers waren. Vanuit die gesprekken is een plan opgesteld. De kerkelijke ge-

meente heeft nu een lijst met vrijwilligers die in geval van een acute hulpvraag kunnen bijspringen.

Ook heeft men (op advies van de mantelzorgende medediakenen) contact opgenomen met het steunpunt mantelzorg dat in de gemeente M bestaat. Wanneer structurele hulp nodig is (hetzij aan zorgbehoevende, hetzij ter ontlasting van mantelzorgers) verwijst men door naar dit steunpunt.

Overleg en contact

Bij de bespreking over het overleg en contact tussen zorginstellingen en kerken werd geen bestuurlijk contact genoemd. Eén zorginstelling was van gereformeerde origine, maar de bestuurlijke banden zijn allang niet meer aanwezig.

Contact is er in eerste instantie over zaken rondom kerk en geloof, dus bijvoorbeeld rond vieringen of over pastoraat. Verder onderschrijven vrijwel alle respondenten de stelling dat de kerk wat onzichtbaar blijft. Dat zal er deels mee te maken hebben dat bezoekwerk, ook als het van professionele pastores is, redelijk individueel gebeurt. Vanuit het perspectief van de kerken heeft men dan contact in zorginstellingen, vanuit het perspectief van zorginstellingen ziet men slechts individuele bezoekers bij hun bewoners.

Zowel de zorginstellingen als de pastor menen dat het beter is als naar elkaar gecommuniceerd wordt dat mensen van de kerk namens de kerk contact met zorgbehoevende hebben. Dat kan zinvol zijn als er contact met de kerk moet worden opgenomen. Het kan evengoed zinvol zijn als blijkt dat bewoners aangeven contact te willen met de kerk of met een pastor als ze over fundamentele levensvragen willen praten wanneer het einde van het leven nadert. Binnen de zorginstelling weet men dat met wie men contact kan opnemen. In één geval is er goed contact en daar is zowel kerk als zorginstelling zeer over tevreden. Hier zijn goede contacten opgebouwd met een pastor die betrokkenheid bij de instelling toont. Vanuit zo'n contact kan dan zinvol gewerkt worden.

Het is wel van belang dat men elkaar blijft informeren wie namens wie contactpersoon is.

Contact kan zinvol zijn, maar één respondent ziet ook wel de nodige problemen. Betekent dit nu dat zorginstellingen met alle pastores afzonderlijk contact moeten onderhouden? Dat is dan een intensieve tijdsinvestering. Of betekent het dat er vanuit de kerken en pastores een aanspreekpunt moet zijn? In dat geval komt er weer een overlegorgaan binnen de kerken bij en wordt de toch al volle agenda van pastores extra gevuld.

Vanuit een zorginstelling wordt aangeboden om eens nader kennis te komen maken met de zorg. Het beeld dat mensen van verzorgingshuizen hebben, zou wel eens achterhaald kunnen zijn. Dan is het goed om je te laten informeren hoe het op dit moment is in de zorg. Vanuit de kerken wordt dit als een zinvolle uitnodiging gezien.

Maar een van de gespreksdeelnemers zegt dat ze twijfelt dat als zo'n uitnodiging komt, het prioriteit krijgt. De ander zou de uitnodiging met beide handen aanpakken. Het is nu misschien nog niet te zeggen wat op de agenda van het overleg komt te staan, maar in het overleg toon je wederzijdse betrokkenheid en kun je op z'n minst elkaar informeren hoe je met de thema's uit de zorg bezig bent. Overigens moet deze respondent toegeven dat de beschikbare menskracht misschien een probleem zou kunnen zijn. Maar hij zou de uitnodiging wel aanpakken.

Contact tussen kerk en zorginstellingen zou over ethische zaken kunnen gaan, maar waarschijnlijk hebben de zorginstellingen hun eigen bronnen voor ethische bezinning en het is maar helemaal de vraag of zorginstellingen op overwegingen van kerken zitten te wachten, zegt de pastor.

Contact tussen kerken en zorginstellingen waarbij de kerk als pleitbezorger optreedt van zorgbehoevenden wordt door niemand spontaan genoemd, maar lijkt na enige bespreking voor de meesten zinvol. De zorginstellingen melden nadrukkelijk dat kritische geluiden zinvol kunnen zijn: het kan de kwaliteit van de zorg verhogen. Wat dat betreft hoeft de inbreng niet per se aan criteria te voldoen: men is eenvoudigweg benieuwd naar ervaringen van derden.

Vanuit de kerk bestaat wel enige schroom: men wil niet betuttelend of bemoeizuchtig overkomen. Wanneer de kerk als pleitbezorger voor zorgbehoevenden in de bres springt bestaat daarbij ook nog eens het gevaar dat men voor mensen gaat spreken, die dat zelf helemaal niet op prijs stellen.

Thema's uit de zorg

Het beleid van extramuralisering en deconcentratie betekent onder andere dat mensen zo lang mogelijk op zichzelf blijven wonen. Soms betekent dit dat mensen te laat in een verzorgingshuis komen, mede door lange wachtlijsten. Dit kan tot gevolg hebben dat men het verzorgingshuis moet 'overslaan' en gelijk door gaat naar een verpleeghuis.

Extramuralisering werkt goed als mensen een oogje in het zeil houden. Kerken zouden wat kunnen betekenen op dit punt, maar een van de respondenten meldt dat burenhulp ook vaak goed werkt. Zo heeft een kerkelijke wijkgemeente geprobeerd een telefooncirkel op te zetten voor alleenwonenden. De gedachte erachter is dat de mensen elkaar iedere dag bellen. Je hebt dan in ieder geval iemand gesproken en je houdt een oogje in het zeil. Er bleek weinig belangstelling voor te zijn, waarschijnlijk omdat er toch al burenccontacten waren.

Vanuit de zorginstellingen kan men zich goed voorstellen dat kerkmensen signalerend bezig zijn. Van de kant van de kerk wordt aarzeling uitgesproken. Soms probeer je hulp te bieden terwijl dat niet op prijs wordt gesteld; dat is dan erg frustrerend. Daar-

naast, zo meld de pastor van de remonstrantse gemeente, zouden binnen haar gemeente de mensen dit liever niet in georganiseerd kerkelijk verband doen.

Overigen zaken

Aan het eind van het gesprek bood de onderzoeker de mogelijkheid om nog andere zaken naar voren te brengen. Eén van de respondenten merkte op dat kerken hun diaconaat ook gestalte kunnen geven in financiële steun. Het is denkbaar dat een kerk geen menskracht heeft, maar wel geld.

Een ander merkt op dat het goed zou zijn als diaconieën onderling meer inhoudelijk contact zouden hebben. Ook wordt gezegd dat de indruk wel eens ontstaat dat door de toenemende professionalisering binnen de zorg de menselijkheid soms wat achterop raakt.

Alle deelnemers kijken goed terug op het vraaggesprek.

3. Vertegenwoordigers zorginstellingen en kerken in Den Haag

Bij het gesprek zijn drie mensen die werkzaam zijn binnen zorginstellingen aanwezig (een geestelijk verzorger van protestantse achtergrond, een humanistisch raadsman en een zorgkundige) en drie mensen vanuit de kerken (twee diakenen en een ouderling die een aantal diaconale taken in haar pakket heeft). Het verslag is gemaakt door Gert de Jong van het KASKI. Dit verslag en een samenvatting en herordening van hetgeen in het gesprek naar voren kwam.

De volgende onderwerpen kwamen in het gesprek aan de orde:

- contact en overleg tussen kerken en zorginstellingen
- ontwikkelingen in de zorg
- activiteiten en mogelijkheden van de kerken

Contacten en overleg

Het contact tussen kerken en zorginstellingen kan op verschillende manieren gestalte krijgen en verschillende inhouden hebben.

Contact over vieringen en pastoraat

Onder andere kwam naar voren dat er contact is doordat kerken vieringen organiseren in instellingen en pastorale contacten hebben. Over de vormgeving, de inroostering en dergelijke wordt dan overleg gevoerd. Dat overleg gebeurt lang niet in alle gevallen in een soepele relatie, in andere gevallen weer wel.

De situatie in zorginstellingen is soms zo dat er naar verhouding weinig christenen als bewoner in de huizen wonen. Daardoor lijkt het soms dat de directie niet veel ruimte meer willen bieden aan christelijke vieringen.

Contact door giften aan zorginstellingen en bewoners

Een andere vorm van contact is doordat kerken giften geven aan instellingen of aan bewoners van instellingen. Die zorginstellingen staan dan gedurende een tijd in de belangstelling binnen de gemeente en wordt aandacht aan betreffende instelling gegeven.

Collegiaal contact

Contact tussen collega's (geestelijke verzorger en pastores) is een derde vorm van contact. Bij dat contact, dat door een van de geestelijke verzorgers wordt genoemd,

zijn de kerken breed vertegenwoordigd: rooms-katholiek, hervormd, evangelische broedergemeente, Ghanese kerken enz.

In dit overleg gaat het over wat er binnen de eigen gemeente speelt, of bezint men zich op de plaats van de spiritualiteit binnen het eigen werk.

Geen contact

Eén van de deelnemers meldt dat er juist helemaal geen contact is tussen kerken en zorginstelling. Wel komen sommige kerkmensen langs om bewoners op te halen naar de kerkdiensten, maar daar blijft het toe beperkt.

Dat contact wordt wel gemist, omdat het soms lastig is om de christelijke identiteit vorm te geven. Zo staat in een huis het lezen uit de Bijbel ter discussie. Dat heeft mede te maken met het feit dat personeel lang niet altijd een christelijke achtergrond heeft en dat de bewonerspopulatie steeds meer multicultureel wordt. In zo'n situatie is het goed om je te kunnen bezinnen op de plaats van bijbellezen in de instelling en zou enige ondersteuning vanuit de kerken gewenst zijn.

Dat contact kan al zijn om eens op bezoek te komen bij de instelling en vragen hoe het gaat.

Ook zou contact met kerken kunnen betekenen dat kerkmensen bewoners van de instellingen bezoeken. Door andere gespreksdeelnemers wordt gezegd dat zij dergelijk contact wel kennen (zie hiervoor contact via vieringen en pastoraat).

Formeel of persoonlijk contact

Vaak zijn contacten met instellingen op persoonlijke titel, pas later bleek bij een van de deelnemers dat veel vrijwilligers een kerkelijke achtergrond heeft. Mensen zitten wel vanuit de kerken, formeel ook wel namens de kerken, maar het heeft vaak de indruk dat de contacten erg op de persoon zitten. Die personen bepalen dan vaak wel de kracht van de contacten en de samenwerking. Dit wordt door een aantal mensen herkend.

Het zou daarom goed zijn als mensen zich voorstellen als vertegenwoordiger van de kerk. Misschien zit er wel schroom om dat te doen, maar het is wel eerlijk om daar open in te zijn. Kerken zijn niet gewend om zich te profileren en te laten zien wat ze doen. Wat ze doen, doen kerken vaak in stilte.

De informatie wie vanuit de kerken contact onderhoudt kan verwateren. Daarom is het van belang om manieren te vinden dat de informatie actueel blijft. Iemand meldt dat in het huisorgaan naam en adres van een contactpersoon wordt genoemd.

Regelmatig overleg maakt ook dat de naam en de achtergrond van contactpersonen bekend blijft.

Ontwikkelingen in de zorg

Een aantal ontwikkelingen komt ter spraken.

Verscheidenheid aan levensbeschouwelijke achtergronden

Instellingen krijgen steeds meer te maken met de verschillende levensbeschouwelijke achtergronden van de bewonerspopulatie. Instellingen moeten dan vormen vinden om recht te doen aan die achtergrond en in die bezinning meenemen welke rol de identiteit van de instelling daarin speelt.

Soms zijn er instellingen waarvan de bewonerspopulatie geen afspiegeling is van de bewonerspopulatie van de wijk waarin de instelling staat.

Dat neemt niet weg dat veel instellingen een multiculturele bewonerspopulatie hebben en dat daarom gezocht moet worden naar manieren waarop de verschillende religieuze achtergronden ruimte krijgen in het beleid. Ook ten aanzien van geestelijke verzorging en vormgeving van bijeenkomsten.

Verzakelijking van de zorg

Een andere ontwikkeling is dat thuiszorg steeds meer verzakelijkt en in termen van efficiëntie wordt gemeten. Men constateert dat als thuiszorg zo strak afgemeten wordt, de menselijke aspecten in het gedrang lijken te komen.

Ook bestaat het gevaar van vereenzaming, mensen hebben immers maar heel kort contact met thuiszorgers en daarna geen contacten.

Geestelijk verzorgers spelen in deze soms een controlerende rol (overigens kan dat net zo goed gelden voor mensen die vanuit de kerken contacten onderhouden met zorgbehoevenden). Doordat zij in contact staan met zorgbehoevenden horen en zien zij wat de consequenties kunnen zijn van het zorgbeleid.

Extramuralisering

Als derde punt werd de extramuralisering genoemd, de ontwikkeling dat zorg zo veel mogelijk buiten instellingen wordt verleend.

Eén van de gespreksdeelnemers merkt op dat dit beleid ook zeker zijn positieve kanten heeft. Hij constateert dat mensen soms ervaren als ze op zichzelf kunnen wonen, buiten een instelling.

Anderzijds worden ook zorgelijke ontwikkelingen gezien. Hier werd genoemd dat de kans op vereenzaming groter wordt (zie ook hiervoor genoemd). Dit hangt onder andere samen met het feit dat geestelijke verzorging wel tot het standaard dienstenpakket hoort van mensen in instellingen, maar niet bij mensen die extramuraal wonen. Formeel valt in dat geval de geestelijke verzorging weer onder de pastorale zorg van de kerk in wiens wijk men woont (in het geval het om christelijke geestelijke verzorging gaat). Vanuit de kerken merkt men daarover op dat in sommige wijken de kerk zo goed als verdwenen is en er dus een leemte in geestelijke/pastorale zorg ontstaat.

Wanneer bewoners om geestelijke verzorging vragen, mogen geestelijke verzorgers uit instellingen daar wel op in gaan, maar ze mogen hun diensten niet aanbieden.

Een manier om uit dit probleem te komen zou kunnen zijn om een deel van het persoonsgebonden budget te besteden aan 'in te kopen' geestelijke verzorging. Dan moet dat wel geld voor gerekend worden, maar daar moet het wellicht toch wel heen, vindt een van de deelnemers. Niet iedereen kan dit van harte onderschrijven.

Voordeel daarvan is dat geestelijke verzorging daarmee een vorm van zorg is die maatschappelijk gezien vergelijkbaar is met andere vormen van zorg.

Hoe precies vorm te geven aan betaalde geestelijke verzorging blijft wel een lastige vraag.

Geestelijke verzorging

Het blijkt dat bij het management van instellingen soms minder belang aan geestelijke verzorging wordt gehecht. Allereerst is er een beperkte opvatting van geestelijke verzorging; het wordt verstaan als van doen hebbend met geloof.

Officieel hoort in het takenpakket van de geestelijke verzorging ook de zorg voor personeel. Maar de tijd is soms zo krap bemeten dat je daar niet aan toe komt. Dat staat in schril contrast met het feit dat werken in de zorg geestelijk erg zwaar kan zijn. Het gering aantal uren voor geestelijke verzorging zal wel een kwestie van financiën zijn, maar het is maar de vraag in hoeverre de financiële situatie een rol moet spelen in de discussie hoe geestelijke verzorging vorm gegeven moet worden.

Er wordt door de gespreksdeelnemers met de overweging gespeeld of de kerken financieel moeten bijdragen aan de geestelijke verzorging. Morele ondersteuning is in ieder geval belangrijk.

Activiteiten en mogelijkheden van de kerken

Tegen de achtergrond van wat hiervoor is samengevat werden een aantal mogelijkheden voor kerken besproken en werd geïnventariseerd wat kerken doen en deden.

Sociale kaart

Binnen een kerkelijke gemeente heeft men een sociale wijkkaart gemaakt. Dit is gebeurd in samenwerking tussen hervormd, gereformeerd en rooms-katholiek. Daarbij zijn toen ook wijkagent en andere welzijnswerkers, doktoren, mensen van zorginstellingen. Het leverde een aantal vragen en aandachtsvelden op. Zoals: wie helpt mensen die net uit het ziekenhuis komen aan boodschappen, medicijnen, e.d. Er zijn wel instanties die problemen op deze terreinen signaleren, zoals doktoren, maar mogen dat vanuit het ambtsgeheim niet aan anderen doorgeven. Als mensen zelf dan niet aan de bel trekken, kun je wel vermoeden dat er problemen (zullen) ontstaan, maar je kunt er niets aan doen.

Tegelijk speelt een rol dat er binnen de kerk vaak niet voldoende mensen zijn om op de vragen en uitdagingen in de buurt in te gaan.

Inloop en aandacht

In het gesprek wordt gezegd dat men van een wijkgemeente gehoord heeft dat zij kinderopvang op woensdagmiddag in de buurt hebben. Op die manier speelt de wijk in op behoeften die in de buurt leven.

Verder hebben de Haagse kerken ook het Aandachtscentrum, een inloopcentrum voor de stad.

Reageren op verzakelijking en vereenzaming

Hiervoor werd bij de ontwikkelingen in de zorg al geconstateerd dat verzakelijking en – soms daarmee samenhangend – vereenzaming gevolgen van beleid zijn. De kerken hebben hier een maatschappelijke functie om er op te wijzen dat zorg hier versmald wordt tot technische handelingen. Dat geluid zouden ze tegen beleidsmakers of politiek moeten laten horen.

Het management binnen de zorg zal hierin niet het juiste adres zijn, want die lijken soms ook aan handen en voeten gebonden.

Vanuit de kerken herkent men deze ontwikkelingen, het baart ook zorg. Maar het zal heel moeilijk zijn om veranderingen door te krijgen. Men wil wel wat doen, maar je hebt vaak de mensen niet om er wat aan te doen. En het blijkt ook niet eenvoudig om duidelijke strategieën te noemen of aan te geven wat de kerken zouden kunnen doen in reactie of aansluiting op de genoemde ontwikkelingen.

Overleg met belangengroepen en overlegorganen

Iemand merkt op dat ouderencontact en het gevaar van vereenzaming ook onder aandacht is van instanties zoals PCOB. Een aantal deelnemers meent dat de kerk wel betrokken is bij de PCOB, maar de kerkelijke gespreksdeelnemers hebben niet goed zicht op wat bijvoorbeeld de PCOB doet.

Daarnaast wordt nog genoemd de Haagse Gemeenschap van Kerken of de Raad voor Levensbeschouwing als fora waar de thematiek aan de orde kan komen. Van hieruit zou men ook als pleitbezorger op kunnen treden.

Een wijkgemeente is eigenlijk te klein om als pleitbezorger bij de politiek op te treden. Dan moet men eerder op centraal niveau denken. Overigens heeft niet iedereen evenveel vertrouwen in de politiek. Beter is misschien om de ontwikkelingen te schetsen, van daaruit te schetsen wie met die ontwikkelingen te maken hebben en met die instanties overleggen. Dat zullen kerken en belangenorganisaties zijn. In een platform

van betrokkenen kan de kerk dan haar stem laten horen. De vraag is dan wie daartoe het initiatief zou moeten nemen.

Het is hier wel van belang dat er professionele krachten bij betrokken zijn, die ook kunnen communiceren met vrijwilligers.

Een voorbeeld waar kerken dicht op de ontwikkelingen zitten is de ontwikkeling van de woonzorg-zone in Moerwijk. De kerken proberen hier in overleg te treden met alle betrokkenen. Dit is een mooi voorbeeld van wat hiervoor als wens wordt genoemd.

Daarnaast is het als reactie op de ontwikkelingen goed mogelijk om als kerken bij de media aan te kloppen. Wanneer men via de media de publieke opinie kan beïnvloeden kan dat grote impact hebben en politici gevoelig maken voor de thematiek.

Geestelijke verzorging

Kerken zouden in overleg met VGVZ (Vereniging van Geestelijke Verzoekers in Zorginstellingen) kritisch moeten kijken of geestelijke verzorging wel voldoende tot zijn recht kan komen.

Tot slot

Tot slot geven de deelnemers aan goed op het gesprek terug te kijken en hebben kunnen zeggen wat ze wilden. Ook blijkt een gesprek als dit zinvol te zijn om dingen van elkaar te leren. Men vraagt zich af of een gesprek als dit geen vervolg zou moeten krijgen.

4. Tekst van de aanbiedingsbrief

Geachte mevrouw, mijn heer,

Graag vragen wij uw medewerking voor het onderzoek Diaconaat en zorg dat door het KASKI wordt uitgevoerd in kerkelijke gemeentes van de Nederlandse Hervormde Kerk, de Gereformeerde Kerken in Nederland, de Evangelisch-Lutherse Kerk in het Koninkrijk der Nederlanden en de Remonstrantse Broederschap. De resultaten van dit onderzoek kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het werk vanuit de kerken aan zorgbehoevenden en mensen die zorgbehoevenden ondersteunen.

In deze brief leest u iets over de achtergronden van het onderzoek en waar het in het onderzoek om gaat.

Vervolgens leggen wij aan u uit waarom wij u benaderen voor het onderzoek en welke medewerking wij van u vragen.

Het verzoek om uw medewerking aan het onderzoek wordt aanbevolen door Kerkinactie waarin o.a. de Samen op Weg-kerken en de Remonstrantse Broederschap samenwerken. Het onderzoek vindt plaats binnen plaatselijke gemeentes van de Remonstrantse Broederschap, de Evangelisch-Lutherse Kerk in het Koninkrijk der Nederlanden, de Gereformeerde Kerken in Nederland en de Nederlandse Hervormde Kerk.

achtergronden van het onderzoek

Tal van kerken en kerkelijke gemeentes zijn op diverse manieren betrokken bij de zorg. Op welke wijze kerken betrokken zijn en kunnen zijn is onderwerp van het onderzoek diaconaat en zorg. Het onderzoek diaconaat en zorg is een deel van een breder project over diaconaat dat door dr. H. Noordegraaf van de Theologische Faculteit van de Universiteit van Utrecht wordt uitgevoerd. Een onderdeel van dit project wordt door het KASKI uitgevoerd. Het is voor dit onderdeel dat wij uw medewerking vragen.

Het KASKI is één van de oudste sociaal-wetenschappelijke instituten van ons land. Van oudsher richt het KASKI zich vooral op vraagstukken rond kerk, godsdienst en levensbeschouwing, en samenleving. Het KASKI doet onderzoek in opdracht van tal van instanties. De opdrachtgevers zijn kerkgenootschappen, maatschappelijke, veelal identiteitsgebonden organisaties en overheidsinstellingen zoals bijvoorbeeld, Nederlandse Zondagsschool Vereniging, KRO, Ministerie van Justitie, de Nederlandse bisdommen, Samen op Weg-kerken en Nierstichting Nederland. Het KASKI heeft een samenwerkingsovereenkomst met de Katholieke Universiteit Nijmegen

Dit onderzoek wil in kaart brengen hoe de kerken actief zijn op het terrein van zorg. De zorg is een breed en omvangrijk terrein dat zich uitstrekt over alle sectoren in de samenleving waar wordt gewerkt aan de kwaliteit van het leven. In ons onderzoek spitsen we dit toe op een specifiek segment van zorg. We bedoelen dan onder andere zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg, mantelzorg en zorg verleend door

vrijwilligers (informele zorg) aan chronisch zieken en terminale patiënten, psychiatrische patiënten, ouderen, en mensen met een verstandelijke en/of lichamelijke handicap. Ook ondersteuning aan mensen die zorg verlenen hoort bij het onderwerp van dit onderzoek.

Er zijn verschillende manieren waarop kerken actief kunnen zijn op het terrein van zorg. Zo kunnen mensen vanuit de kerk bezoekwerk doen bij mensen die zorg behoeven, hen met raad of daad bij staan. Anderen houden zich vanuit de kerken mogelijk bezig met de organisatie van bezoekwerk of hulp aan zorgvragers. Evenzo kan vanuit de kerken bestuursfuncties binnen zorginstellingen worden bekleed.

Overleg met beleidsinstanties is ook een manier waarop de kerk betrokken is bij diaconaat en zorg. In dat geval vindt er met enige regelmaat overleg plaats tussen mensen vanuit de kerk, met mensen van de overheid, politiek, zorginstellingen of maatschappelijke organisaties, om de ervaringen vanuit de kerk over de zorg te bespreken. Weer een andere mogelijkheid kan zijn dat er vanuit de kerken aandacht is voor mensen die zorg verlenen aan burens, familie of anderen. (Een verdere toelichting vindt u in de vragenlijst.)

We hopen dat de resultaten van het onderzoek, samen met de andere gegevens van dr. Noordegraaf, resultaten zullen opleveren die zinvol en bruikbaar zijn voor de plaatselijke kerken en gemeentes en hun diaconaat.

waarom wij u benaderen

Bij de term diaconaat denken we natuurlijk allereerst aan de diaconie. Nu is diaconaat meer dan alleen het takenpakket van diakenen. Diaconaat staat voor dienst van de kerk aan de samenleving. Bezoekwerk aan zorgbehoevenden mag ook diaconaat worden genoemd. In uw kerkelijke gemeente valt dit wellicht binnen de taken van de ouderlingen of anderen die met pastoraat bezig zijn (denk aan bezoekgroepen, HVD). Een andere keer zijn bepaalde diaconale activiteiten misschien ondergebracht bij een (diaconale) werkgroep.

Uw diaconie heeft naar wij inschatten echter wel het beste zicht op deze situatie. Vandaar dat wij deze brief aan u sturen.

waarvoor vragen wij uw medewerking

Zoals vermeld willen we met dit onderzoek een inventarisatie maken van kerkelijke diaconale activiteiten op het gebied van zorg. Voor deze inventarisatie hebben wij een vragenlijst opgesteld die bij deze brief is gevoegd. Wij verzoeken u deze vragenlijst vanuit de diaconie in te vullen.

U zult in de vragenlijst ook de vraag aantreffen of er andere groepen, commissies of organen binnen uw kerkelijke gemeente zijn die actief zijn op het terrein van diaconaat en zorg. Als dat zo is, willen we deze groepen ook graag benaderen voor dit onderzoek. Vandaar ons verzoek om het adres en de naam van de contactpersoon (personen) van deze groepen, commissies of organen; wij zullen hen dan namelijk ook een vragenlijst toe sturen.

Daarnaast willen we aan predikanten/pastores vragen naar de activiteiten op het terrein van diaconaat en zorg. Ook zij ontvangen van ons een vragenlijst. Die vragenlijst is eveneens bij deze brief gevoegd.

Zo vragen we dus uw medewerking om:

1. zelf de vragenlijst in te vullen;
2. de vragenlijst voor predikanten/pastores door te geven aan uw (wijk-)predikant/pastor
3. naam en adresgegevens van groepen, commissies en organen uit uw kerkelijke gemeente die actief zijn op het gebied van diaconaat en zorg aan ons door te geven via de vragenlijst.

Voor de goede orde onderstrepen we nog dat uw gegevens anoniem worden verwerkt. De naam van uw kerkelijke gemeente bovenaan de vragenlijst is alleen maar om administratieve redenen opgenomen. Bij de verwerking van de gegevens en de verslaglegging spelen de namen van de kerkelijke gemeentes geen rol meer.

Van harte hopen wij op uw medewerking. Daarvoor willen wij u bij voorbaat hartelijk danken. Mochten er overigens nog vragen zijn over dit onderzoek, dan kunt u daarover contact opnemen met de onderzoeker van het KASKI voor dit onderzoek, Gert de Jong (Postbus 6656; 6503 GD Nijmegen; (024) 365 35 32; g.d.jong@kaski.kun.nl;

5. Tekst voorblad vragenlijst predikanten/pastores

In deze vragenlijst gebruiken we de term diaconie en diakenen. U mag hier ook lezen diaconale commissie en diaconieleden, termen die meer gangbaar zijn binnen de Remonstrantse Broederschap.

Vooraf

Deze vragenlijst is gemaakt met het oog op een inventarisatie van initiatieven en activiteiten vanuit de kerken op het gebied van diaconaat en zorg. Met diaconaat bedoelen we meer dan alleen ‘dat wat de diaconie doet’. We omschrijven het als dienst vanuit de kerk(en) aan mensen met het oog op het verminderen en zo mogelijk wegnemen van nood. Hierbij horen individuele hulp en ondersteuning, bestrijden van maatschappelijke en politieke oorzaken van noden en het opkomen voor de positie van mensen in nood.

In dit onderzoek richten we ons op een beperkt segment van zorg, namelijk zorg aan ouderen, chronisch zieken en terminale patiënten, psychiatrische patiënten en mensen met een verstandelijke en/of lichamelijke handicap. Ook ondersteuning van mensen die zorg verlenen hoort bij het onderwerp van dit onderzoek. Bewustwording en het onder de aandacht brengen van thema’s uit de zorg horen eveneens bij dit onderzoek. We maken een onderscheiding tussen ‘zorg’ en ‘verpleging’. Verpleging is gericht op herstel en genezing (denk hierbij aan verpleging in een ziekenhuis), terwijl zorg wordt verleend in situaties waar geen sprake (meer) is van genezing of herstel. Zoals vermeld, gaat het in dit onderzoek om zorg en niet om verpleging.

Samengevat gaat dit onderzoek dus om kerkelijke initiatieven en activiteiten ten behoeve van de zorg aan chronisch zieken en terminale patiënten, psychiatrische patiënten, ouderen en mensen met een verstandelijke en/of lichamelijke handicap.

Als u niet zelf rechtstreeks betrokken is bij de zorg, maar dit heeft uitbesteed, gedelegeerd of overlaat aan andere werkgroepen, commissies of organen in uw gemeente, vul dan onderaan deze vragenlijst de naam/namen van deze organen in met hun adressen en stuur de vragenlijst, zonder de andere vragen in te vullen, aan ons terug. In dit geval heeft u geen betrokkenheid meer bij de zorg, maar zijn er georganiseerde groepen met zorg bezig.

Het kan zijn dat u wel betrokken bent bij zorg, maar niet de zorg voor groepen waar het in dit onderzoek om gaat. In het gedeelte ‘vooraf’ bij deze vragenlijst kunt u aangeven of u betrokken bent bij andere vormen van zorg, dan waar dit onderzoek op zich op richt.

Vervolgens blijft de mogelijkheid dat er andere groepen in de kerkelijke gemeente zijn die wel zorg aan chronisch zieken en terminale patiënten, psychiatrische patiënten en

ouderen en mensen met een verstandelijke en/of lichamelijke handicap geven. Wilt u ons dan op deze groepen attent maken, door aan het einde van deze vragenlijst hun naam en adres te vermelden.

Natuurlijk is het ook mogelijk dat u helemaal niet betrokken bent bij de zorg en dat u daarmee eigenlijk de vragen niet kunt beantwoorden. Ook dan ontvangen we deze vragenlijst graag van u terug. Bij een inventarisatie naar diaconaat en zorg hoort immers ook de constatering dat er predikanten/pastores zijn die geen betrokkenheid bij de zorg hebben.