



MAMMAROSA

Beleidsplan 2020 - 2025

Steen in de vijver
richtinggevend en inspirerend

Inhoud

Hoofdstuk 1	
Inleiding en Doelstelling	3
Hoofdstuk 2	
Borstkanker en doelgroepen beleid.....	5
Hoofdstuk 3	
Droom, belofte, kernwaarden en waardefoto per stakeholder.....	9
Hoofdstuk 4	
Theorie of Change / Wat doet Mammarosa?.....	11
- Input-output -impact model z.....	12
- Theory of Change model	13
Hoofdstuk 5	
Middelen, activiteiten, organisatie en financiering.....	14
Hoofdstuk 6	
Wat heeft Mammarosa bereikt de afgelopen 5 jaar?	17
Hoofdstuk 7	
Activiteitenplannen.....	18
Bijlagen in supplement	
Bijlage 1 Overlevingskans borstkanker en doelgroepenbeleid en literatuurlijst	20
Bijlage 2 Betekenis geven aan onze kernwaarden door betrokkenen van Mammarosa.....	24
Bijlage 3 Volledige waardefoto.....	25

1 maart 2020

Auteurs:

Ilja van Haaren, voorzitter bestuur Mammarosa

Samia Kasmi, lid van het bestuur Mammarosa Rotterdam

Petra van de Voorde, lid van het bestuur /penningmeester Mammarosa

Inleiding

Voor u ligt het beleidsplan van Mammarosa 2020 – 2025 met als doel:

- Richting geven aan de inspanningen en activiteiten van Mammarosa, oftewel alle neuzen dezelfde kant op te krijgen.
- Toegevoegde waarde voor onze doelgroep en de maatschappij verhogen.
- De basis vormen van Mammarosa in Nederland (landelijk) en de regionale stichtingen. Zowel Mammarosa landelijk als de individuele regio's voegen aan dit plan jaarlijks hun activiteitenplannen en begroting toe. Eventueel aangevuld met een specifiek paragraaf per stad met hun eigen inbreng.
- Basis om subsidie op aan te vragen en fondsen te werven en ANBI status te rechtvaardigen.
- Imago en bekendheid van Mammarosa te versterken.
- Betrokkenen te informeren, inspireren en te binden.
- Basis om projecten te initiëren en samenwerkingsverbanden aan te gaan.

Hoe is dit plan tot stand gekomen?

Basis voor dit plan waren twee strategische sessies. Bij de eerste sessie waren alle bestuursleden van de vier stichtingen, Mammarosa landelijke, Amsterdam, Den Haag en Rotterdam aanwezig. In deze sessie zijn de kernwaarden en belofte van Mammarosa geformuleerd en is bepaald wat wij doen en wat wij daarmee willen bereiken. De uitkomst van deze sessies is opgenomen in het Input- Output-Impact model.

In de tweede strategische sessie met alle stakeholders hebben wij inhoud gegeven aan onze kernwaarden:

- Wat betekenen ze voor onze doelgroep?
- Wat kunnen wij ermee?
- We hebben ook gezamenlijk het model "waardefoto" ingevuld, waarin we per belanghebbende bepaald hebben waar wij nu goed in zijn en wat wij kunnen verbeteren?

In deze sessie kwam al snel naar boven dat niets doen geen optie is en dat verandering en vernieuwing om meer toegevoegde waarde aan onze stakeholders te leveren noodzakelijk zijn. Vervolgens zijn we met een klein team het beleidsplan gaan schrijven, gebruikmakend van deskresearch, het oude beleidsplan, de strategische sessies en beschikbare data. Een eerste concept is goedgekeurd in de bestuursvergadering van 3 februari 2020.

Ontstaan van Stichting Mammarosa

De Stichting Mammarosa is opgericht in 2006. Oprichtster en initiatiefneemster Lide van der Vegt begon in 2003 met Mammarosa activiteiten. In eerste instantie waren alle activiteiten puur vrijwilligerswerk. Vanaf 2006 kwam er ook wat ruimte om voor bepaalde activiteiten een vergoeding te geven aan vrijwilligers en freelancers. Sinds een aantal jaren ontvangt de Stichting subsidies voor specifieke projecten. Vooral van Pink Ribbon en de Gemeente Den Haag en Rotterdam, daarnaast ook incidenteel, zoals de Prof Muntendamprijs in 2013, de HC Dirvenprijs, Astra Zeneca, etc. De structurele jaarlijkse kosten worden tot op heden betaald vanuit giften van veelal particuliere donateurs.

Doelstelling stichting Mammarosa

Mammarosa heeft als doelstelling het bevorderen van kennis en communicatie over borstkanker onder vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden in het bijzonder naar anderstalige en laaggeletterde vrouwen. Deze vrouwen hebben een andere benadering nodig dan vrouwen die bereikbaar zijn via de reguliere informatievoorziening over borstkanker.

Mammarosa richt zich op voorlichting over preventie en vroege detectie van borstkanker en op de ondersteuning van patiënten via lotgenotencontact en met de voorlichting(sfilms).

Aanpak is anders op verscheidene vlakken:

- de wijze waarop informatie wordt overgebracht;
- de hoeveelheid informatie;
- deze vrouwen functioneren vaak in isolement;
- en niet te vergeten informatie over bevolkingsonderzoek. Dit is in landen van herkomst een onbekend fenomeen.

Borstkanker en doelgroepenbeleid

Borstkanker is wereldwijd de meest voorkomende kankersoort bij vrouwen, met jaarlijks ruim een half miljoen sterfgevallen. In Nederland sterven jaarlijks circa 3.000 vrouwen aan de gevolgen van borstkanker. Dit is ondanks het feit dat het een kankersoort is die vroegtijdig kan worden opgespoord: niet alle vrouwen maken in gelijke mate gebruik van preventieve borstkankerscreening. Als borstkanker vroegtijdig wordt opgespoord stijgt de overlevingskans omdat het eenvoudiger is om kleine, niet uitgezaaide tumoren te behandelen. Om deze reden is in 1989 een landelijk bevolkingsonderzoek naar de ziekte ingevoerd. Alle vrouwen tussen de 50 en 75 jaar worden elke twee jaar opgeroepen om hieraan deel te nemen. Deelname is kosteloos en vrijwillig.

De opkomst van autochtone vrouwen is hoog (84 procent) vergeleken met de Europese Norm (75 procent). De opkomst van niet-westerse vrouwen in Nederland is lager dan de Europese Norm, vooral onder Turkse (62 procent) en Marokkaanse (54 procent) vrouwen. Het betreft hier vooral vrouwen van de eerste generatie. Uit cijfers blijkt dat de lage opkomst van Turkse en Marokkaanse vrouwen vooral waarneembaar is in de Randstad, omdat een groot deel van deze vrouwen daar woont (72,1 procent).

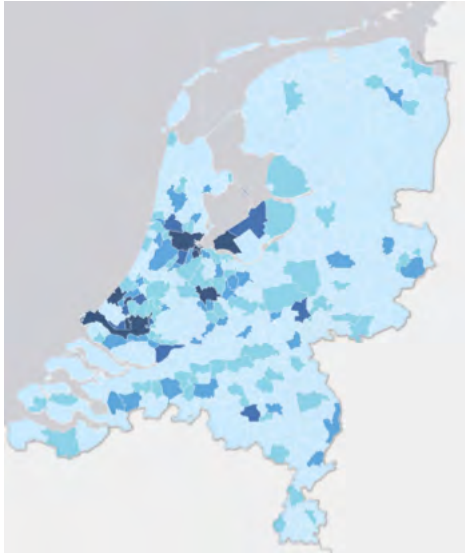
Afgelopen twee decennia hebben enkele onderzoekers gepoogd te achterhalen wat de oorzaak is van deze lage opkomst. Uit diverse kwantitatieve onderzoeken is gebleken dat lage gezondheidsvaardigheden een van de belangrijkste oorzaken zijn voor de lage opkomst bij bevolkingsonderzoeken. Verder blijkt uit deze onderzoeken dat ook cultuur, religie, angst en schaamte hierbij een belangrijke rol spelen. Gezondheidsvaardigheden die in acht genomen zijn, zijn kennis, het opleidingsniveau en het beheersen van de Nederlandse taal.

Gezondheidsvaardigheden, ook wel 'health literacy' genoemd, zijn door Ratzan en Parker (2000) als volgt gedefinieerd: *"gezondheidsvaardigheden zijn de mate waarin individuen het vermogen hebben om informatie te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van zorggerelateerde besluiten"* (Rademakers, 2014:8). Hoewel meerdere definities van gezondheidsvaardigheden bestaan, wordt de definitie van Ratzan en Parker dikwijls gebruikt. De reden hiervoor is dat deze definitie wereldwijd breed wordt gedragen en het meest gangbaar is.

Wanneer deze definitie wordt toegepast op de eerste generatie vrouwen, dan blijkt dat zij in het algemeen beschikken over lage gezondheidsvaardigheden. Zij hebben immers nauwelijks of geen onderwijs gehad, zowel in Nederland als in het land van herkomst. Bovendien beheersen zij de Nederlandse taal onvoldoende. Hierdoor is het vermogen om informatie over borstkanker te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en uiteindelijk te gebruiken bij de overweging om deel te nemen, bij deze vrouwen beperkt. De gevolgen van een gebrek aan gezondheidsvaardigheden kunnen groot zijn. Zo kunnen zij minder goed omgaan met ziekte en maken frequente fouten met het innemen van geneesmiddelen (NIVEL 2020).

Doordat vrouwen minder goed worden bereikt door de preventieve screening, wordt kanker bij deze groep vaker in een later stadium ontdekt. Vanwege deze latere opsporing wordt de overlevingskans bij deze vrouwen verkleind ten opzichte van autochtone vrouwen die frequent deelnemen aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. De kans dat een behandeling effectief aanslaat, is bij deze vrouwen lager. Dit heeft negatieve gevolgen voor de gezondheid van deze groep vrouwen. Om de gezondheid van deze vrouwen te bevorderen is het dus van essentieel belang dat zij gebruikmaken van de mogelijkheid tot preventieve screening.

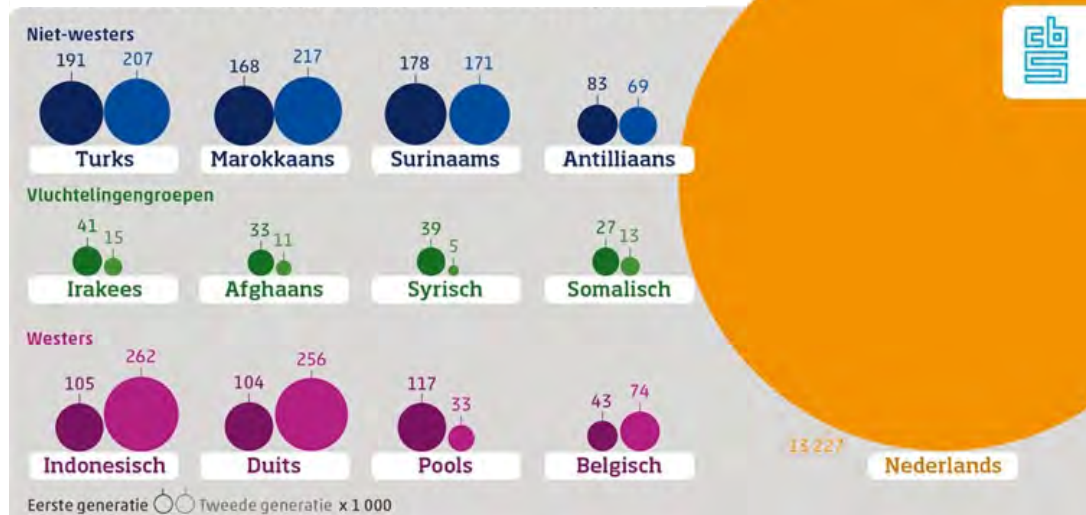
Om deze groep vrouwen beter te bereiken en vroege opsporing van borstkanker te realiseren, zijn door stichtingen in de Randstad de afgelopen jaren verschillende interventies geïmplementeerd.



Migranten in Nederland

In Amsterdam, Rotterdam en Den Haag heeft meer dan 30 procent van de inwoners een niet-westerse achtergrond (CBS, 2019). De vier grootste niet-westerse groepen in Nederland hebben een Turkse, Marokkaanse, Surinaamse of Antilliaanse achtergrond.

Grootste bevolkingsgroepen naar achtergrond



Afbakening doelgroep

Primair richt Stichting Mammарosa zich op alle vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden. De kern van onze activiteiten is altijd inclusiviteit van alle achtergronden.

In dit beleidsplan worden de twee (significant) grootste niet-westerse bevolkingsgroepen Turken en Marokkanen nader uitgewerkt.

Surinamers en Antilianen zijn in tegenstelling tot de eerdergenoemde twee bevolkingsgroepen bekender met de Nederlandse cultuur en spreken relatief vaker Nederlands. Toch komt het bij deze bevolkingsgroepen ook vaak voor dat zij lage gezondheidsvaardigheden hebben. Vluchtelingengroepen, zoals Syriërs, Irakezen, Afghanen en Somaliërs worden bereikt via vluchtelingenorganisaties en de AZC's. Afhankelijk van de stad of regio wordt er door Mammарosa meer of minder ingezet op deze vrouwen.

1. Wij richten ons op vrouwen met een migrantenachtergrond en/of lage gezondheidsvaardigheden (uit alle generaties). Rekening houdend met taboes en angsten uit de eigen cultuur en met bijvoorbeeld onbekendheid met het fenomeen bevolkingsonderzoek.
2. Specifieke talen voor website en informatiemateriaal zijn Turks, Marokkaans, (Arabisch en Berbers) en eventueel Chinees en Frans en Spaans. Uit de praktijk blijkt dat hier de meeste behoefte aan is.
3. Migratieachtergrond Turken en Marokkanen

Marokkanen

Geografie

Marokko, gelegen in het noorden van Afrika, is een koninkrijk met circa 35 miljoen inwoners (Obdeijn, 2012). Dit land heeft een rijke cultuur, die mede is gevormd door een smeltkroes van Berberse en Arabische invloeden.

Religie

Het geloof staat centraal in Marokko: ruim 98,7 procent van de bevolking is moslim (WI, 2018). In Marokko is de Islam niet enkel een religie, maar ook een levenswijze. De islam neemt op verschillende terreinen een centrale rol binnen de samenleving in (Rijkschroeff en The, 2011). Dit geldt zowel voor de privésfeer (huwelijk en opvoeding) als voor het openbare leven (onderwijs en handel).

Gezondheidszorg

De gezondheidszorg in Marokko is op te splitsen in de private en publieke sector (Rijkschroeff en The, 2011). De publieke sector is vrij toegankelijk en gratis voor iedere burger. Deze sector wordt gefinancierd door de overheid. De private sector is slechts toegankelijk voor de rijke burgers.

Naast de reguliere geneeskunde kent dit land ook alternatieve geneeswijzen (Van Bommel en Stockmann, 2013; Rijkschroeff en The, 2011).

In Marokko wordt preventieve zorg in geringe mate ingezet, omdat de focus voornamelijk wordt gelegd op curatieve zorg (Van Bommel en Stockmann, 2013). Marokko kent geen landelijk bevolkingsonderzoek naar borstkanker zoals Nederland (Ibid.).

Migratie

Sinds de jaren 60 is er een instroom van Marokkaanse migranten in Nederland. De eerste migranten in Nederland waren arbeidsmigranten (Rijkschroeff en The, 2011). Het merendeel van arbeidskrachten is niet teruggekeerd naar Marokko. Zij hebben zich gevestigd in Nederland en hebben hun partner en/of kinderen naar Nederland gehaald (ibid.).

Positie in Nederland

De eerste generatie Marokkaanse vrouwen hebben slechts contact met de vrouwen uit hun eigen gemeenschap, die meestal ook uit dezelfde streek in Marokko afkomstig zijn (Rijkschroeff en The, 2011). Als de Marokkaanse cultuur wordt vergeleken met de Nederlandse cultuur, waar van alles wordt besproken, is de Marokkaanse cultuur gesloten en kent deze vele taboes. Familie is voor de Marokkanen cruciaal en deze heeft een prominente rol bij het nemen van beslissingen, wat bij de Nederlanders in mindere mate het geval is (ibid.). De maatschappelijke positie van de eerste generatie vrouwen die meer dan dertig jaar in Nederland is, laag is. Zo zijn de vrouwen afhankelijk van derden als het gaat om het bezoeken van overheidsinstanties of zorginstellingen (De Graaf, 2011; Rijkschroeff en The, 2011).

Turken

Geografie

Turkije ligt voor een deel in Zuidoost-Europa en een deel in Zuidwest-Azië. Het land heeft ruim 80 miljoen inwoners (CIA, 2018). De Turken hebben van origine niet allemaal dezelfde roots. De meest voorkomende subgroepen zijn: Oghuz-Turken, Armeniërs, Arabieren, Lazen, Assyriërs, Circassiërs en Koerden (ibid.).

Religie

De voornaamste godsdienst die in Turkije wordt aangehangen is de Islam (96 procent).

Gezondheidszorg

In Turkije is de gezondheidszorg in te delen in drie sectoren, namelijk verzekeringssector, overheidssector en particuliere sector (Rijkschroeff en The, 2011). Eenieder in Turkije kan gratis gebruikmaken van de gezondheidszorg van de overheidssector; deze sector is voor iedereen vrij toegankelijk.

Net als in Marokko wordt preventieve zorg in geringe mate ingezet (Van Berkum en Smulder, 2018). Turkije kent geen landelijk bevolkingsonderzoek naar borstkanker.

Migratie

De migratiegolf van Turken is begonnen in de jaren zestig van de vorige eeuw (Akgündüz, 2013). De meeste Turkse vrouwen van de eerste generatie zijn vanwege gezinshereniging naar Nederland gekomen (ibid.).

Positie in Nederland

De eerste generatie Turken, zowel de mannen als de vrouwen, houden zich vast aan hun tradities. De Turkse vrouwen van de eerste generatie hebben een lage positie in de Nederlandse samenleving. Zij zijn niet alleen afhankelijk van hun naasten, maar ook geïsoleerd van de Nederlandse samenleving vanwege hun huiselijke positie (De Graaf, 2011).

Voor meer informatie over dit onderwerp en de literatuurlijst zie bijlage 1

Droom, belofte kernwaarden en waardefoto per stakeholder

Mammarosa kiest er voor om onze kernwaarden, droom en belofte die we hebben en hoe we deze droom en belofte gaan waarmaken centraal te laten staan. Kernwaarden bepalen de mogelijkheden die wij ons als organisatie geven; het is de basis van waaruit keuzes gemaakt worden. Door die keuzes wordt de richting bepaald van onze strategie en resoneren zij in onze kernwaarden en hoe wij onze belofte aan de doelgroep gaan waarmaken.

In bijlage 2 is de betekenis van deze kernwaarden verder uitgewerkt door onze stakeholders.



Waardefoto

Samengevate Waardeanalyse betrokkenen Mammarosa

Per belanghebbende is aangegeven door alle stakeholders op welke aspecten wij goed presteren en waarde leveren, daarnaast zijn elementen genoemd waarop verbetering mogelijk is en wij niet goed genoeg presteren. De integrale waardeanalyse is opgenomen in de bijlage. Vanuit de met alle stakeholders gemaakte waardeanalyse is door het bestuur een keus gemaakt waarop wij ons willen focussen de komende jaren. Wij hebben per belanghebbende een sterke waarde uitgekozen die we willen behouden en wij hebben per belanghebbende een zwakke waarde uitgekozen waar we ons op willen ontwikkelen. In bijlage 3 staat de volledige waarden analyse.

Belanghebbende	Gekozen sterke waarde prestatie die we willen behouden Waarop presteren we goed volgens de belanghebbende	Gekozen zwakke waarde prestatie waarop we ons willen ontwikkelen Waarop presteren we niet goed genoeg volgens de belanghebbende
Vrijwilligers	Waardering voor de vrijwilligers in de vorm van aandacht, dagje uit, thee enzovoorts.	Meer training en vervolgcursussen
Lotgenoten	Buddy's en persoonlijke aandacht	Lotgenoten beter bereiken
Subsidiegevers, Fondsen, Gemeenten, Pink Ribbon, KWF, sponsors, particulieren, service club,	Informatieoverdracht gaat goed	Waardering en kennis van Mammarosa bij fondsen moet omhoog
Verwijzers, zoals mamma-care verpleegkundigen, huisartsen, oncologen, Oncologische-oedeem-Fysiotherapeuten Thuiszorg, wijkcentra en Buurthuizen	Meertaligheid, ondersteunend	Meer persoonlijk contact/ kortere lijnen, actieve benadering verwijzers
Patiëntenverenigingen, BVN	BVN doet de inhoud wij brengen datgene waarin wij ons onderscheiden	Meer ruchtbaarheid aan Mammarosa bij BVN
RIVM Bevolkingsonderzoek borstkanker	Cultuursensitieve deskundigheid	Voorlichting laten aansluiten (qua timing) bij bevolkingsonderzoek (projectmatig oppakken in wijken)
Kennisinstituten, Pharos, Stichting borstkankeronderzoek. NIVEL	Niet bekend bij Mammarosa stakeholders	Contact zoeken Stichting Ned kanker en werkdag (NKWD)

Theory of Change

Wij hebben ervoor gekozen om gebruik te maken van de theory of change (ToC). Dit is allereerst uitgewerkt in het input-output-impact model en vervolgens in het TOC model. Hierbij een korte beschrijving. Bronnen zijn: MDF.NL; Wildeganzen.nl en goededoelennederland.nl

ToC laat zien waarom jouw organisatie de dingen doet, zoals zij ze doet. Sociale verandering is vaak gebaseerd op impliciete of expliciete overtuigingen. Door deze te benoemen maakt de organisatie duidelijk op basis waarvan ze denkt verandering te bewerken. In een ToC beschrijf je zo helder mogelijk de weg, de veranderpaden, inclusief stappen en aannames, die nodig zijn om de droom en maatschappelijke effecten te realiseren. Een ToC document legt uit op welke wijze de opstellers van een ToC denken dat verandering plaats zal vinden. Het beschrijft de inhoudelijke aannames achter de beoogde verandering (Carol Weiss, VS, 1995). Een ToC beschrijft de 'theorie' (niet wetenschappelijk), hoe men denkt dat verandering plaatsvindt.

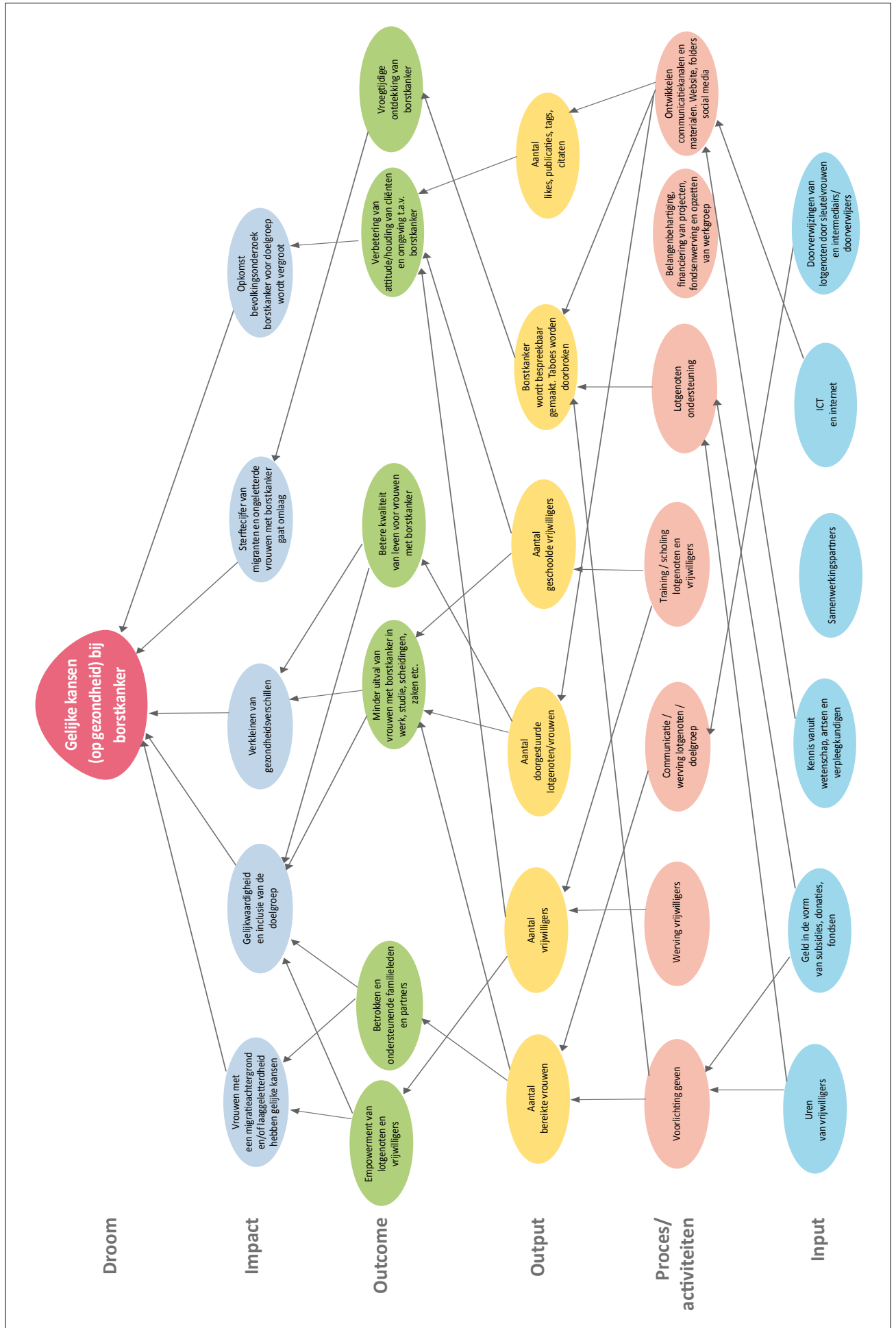
Het maken van een ToC is zowel een proces als een product. Het is enerzijds een serie stappen, waar de dialoog centraal staat en waar je samen onderzoekt hoe een beoogde maatschappelijke verandering tot stand komt. Het is anderzijds ook een product; de visualisatie van de ToC laat zien, ook aan relatieve buitenstaanders, hoe jij het proces van maatschappelijke verandering begrijpt en wilt werken aan impact. Een ToC is niet statisch, maar ontwikkelt naarmate de tijd en ervaring van de organisatie zich ook verder ontwikkelt. Het proces kent een aantal stappen, dat je samen doorloopt. Het product Het product ToC kent meestal twee dimensies: Een algemeen deel, dat als doel heeft de gehele verandering te begrijpen. Een specifiek deel, dat laat zien aan welke veranderknoppen een organisatie of een samenwerkingsverband wil/kan draaien. Dit wordt ook wel Theory of Action genoemd.






ToC is een kaart om je van hier (beginsituatie) naar je beoogde resultaat (op langere termijn) te brengen. Het is een andere wijze om naar interventies te kijken: in plaats van meteen te focussen op wat je doet (inspanningen) en dat vanzelfsprekend te vinden, eerst kijken naar wat je wil bereiken (resultaten). ToC maakt vooronderstellingen (relatie tussen interventies onderling en tussen interventies, acties, voorwaarden, outcomes en resultaten) expliciet en plaatst die in een logische samenhang (een veranderingspad of veranderingslogica). ToC legt verbanden die logisch zijn en gebaseerd zijn op de best mogelijke kennis (feiten) en inzichten van het moment. Deze feiten en inzichten zijn weer zo veel als mogelijk gebaseerd op onderzoek en/of ervaring.

Het gaat om een representatie (liefst ook in een grafische of schematische weergave) van hoe en waarom een complex veranderingsproces zal slagen en onder welke voorwaarden. Zo krijg je een logisch kader dat uitlegt waarom je welke acties onderneemt en een veranderingslogica met ingebouwde indicatoren die je zicht geven over je vorderingen en helpen om je impact aan te tonen. In dit proces maak je vooronderstellingen expliciet.

Op de volgende pagina wordt dit voor Mammarosa in kaart en beeld gebracht.

Door onze doelstellingen te definiëren, geven we onze prioriteiten aan en de weg daar naar toe.



<p>Wat is het probleem dat we proberen op te lossen </p>	<p>Cultuur, religie, angst en schaamte speelt een rol bij borstkanker.</p> <p>Borstkanker wordt veel later ontdekt en behandeld.</p> <p>Opkomst van niet westerse vrouwen is veel lager dan autochtone vrouwen bij het borstkankeronderzoek</p> <p>Er is nog weinig kennis</p>	<p>Wat is onze ingang om ons publiek te bereiken </p>	<p>Ontwikkelen voorlichtingsmateriaal dat aanslaat bij doelgroep</p> <p>Werving en training van vrijwilligers</p> <p>Geven van voorlichtingen en lotgenotencontact</p> <p>Werving van fondsen</p> <p>Kennis delen met wetenschappers medische staf</p>	<p>Welke stappen zijn nodig om de verandering te realiseren </p>	<p>Aantal voorlichtingen en bereikte personen</p> <p>Aantal contacten van en met lotgenoten</p> <p>Aantal geschoolde vrijwilligers en betaalde kracht.</p> <p>Bijdrage aan onderzoeken</p>	<p>Wat is het meetbare effect van ons werk </p>	<p>Vroegtijdige ontdekking en behandeling van borstkanker.</p> <p>Minder uitval van vrouwen in werk, studie gezin.</p> <p>Betere kwaliteit van leven</p> <p>Inclusie en emancipatie</p>	<p>Wat zijn de toegevoegde waarde </p>	<p>Vrouwen met een migratieachtergrond en/of laaggeletterdheid hebben betere kansen te genezen van borstkanker.</p> <p>Verkleinen van gezondheidsverschillen en stigma.</p> <p>Opkomst bevolkingsonderzoek vergroten</p>	<p>Wat is de lange termijn verandering die we zien als doel / Impact </p>	<p>Aanname, alleen als:</p> <p>Als borstkanker nog minder snel ontdekt wordt en minder goed geneest bij deze doelgroep</p>	<p>Aanname, alleen als:</p> <p>Vrouwen en hun naasten info en ondersteuning nodig hebben en willen aanvaarden</p>	<p>Aanname, alleen als:</p> <p>Als we vrijwilligers en middelen (ICT, organisatiestructuur, geld) beschikbaar hebben</p>	<p>Aanname, alleen als:</p> <p>Doelgroep kunnen bereiken</p>	<p>Aanname, als:</p> <p>Staf kan activiteiten organiseren</p>	<p>Aanname, als:</p> <p>Overheden, fondsen, en medische hulpverleners meewerken</p>	<p>Stakeholders:</p> <p>Vrouwen met een migratieachtergrond, laaggeletterdheid, lage gezondheidsvaardigheden</p>
--	--	---	--	--	--	---	---	--	--	---	---	--	---	---	--	--	---

Middelen, activiteiten, organisatie en financiering

Middelen

Ten behoeve van het uitvoeren van haar activiteiten maakt Mammarosa gebruik van onderstaand beschreven middelen. Per middel is uitgewerkt welke ontwikkeling we beogen voor de komende periode.

1. **Website en app.** Mammarosa heeft een website en de Mammarosa borstkanker voorlichting app waarin voorlichtingsfilmpjes in meerdere talen beschikbaar zijn. Dit materiaal is tevens bedoeld ter ondersteuning voor het geven van Voorlichtingen en Lotgenotenondersteuning. Naast het reguliere (technische) onderhoud van de website en de app zal Mammarosa de komende jaren besteden aan het actualiseren van het materiaal. Bij deze actualisatie wordt tevens beoogd een duurzaam onderhoudbaar systeem neer te zetten.
2. **Voorlichtingsmateriaal.** Voor het geven van voorlichting wordt gebruik gemaakt van de Mammarosa website en de Mammarosa borstkanker voorlichting app. Voor voorlichtingen zijn echter ook hard copy materialen, zoals folders en ondersteunend beeldmateriaal nodig. Mammarosa zal de komende jaren het beschikbare voorlichtingsmateriaal samenbrengen en actualiseren. Bij deze ontwikkeling wordt nadrukkelijk samengewerkt met de regionale Mammarosa stichtingen.
3. **Vrijwilligers.** Stichting Mammarosa kan haar activiteiten uitvoeren dankzij de inzet van vrijwilligers. Voor het voortbestaan van de stichting is het daarom van groot belang om deze vrijwillige energie te behouden en voortdurend te blijven vernieuwen.

Vrijwilligers van nu hebben andere wensen dan die van 10 jaar geleden. Zij hebben andere prioriteiten en drijfveren en willen zich op verschillende manier inzetten. Vrijwillige energie is er nog voldoende, maar de manier waarop die energie ingezet wordt is continu in beweging. Daarop inspelen is belangrijk: aansluiten bij de behoeften en wensen van vrijwilligers.

Het vrijwilligersbeleid van Stichting Mammarosa geeft aan waarom zij met vrijwilligers werkt en wat zij belangrijk vindt in de samenwerking met en tussen vrijwilligers. Het legt vast wat de taken en verantwoordelijkheden zijn en wat de rechten en plichten zijn van zowel de vrijwilliger, als van Stichting Mammarosa. Het vrijwilligersbeleid bevat ook een gestructureerd actieplan dat aangeeft hoe zij vrijwilligers wil werven, selecteren, begeleiden, scholen, belonen en behouden.

Op basis van het vrijwilligersbeleid heeft Mammarosa als doel de komende jaren voldoende vrijwilligers te werven en behouden om de activiteiten te kunnen uitvoeren.

4. **Samenwerkingspartners.** Mammarosa werkt, zowel voor inhoudelijke ondersteuning als voor het contact leggen met de doelgroep, samen met samenwerkingspartners. Samenwerkingspartners zijn onder meer zorgverleners (met name huisartsen met veel patiënten in achterstandswijken en mamma-care verpleegkundigen en oedeem-fysiotherapeuten, (de laatste twee hebben vaak meer tijd voor de patiënt om ze door te verwijzen), organisaties die zich richten op anderstaligen en laaggeletterden, moskeeën en andere religieuze organisaties, buurthuizen en consultatiebureaus. Om de kennis en inzichten van Mammarosa de komende periode nog beter te benutten, wordt ingezet op intensievere samenwerking met de genoemde samenwerkingspartners.
5. **Geld** in de vorm van subsidie, fondsen of giften. Stichting Mammarosa ontvangt geen structurele financiering voor haar activiteiten. Dit betekent dat de stichting per project financiering moet verkrijgen. De financiële dekking voor de kosten voor het in standhouden van de organisatie wordt gevonden in incidentele bijdragen en giften van voornamelijk particulieren.

Activiteiten

Mammarosa kent de volgende 5 hoofdactiviteiten:

1. Het **Ontwikkelen van voorlichtingsmateriaal** en het toegankelijk maken van dat materiaal via de website www.mammarosa.nl in meerdere talen en via de Mammarosa Borstkanker app. Momenteel zijn meer dan 50 voorlichtingsfilmpjes in 12 talen beschikbaar. Daar dit materiaal door alle recente ontwikkelingen die elkaar steeds sneller opvolgen op het gebied van kanker nauwelijks up to-date kan gehouden worden, brengen we dit terug naar max vijf talen en wellicht minder filmpjes die wel regelmatig vernieuwd kunnen worden. Dit materiaal is tevens bedoeld ter ondersteuning voor het geven van *Voorlichtingen* en *Lotgenotenondersteuning*.
2. Het geven van **Voorlichtingen**, via directe voorlichtingsbijeenkomsten en door het stimuleren van het gebruik van de website door diegenen (de secundaire doelgroep, zie 4) die voorlichting kunnen geven aan de primaire doelgroep: vrouwen met een migratieachtergrond en/of lage gezondheidsvaardigheden.

Voorlichting wordt gegeven door opgeleide voorlichters die zelf ook voorlichtingen acquireren. Zij geven voorlichting aan groepen vrouwen en ook in stands tijdens evenementen.

3. Het organiseren van **Lotgenotenondersteuning** (één op één, in duo's en in groepen) en het empoweren van borstkankerpatiënten met een migratieachtergrond door hen in te zetten als vrijwilliger en door het organiseren van vrijwilligers in netwerken. Doel hiervan is om anderstalige borstkankerpatiënten een klankbord te geven en hen te ondersteunen bij hun proces van herstel en verwerking. Lotgenoten helpen elkaar.

Borstkankerpatiënten worden veelal door hun huisarts of mammacare-verpleegkundige naar Mammarosa verwezen. Zij vinden een luisterend oor en kunnen hun verhaal kwijt, meestal ook in hun eigen taal. Zij maken kennis met lotgenoten en krijgen voorlichting via de voorlichtingsfilmpjes. Zij voelen zich gesteund en krijgen meer begrip voor en controle over hun behandelingen en het Nederlandse zorgsysteem. Wij streven er steeds meer naar om actief contact op te nemen met onze doelgroep nadat wij bericht hebben ontvangen van een doorverwijzer dat een lotgenoot hier baat bij zou kunnen hebben. Het is voor deze doelgroep best moeilijk om zelf contact op te nemen.

Vormen van lotgenotencontact zijn: individueel spreekuur, periodieke bijeenkomsten van lotgenoten in een groep, periodieke lotgenotenwandelingen, huisbezoek, ziekenhuisbezoek, culturele gespreksondersteuning in de moedertaal bij consulten, telefonisch contact, specifieke groepsactiviteiten gericht op empowerment.

4. Het stimuleren van het gebruik van de website via **Communicatie en pr-activiteiten** naar diegenen die voorlichting kunnen geven aan de primaire doelgroep: vrouwen met een migratieachtergrond en/of lage gezondheidsvaardigheden.

De ingang om onze doelgroep te bereiken gaat vaak via de volgende relaties. Hiermee proberen we doelgericht en veelvuldig te communiceren.

- a. Voorlichters
- b. Zorgverlenershuisartsen met veel patiënten in achterstandswijken en met name, mamma- care verpleegkundigen en oncologische-oedeem-fysiotherapeuten
- c. Organisaties die zich richten op anderstaligen en laaggeletterden
- d. Moskeeën en andere religieuze organisaties
- e. Buurthuizen en consultatiebureaus

5. **Samenwerking binnen het Mammarosa netwerk** tussen de 3 regionale stichtingen Mammarosa; Mammarosa Den Haag, Mammarosa Amsterdam en Mammarosa Rotterdam Rijnmond. De regionale stichtingen Mammarosa zijn aparte en onafhankelijke juridische eenheden. Ze maken gebruik van het door de Stichting Mammarosa ontwikkelde materiaal in de vorm van de website, de Mammarosa borstkanker voorlichting app en andere materialen. Ze zijn autonoom in de organisatie van hun activiteiten. De Regionale Stichtingen richten zich primair op de stad waar ze gevestigd zijn.

De regionale Stichtingen Mammarosa delen kennis en leren van elkaar. Er worden periodieke netwerkbijeenkomsten georganiseerd voor de vrijwilligers en bestuursleden van de verschillende regionale Stichtingen Mammarosa.

Organisatie en financiering Mammarosa

Mammarosa is een Stichting geleid door een bestuur bestaande uit een voorzitter, een secretaris, een penningmeester en overige leden. Voor ieder van de 5 hoofdactiviteiten (ontwikkelen van voorlichtingsmateriaal, lotgenotenondersteuning, voorlichtingen, communicatie en pr activiteiten, samenwerking binnen het Mammarosa netwerk) is er een werkgroep van vrijwilligers. De stichting besteedt bepaalde werkzaamheden op projectbasis uit aan freelancers.

Stichting Mammarosa ontvangt geen structurele financiering voor haar activiteiten. Dit betekent dat de stichting per projectfinanciering moet verkrijgen. De financiële dekking voor de kosten voor het in standhouden van de organisatie wordt gevonden in incidentele bijdrages en giften van voornamelijk particulieren.

Stichting Mammarosa kwalificeert naar het oordeel van de Belastingdienst als ANBI (Algemeen Nut Beogende Instelling) en kan hiermee fiscaal vriendelijk giften ontvangen.

De stichting werkt met onbetaalde vrijwilligers, vrijwilligers die een vrijwilligersvergoeding ontvangen en freelancers. Mammarosa heeft geen medewerkers in loondienst. De onbetaalde vrijwilligers (waaronder alle bestuursleden) kunnen de door hen gemaakte out of pocket kosten (onder overlegging van betaaldocumenten) declareren. Betaalde vrijwilligers worden vergoed conform de door de belastingdienst geaccordeerde vrijwilligersregeling. Freelancers die voor de Stichting Mammarosa werken, ontvangen een vergoeding van maximaal 50,- per uur exclusief btw.

Stichting Mammarosa stelt jaarlijks na afloop van het boekjaar een jaarrekening op.

De door Stichting Mammarosa ingestelde kascommissie, bestaande uit penningmeesters van regionale stichtingen Mammarosa, voert jaarlijks een onderzoek uit naar de jaarrekening en de onderliggende administratie en verleent op basis van dit onderzoek decharge aan de penningmeester en het bestuur inzake het gevoerde financiële beheer van de 3 regionale stichtingen Mammarosa (Mammarosa Den Haag, Mammarosa Amsterdam en Mammarosa Rotterdam Rijnmond) vindt afzonderlijk plaats. De 3 regionale stichtingen vormen hiertoe een zelfstandige stichting en voeren een zelfstandig financieel beheer.

Wat heeft Mammarosa specifiek bereikt

Sinds de oprichting in 2014 tot en met 2019 zijn er 2200 contacten geweest van vrijwilligers met lotgenoten en per jaar worden er ongeveer 60 voorlichtingen gegeven en 10 voorlichting stands opgezet. Gemiddeld zijn er per jaar ongeveer 20 voorlichters actief, in elke stad zes a zeven vrouwen met diverse achtergrond. Rotterdam en Amsterdam zijn pas actief als individuele zelfstandige stichtingen sinds 2016. Sindsdien groeien deze aantallen. Deze groei verwachten wij de komende jaren mits we voldoende middelen hebben te kunnen continueren.

Activiteitenplannen

Activiteitenplan Mammarsosa Nederland voor het jaar 2020 is hier in schema gebracht op basis van het meerjarenbeleidsplan 2020-2025. De individuele steden waar we actief zijn hebben ieder een eigen jaarlijks Activiteitenplan.

Activiteit	Door wie	Wanneer	Kosten
Meerjarenbeleidsplan 20- 25 afmaken	IvH, SK, PvV	Feb	geen
Meerjarenbeleidplan distribueren aan alle stakeholders	IvH , RvH	Maart	
Meerjarenbeleidsplan en Vrijwilligersbeleid op website	IvH	Maart	
IT platform en activiteiten bespreken met Mathieu	IvH en RvH	Feb	500
Afspraak maken met alle landelijke Fondsen	IvH	Maart	
Afspraak met BVN en Kanker.nl voor subsidieaanvraag	IvH	maart	
Landelijke bijeenkomst vrijwilligers	bestuur	juni	250
Nieuwe website opzetten	RvH en IvH	maart/april	3500
Alle promotiemateriaal en filmpjes vernieuwen	bestuur	april	5000
Opleidingsplan maken voor vrijwilligers	bestuur	juni	500
Wervingsplan maken voor vrijwilligers	besturen		
Projectsubsidies aanvragen	besturen		
Publiciteit genereren met story telling en persberichten	allen		
Activiteitenkalender bijhouden op website	allen		
Jaarverslag en Jaarrekening maken en plaatsen op website	IvH / PvV	maart	
4 bestuursvergaderingen per jaar	bestuur	hele jaar	
Bezoek aan symposia en netwerkbijeenkomsten	bestuur	hele jaar	
Keuze voor Nieuwsbrief	allen		
ANBI status landelijk aanvragen	IvH	maart	



MAMMAROSA

1 maart 2020

Beleidsplan 2020 - 2025

Bijlagen

Overlevingskans borstkanker, doelgroepenbeleid en literatuurlijst

De overlevingskans van borstkanker in Nederland is gunstig uitgaande van het onderzoek van Allemanni et al. (2018). Nederland behoort tot de Europese landen met een relatief hoge vijfjaarsoverleving: 86,6 procent. Uit dit onderzoek is gebleken dat de overlevingskans van borstkanker de afgelopen jaar is toegenomen. Deze toename is veelal te wijten aan nieuwe, effectieve behandelingen die door vroegtijdige diagnose (screening) beter aanslaan (ibid.).

Migratieachtergrond

In deze paragraaf wordt de migratieachtergrond van Turken en Marokkanen belicht. Factoren zoals religie, cultuur, alfabetisme en gezondheidszorg komen aan bod. Daarnaast wordt de positie in de samenleving van de eerste generatie Turken en Marokkanen geschetst. Tot slot worden belangrijke overeenkomsten tussen de Turken en Marokkanen met betrekking tot zorg besproken.

Marokkanen

Geografie

Marokko, gelegen in het noorden van Afrika, is een koninkrijk met circa 35 miljoen inwoners (Obdeijn, 2012). Dit land heeft een rijke cultuur, die mede is gevormd door een smeltkroes van Berberse en Arabische invloeden.

Religie

Het geloof staat centraal in Marokko: ruim 98,7 procent van de bevolking is moslim (WI, 2018). In Marokko is de Islam niet enkel een religie, maar ook een levenswijze. De islam neemt op verschillende terreinen een centrale rol binnen de samenleving in (Rijkschroeff en The, 2011). Dit geldt zowel voor de privésfeer (huwelijk en opvoeding) als voor het openbare leven (onderwijs en handel).

Gezondheidszorg

De gezondheidszorg in Marokko is op te splitsen in de private en publieke sector (Rijkschroeff en The, 2011). De publieke sector is vrij toegankelijk en gratis voor iedere burger. Deze sector wordt gefinancierd door de overheid. De private sector is slechts toegankelijk voor de rijke burgers.

Naast de reguliere geneeskunde kent dit land ook alternatieve geneeswijzen (Van Bommel en Stockmann, 2013; Rijkschroeff en The, 2011). Een alternatieve geneeswijze wordt gekenmerkt als zorg die niet is gestoeld op de geneeskunde. Een alternatieve geneeswijzer, een 'Imalam(a)' en/of 'Lasab' en/of 'Fkih', is iemand die op een specifiek terrein als deskundige wordt beschouwd. Deze alternatieve geneeswijzers maken veelal gebruik van kruiden bij hun behandelingen. Dikwijls worden deze geneeswijzers gezien als een wijze vrouw of man aan wie ook niet-zorggerelateerd advies gevraagd kan worden (ibid.).

In Marokko wordt preventieve zorg in geringe mate ingezet, omdat de focus voornamelijk wordt gelegd op curatieve zorg (Van Bommel en Stockmann, 2013). Curatieve zorg heeft momenteel de voorkeur. In Marokko hebben vele burgers een chronische aandoening, waaronder diabetes, hypercholesterolemie en COPD, die behandeld dient te worden. Omdat de meeste burgers gebruikmaken van de publieke sector, wat door de staat wordt gefinancierd, stijgen de zorgkosten voor curatieve zorg (Ibid.). Hierdoor heeft preventieve zorg geen prioriteit gekregen van de staat. Dat de focus op dit ogenblik bij curatieve zorg ligt, neemt niet weg dat Marokko zich helemaal niet bezighoudt met preventie. Zo heeft de prinses

van Marokko, Lalla Salma, in 2010 een preventie- en controlebeleid opgesteld met als doel de burgers bewuster te maken van het belang van preventie (UICC, 2018). Met het preventie- en controlebeleid wordt getracht om preventie in een periode van tien jaar meer onder de aandacht te brengen van de burgers en om te stimuleren dat een actieve levensstijl wordt aangehouden (Ibid.). Het beleid heeft op het ogenblik voornamelijk aandacht gekregen in grote steden. Op het platteland is de aandacht echter nog gering. Marokko kent geen landelijk bevolkingsonderzoek naar borstkanker zoals Nederland (Ibid.).

Migratie

Sinds de jaren 60 is er een instroom van Marokkaanse migranten in Nederland. De eerste migranten in Nederland waren arbeidsmigranten (Rijkschroeff en The, 2011). De instroom van arbeidsmigranten is voornamelijk versneld door het wervingsakkoord (1969) dat is gesloten tussen Nederland en Marokko vanwege een arbeidstekort na de wederopbouw van Nederland. In het wervingsakkoord is opgenomen dat Nederlandse bedrijven arbeidskrachten mogen werven om zwaar laag gekwalificeerd werk te verrichten (ibid.). De verworven arbeidskrachten waren enkel mannen. Deze mannen hadden in Marokko nauwelijks of geen onderwijs genoten en waren voornamelijk afkomstig van het platteland, waar veel werkloosheid heerste. Deze mannen kregen een tijdelijke werkvergunning (ibid.). In eerste instantie was de verwachting dat zij na het tijdelijke werk zouden terugkeren naar Marokko. Echter, deze verwachting is een illusie gebleken (ibid.). Het merendeel van arbeidskrachten is niet teruggekeerd naar Marokko. Zij hebben zich gevestigd in Nederland en hebben hun partner en/of kinderen naar Nederland gehaald (ibid.). Deze familiehereniging, ook wel kettingmigratie genoemd, heeft geresulteerd in de huidige situatie, waarin ruim 370.000 inwoners in Nederland een Marokkaanse achtergrond hebben (CBS, 2018).

Positie in Nederland

De Marokkanen van de eerste generatie hebben zich voornamelijk gevestigd in de grote steden. De primaire taak van de eerste generatie vrouwen is het huishouden, het opvoeden van de kinderen en het verzorgen van de partner (Rijkschroeff en The, 2011). De eerste generatie Marokkaanse mannen zijn de kostwinners in huis. Zowel de mannen als de vrouwen hebben nauwelijks of geen onderwijs gevolgd in zowel Nederland als het land van herkomst. De mannen komen door hun werk in contact met autochtonen, waardoor zij nog enigszins de Nederlandse cultuur en gewoontes proeven. De eerste generatie Marokkaanse vrouwen hebben daarentegen slechts contact met de vrouwen uit hun eigen gemeenschap, die meestal ook uit dezelfde streek in Marokko afkomstig zijn (Rijkschroeff en The, 2011). De Marokkaanse vrouwen komen hierdoor nauwelijks in aanraking met de Nederlandse cultuur, gewoontes en taal. Zij lijken haast onzichtbaar in de Nederlandse samenleving. Als de Marokkaanse cultuur wordt vergeleken met de Nederlandse cultuur, waar van alles wordt besproken, is de Marokkaanse cultuur gesloten en kent deze vele taboes. Familie is voor de Marokkanen cruciaal en deze heeft een prominente rol bij het nemen van beslissingen, wat bij de Nederlanders in mindere mate het geval is (ibid.).

Doordat de vrouwen van de eerste generatie slechts met vrouwen uit de eigen gemeenschap (eigen kring) omgaan, houden zij hun tradities sterk in stand (De Graaf, 2011; Rijkschroeff en The, 2011). De normen en waarden van deze vrouwen, welke veelal zijn gestoeld op de voorgeschreven islamitische levenswijzen, worden gekoesterd en zijn zichtbaar in hun dagelijkse bezigheden. Wanneer een vrouw deze niet naleeft, wordt zij al gauw gezien als een excentriekeling. Bij de eerste generatie Marokkanen is sprake van sociale controle en die controle is groot (ibid.).

De vrouwen van de eerste generatie, ouder dan 50, jaar zijn minder ingeburgerd in vergelijking met de tweede generatie. Die hebben wel regelmatig contact met autochtonen en komen wel dagelijks in aanmerking met de Nederlandse gewoontes en cultuur (Bekker en Lhajaoui, 2005).

In de grote steden, waar een groot deel van de eerste generatie Marokkanen voornamelijk gevestigd is, is acculturatie afwezig. Volgens De Graaf (2011) is dat de kans dat de Nederlandse cultuur overgenomen wordt nihil in de grote steden in tegenstelling tot de kleinere steden, waar minder Marokkanen

geconcentreerd zijn. Zo blijkt uit de studie van De Jong en Daalhuizen (2014) dat niet-westerse migranten die in grote steden wonen voornamelijk contact hebben met migranten met dezelfde afkomst - in tegenstelling tot migranten buiten de Randstad.

Cijfers van het Centraal Planbureau en verschillende studies, waaronder die van Van Berkum en Smulders (2011), hebben aangetoond dat de maatschappelijk positie van de eerste generatie vrouwen die meer dan dertig jaar in Nederland is, laag is. Zo zijn de vrouwen afhankelijk van derden als het gaat om het bezoeken van overheidsinstanties of zorginstellingen (De Graaf, 2011; Rijkschroeff en The, 2011). Dit komt doordat zij het nog steeds, circa dertig jaar na migratie, ingewikkeld vinden om aan de "Nederlandse leefomgeving" te wennen. Gebleken is dat de Marokkaanse vrouwen, voornamelijk uit de eerste generatie, zich onbegrepen en niet serieus genomen voelen. Het lijkt erop dat deze vrouwen, die duizenden kilometers verwijderd zijn van hun thuisland, in Nederland tussen wal en schip zijn gevallen (Van Berkum en Smulders, 2011).

Turken

Geografie

Turkije ligt voor een deel in Zuidoost-Europa en een deel in Zuidwest-Azië. Het land heeft ruim 80 miljoen inwoners (CIA, 2018). De Turken hebben van origine niet allemaal dezelfde roots. De meest voorkomende subgroepen zijn: Oghuz-Turken, Armeniërs, Arabieren, Lazen, Assyriërs, Circassiërs en Koerden (ibid.).

Religie

De voornaamste godsdienst die in Turkije wordt aangehangen is de Islam (96 procent). Dagelijkse handelingen worden door het geloof gestuurd; de regels zijn opgenomen in het heilig boek (Rijkschroeff en The, 2011). Net als bij de Marokkanen heeft de Islam ook bij de Turken een centrale rol binnen de samenleving. De religie bepaalt op verscheidene terreinen hoe iemand zich dient te gedragen, zoals op het terrein van relaties en bejegening van anderen (ibid.).

Gezondheidszorg

In Turkije is de gezondheidszorg in te delen in drie sectoren, namelijk verzekeringssector, overheidssector en particuliere sector (Rijkschroeff en The, 2011). Eenieder in Turkije kan gratis gebruikmaken van de gezondheidszorg van de overheidssector; deze sector is voor iedereen vrij toegankelijk.

In Turkije wordt veelal gebruik gemaakt van reguliere zorg (Rijkschroeff en The, 2011). In beperkte mate wordt een alternatieve geneeswijze ingeschakeld. Deze alternatieve geneeswijzen worden veelal uitgevoerd door "wijze mannen binnen de gemeenschap"; dit gebeurt voornamelijk bij de behandeling van dorpelingen. In geval van psychische problemen en/ of een aandoening wordt de imam geraadpleegd (Amraoui, 2016). Net als in Marokko wordt preventieve zorg in geringe mate ingezet (Van Berkum en Smulder, 2018). De reden hiervoor is dat curatieve zorg de prioriteit heeft. Turkije kent geen landelijk bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Wel is het mogelijk om in de grote steden, waaronder Istanbul, tegen betaling een totale bodyscan te laten uitvoeren in een privékliniek. Deze mogelijkheid is slechts weggelegd voor de welgestelden in Turkije.

Migratie

De migratiegolf van Turken is begonnen in de jaren zestig van de vorige eeuw (Akgündüz, 2013). Aanvankelijk waren de eerste Turken gastarbeiders die ongeschoolde, fysiek zware beroepen uitoefenden. De Turkse mannen kregen een tijdelijk baan aangeboden, meestal in de mijnbouw, scheepsbouw, textiel fabrieken en hoogovens. Zoals de meeste arbeidsmigranten keerden ook de meeste Turkse 'gastarbeiders' niet terug naar Turkije (Rijkschroeff en The, 2011). De vrouwen en kinderen kwamen ook

naar Nederland in de loop der tijd. De meeste Turkse vrouwen van de eerste generatie zijn vanwege gezinshereniging naar Nederland gekomen (ibid.).

Positie in Nederland

De eerste generatie Turken heeft zich ook voornamelijk gevestigd in de grote steden (CBS, 2017). De eerste generatie Turken, zowel de mannen als de vrouwen, houden zich vast aan hun tradities. Zij houden zich meer bezig met het geloof dan de huidige bewoners van Turkije. Zo proberen zij de voorschriften uit het heilig boek op te volgen (Rijkschroeff en The, 2011). Net als de Marokkanen zijn de Turkse mannen van de eerste generatie de kostwinners en de vrouwen de verzorgers van het gezin (ibid.). De Turkse mannen komen ook slechts in aanraking met de cultuur en gewoontes van de Nederlanders via hun (voormalige) werk; de vrouwen komen er nauwelijks mee in aanraking. Net zoals de Marokkaanse vrouwen hebben de Turkse vrouwen slechts contact met vrouwen uit hun eigen kring (De Graaf, 2011). Zij hebben zich nauwelijks aangepast aan de Nederlandse samenleving. De vrouwen die ruim dertig jaar geleden naar Nederland zijn gekomen, zijn vaker afhankelijk van naasten als het gaat om het bezoeken van instituten (De Graaf, 2011; Rijkschroeff en The, 2011).

De Turkse vrouwen van de eerste generatie hebben een lage positie in de Nederlandse samenleving. Zij zijn niet alleen afhankelijk van hun naasten, maar ook geïsoleerd van de Nederlandse samenleving vanwege hun huiselijke positie (De Graaf, 2011).

Literatuurlijst

- Akgündüz, A. (2013). *Een analytische studie naar de arbeidsmigratie van Turkije naar West-Europa, in het bijzonder naar Duitsland en Nederland (1960-1974)*. Geraadpleegd van <http://www.vijfeeuwenmigratie.nl/sites/default/files/bronnen/Turkse%20arbeidsmigratie.pdf>
- Amraoui, M. (2016). *Ervaringen van migranten met kanker: er bestaat nog veel weerstand om het over kanker te hebben*. Geraadpleegd van <http://www.voorlichtersgezondheid.nl/wp-content/uploads/2016/06/Ervaringen-met-kanker-31-mei-2016.pdf>
- CBS. (2018, 12 februari). Bevolking naar migratieachtergrond. Geraadpleegd van <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2018/47/bevolking-naar-migratieachtergrond>
- CIA. (2018, 3 februari). The World Factbook: Turkey. Geraadpleegd van <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/tu.html>
- De Graaf, P. M., Kalmijn, M., Kraaykamp, G., & Monden, C. W. S. (2011). Sociaal-culturele verschillen tussen Turken, Marokkanen en autochtonen: eerste resultaten van de Nederlandse Levensloop Studie (NELLS). Geraadpleegd van <https://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/13BBFEC1-C294-4BBD-9D32-4B195D093AA5/0/2011k4p61b15art.pdf>
- Obdeijn, H. (2012). *Geschiedenis van Marokko* (3e ed.). Amsterdam, Nederland: Bulaaq.
- Rijkschroeff, B. R., & The, G. T. (2011). *Samen gezond: ervaringen van migranten met de gezondheidszorg in Nederland*. Utrecht, Nederland: Labyrint publication.
- UICC. (2018, 10 januari). Lalla Salma Foundation- Cancer Prevention and Treatment. Geraadpleegd van <https://www.uicc.org/membership/lalla-salma-foundation-cancer-prevention-and-treatment>
- Van Berkum, M. T. M., & Smulders, E. M. C. (2010). *Migranten, preventie en gezondheidszorg*. Zeist, Rotterdam: Druk A-D Druk.
- Van Bommel, H., & Stock, M. (2013). Impressies gezondheidszorg in Noord-Marokko. *Pharos*, 1(13), 12-13.
- WI. (2018, 6 februari). Informatie over Marokko. Geraadpleegd van <http://www.wereldinformatie.nl/xinfo/Marokko/geloof/84#.WxueYlozY2w>

Betekenis geven aan onze kernwaarden door betrokkenen tijdens brainstormsessie

Cultuur sensitieve Deskundigheid

Respect voor autonomie

Een vrouw van dezelfde cultuur en taal wordt gekoppeld aan een lotgenoot om samen het ziekteproces te doorlopen / tevens empowerment

Doorverwijzen naar de juiste zorginstanties

Culturen kennen / Verdieping in andere culturen

Onderscheidend zijn / Mammарosa maakt het verschil

Ervaringsdeskundig op het gebied van; ziek zijn, onderdeel cultuur, gewoonte en gebruik en taal gebundeld in één boodschap.

Kent cultuur en het ziekteproces waarin iemand in zit

Begrip tonen voor anderen culturen en respecteren

Beter communiceren, begrip voor de doelgroep

Ken de cultuur en de daarbij horende taboes en eventuele alternatieve geneeswijzers

Taboedoorbrekende Compassie

Verdieping in andere culturen

Kennis over verschillende culturen, voorbeelden geven over taboes, laagdrempelig, zo dicht bij de vrouw als mogelijk, vertrouwen

Laagdrempelig, Acceptatie

Kennis van taboes en aansluiten bij initiatief op cultureel vlak. Via voorvechters / voor vrouwen deze naar voren halen.

Taboe, genezen van kanker maar moet leven met beperkingen. Maatschappelijk bewustzijn.

Juiste kennis, Waarheid versus Fabels

Bijeenkomsten in buurthuizen om taboe rondom borstkanker te doorbreken

Voorlichting in eigen talen, enthousiaste voorlichter

Taboe doorbreken via social media, post, video's d.m.v. ontcrachten taboes / fabels

Gedrevenheid

Waarheid laten weten over verkeerde gedachten over borstkanker

Niks is gek, luisteren zonder taboes

Eén persoon/ kleine groep die naar buiten treed als ervaringsdeskundige van Mammарosa in de media denk aan talkshows zoals de Nieuwe Maan

Hoe doorbreek je taboes, gaat dat langzaam?

Sterker makende Ondersteuning

Buddy in eigen taal

Zelf kennis opbouwen

Weten hoe mensen te begeleiden bij bedrijfsarts en UWV

Kennis is macht, voorlichter empoweren geeft vleugels, respect

Zien dat het ook beter kan gaan

Goed luisterend oor zijn en vertrouwen

Inspireren en motiveren zelfkennis

Emancipatie, zelfredzaamheid, coaching, dromen, durven doen.

Vergroot sociale kring van kennisdragers en lotgenoten

Hulp, steun. Luisterend oor, vrienden – Lotgenoten

Niet overnemen maar steunen op weg

Empowerment + Encouragement

Kennisdelen en nazorg; psychisch, cosmetisch pruiken tattoo borstreconstructie, kousen en aangepaste lingerie

Powervrouw lezing, los van kanker om vrouwen te inspireren

Sociaal online platform waarin up-to-date info / bijeenkomsten rondom borstkanker wordt gedeeld

Vertrouwen gevende saamhorigheid

Luisterend oor aanbieden

Herkenning

Verleiding

Samen doorgeven en verbinding

Veiligheid

Samen eten, lunchen Eten verbindt

Een plek /groep waar je voor allerlei advies terecht kan altijd

Je thuis voelen

Oordeel uitstellen

Uitjes / bijeenkomsten bijvoorbeeld; jaarlijks uitje naar musea, voorstelling etc, samen eten, wekelijks sportactiviteit, nieuwjaars / kerstborrelbijeenkomst, afsluiting van het jaar.

Activiteiten doen / samen een plan(nen) maken, handvaten geven

Zekerheid Vertrouwen, ze laten voelen dat ze erbij horen

De gevoelens begrijpen van andere mensen culturen

Voorbeeldfunctie boegbeeld

Samen ook als vrijwilligers, waardering

Onbevooroordeelde Empathie

Begrip tonen

Gehoord worden

Bespreekbaar maken

Niet oordelen heel moeilijk

Oordeel uitstellen

Tijd om te luisteren tijdens bijv. het wekelijkse spreekuur

Luisterend oor

Luisteren, luisteren, luisteren

Warmte, begrip, vertrouwen

Iedereen mag er zijn

Objectiviteit, verbinden van mens en mogelijkheid

Luisteren, begrijpen

Waardefoto

Volledige waardeanalyse betrokkenen Mammarosa

Per belanghebbende is hier aangegeven door alle stakeholders op welke aspecten we goed presteren en waarde leveren, daarnaast zijn elementen genoemd waarop verbetering mogelijk is en we niet goed genoeg presteren. Dit model is een alternatief voor de SWOT en geeft goed inzicht in wat we goed doen en wat beter kan. Het doel van dit model is inzicht te krijgen in de organisatie en dit te verwerken in onze strategie om meer waarde voor onze doelgroep te realiseren. Omdat dit zelf door de betrokkenen is opgesteld zal er meer draagkracht zijn voor de aangedragen oplossingen. En ontstaat er inzicht en draagvlak voor verandering en vernieuwing omdat het laat zien dat niets doen en alles bij het oude laten geen optie is.

Belanghebbende	Sterke waarde prestatie	Zwakke waarde prestatie	W Nu	W 3jr*
	Waarop presteren we goed volgens de belanghebbende	Waarop presteren niet goed genoeg volgens de belanghebbende		
Vrijwilligers	Maandelijks overleg Waardering voor de vrijwilligers in de vorm van aandacht, dagje uit, thee enz... Voorlichters cursussen Onderlinge afstemming Groot bereik Grote mate van intrinsieke motivatie Basiscursus is Goed Voorlichtingsmateriaal Vrijwilligersvergoeding	Meer overleg/structuur professioneler zakelijke voorlichting Actieve werving vrijwilligers. Vrijwilligers vasthouden Vrijwilligers meer actief maken Meer voorlichtingen met themaspreeker Meer training en vervolgcursussen	++ -	+ --
Lotgenoten	Hoge inzet om doelgroep te bereiken Waardering van gevonden lotgenoten Persoonlijk contact Mammarosa Empowerment in plaats van meehuilen. Thuis laten voelen en luisterend oor Toegankelijk Laagdrempelig Buddy's en persoonlijke aandacht Regelmatig Bijeenkomsten Emanciperend / Empowerment Verhoogt zelfredzaamheid / assertiviteit	Het vinden van lotgenoten blijft een uitdaging. Onduidelijke communicatie naar lotgenoten over waar iets is bv spreekuur, wandeling etc. Goede samenwerking met andere organisaties Diversiteit van activiteiten Balans inhoud en gevoel Werving lotgenoten meer aandacht. Spaanstalige lotgenotengroep Meer thema sprekers Mensen bereiken die klaar zijn met behandeling (vaak struisvogels Lotgenoten beter bereiken Goede begeleiders vinden)	+ -	- --
*Geschatte score over drie jaar bij ongewijzigde strategie				

Belanghebbende	Sterke waarde prestatie Waarop presteren we goed volgens de belanghebbende	Zwakke waarde prestatie Waarop presteren niet goed genoeg volgens de belanghebbende	W Nu	W 3jr*
Verwijzers, mammacare verpleegkundigen, huisartsen, oncologen, ziekenhuizen Oncologische revalidatiecentra UWV Bedrijfsartsen Re-integratiebureaus Oncologische Fysiotherapeuten Oedeem therapeuten Wijkcentra en Buurthuizen	Lide was constante factor Contactformulier is nu voldoende maar kan beter qua vindbaarheid Inhoud website is goed Huisartsenfolder / poster plannen om alle huisartsen af te gaan Meertaligheid Ondersteunend Uitgenodigd	Meer persoonlijk contact / kortere lijnen, actieve benadering verwijzers CRM moet op orde / nu niet het geval Website te veel doorklikken voordat je info hebt gevonden Focus op 1st contactmoment met website Kan beter en nauwere samenwerking met mammacare verpleegkundige Psychologische hulp bespreekbaar maken	-	-
Patiëntenverenigingen, BVN	Krachten meer bundelen Ieder zijn kracht BVN doet de inhoud wij datgene waarin wij ons onderscheiden Mammarosa goed zichtbaar op de site BVN	Meer ruchtbaarheid aan Mammarosa bij BVN, daardoor meer vrijwilligers voor ons. Samen lobby over late bijwerkingen, lage belastbaarheid Samenwerking met vrijwilligers BVN in wijken Meer invloed Mammarosa in rol BVN		
RIVM Bevolkingsonderzoek borstkanker	Sarah Project Goed dat we het doen	"Project oppakken in wijken Nu 1 wijk oppakken daarna structureel maken. Structureel oppakken in voorlichting, vl apart over bevolkingsonderzoek, afstemmen met RIVM Aansluiting bevolkingsonderzoek Meer aan voorlichting doen Folders Mammarosa bij bevolkingsonderzoek Over en weer voorlichting aan medewerkers op de hoogte brengen van elkaars bestaan en nut	--	--
Kennisinstituten, Pharos, Stichting borstkankeronderzoek. NIVEL	Niet bekend bij Mammarosa stakeholders	Contact zoeken Stichting Ned kanker en werkdag (NKWD)	-	-