

Verslag van de gesprekken over wat Zorg voor mensen met een laag inkomen betekent, ook in een tijd waarin een pandemie heerst en niemand weet wanneer het eindigt en wat hierna komt.

Sinds maart 2020 worden we geconfronteerd met Covid-19 en de gevolgen er van. Naast een lock down en maatregelen die de sociale samenhang op proef stellen, hebben we te maken met ontkenner, met weigeraars, met kerkelijke groepen die zich nergens aan storen en met een overheid die tracht een zo goed als mogelijk beleid te voeren. Of dit beleid wel of niet afdoende is, zal pas achteraf blijken. Vergeleken met bijvoorbeeld de Verenigde Staten, waar het aantal besmette personen en het aantal overledenen ten gevolge van Covid-19 enorm is, doen we het hoe dan ook veel beter. Wat wij ons afvroegen was niet hoe de lock down en de maatregelen de levens van mensen met een laag inkomen veranderen of onder druk zetten, want dat hebben we al eens met ervaringsdeskundigen besproken, maar wat de bestaande zorg en zorgstructuren in zo'n moeilijke tijd betekenen. Daarbij gaan we zeker niet aan het feit voorbij dat we een goed en goed functionerend zorgsysteem hebben. Desondanks heeft ook dat stelsel zijn nadelen en ontbreken er zaken.



Plus, en dat is om het met de bekende Nederlands filosoof Johan Cruyff te zeggen, is iets dat je weet als je het ziet. Hieronder opmerkingen en aanbevelingen van ervaringsdeskundigen die uit gesprekken, uit videobijeenkomsten en anderszins zijn samengebracht. Ze hebben allemaal met zorg te maken en bieden inzicht in wat anders zou moeten om ook de mensen met een laag inkomen voldoende zorg te kunnen -blijven- bieden. We hebben voor deze vorm gekozen omdat een bijeenkomst organiseren en niet mag en mensen niet deel willen/durven nemen. Op deze manier verschaffen we toch zicht op wat er bij de mensen leeft.

Bij de discussies en vragen hebben we ook de Europese Pijler van Sociale Rechten mee laten wegen. Met name artikel 16 "Iedereen heeft recht op tijdige toegang tot betaalbare preventieve en curatieve gezondheidszorg van goede kwaliteit" en artikel 17 "Personen met een handicap hebben recht op diensten die hen in staat stellen om op de arbeidsmarkt en in de samenleving actief te zijn en op een werkomgeving die aan hun behoeften is aangepast".

De opening van de discussie hebben we als volgt omschreven:

De menselijke maat ontbreekt bij:

1. De maatschappij;
2. de instellingen;
3. de lokale politiek;
4. de landelijke politiek.

Er wordt naar de kosten gekeken, zonder dat daarbij voldoende rekening gehouden wordt met wat er leeft onder de Nederlandse bevolking. Langzaam komen we er achter dat bijvoorbeeld 1 op elke 7 jongeren depressief is of neigt het te worden. Dat terwijl, zoals het Sociaal en Cultureel Planbureau het in haar publicatie van november 2020 omschrijft, de overheveling van de Jeugdzorg van de centrale overheid naar de gemeenten, die in 2015 plaatsvond, niet geslaagd is.

We komen ook steeds meer tot de conclusie dat het “zelf oplossend vermogen” van de mensen is verminderd door de verharding van de maatschappij. En doordat de overheid geen vertrouwen heeft in dat zelf oplossend vermogen van de burger, waardoor ze de regie niet uit handen durft te geven waar het het beleid of onderdelen daarvan betreft. Wat mogelijk ook één van de oorzaken is dat decentralisaties mislukken. Daardoor wordt de “zorg” overladen met vragen om hulp.

Wat heeft dit veroorzaakt?

1. De wijzigingen in de arbeid (toename van betaald werk door vrouwen en het werkbeleid) leidt tot steeds grotere druk (met name op het gezin);
2. de toename van tweeverdieners (idem);
3. de toename van alleenstaanden (met of zonder kinderen);
4. de toename van herintredende vrouwen (idem);
5. de druk vanuit de overheid om elders naar werk te zoeken en voor werk te verhuizen. Dat heeft er toe geleid dat families versnipperd raakten en oude banden verbroken werden. Dit proces begon bij de opmerking van toenmalig minister van financiën Ruting die (in 1985) riep dat mensen ‘niet steeds bij tante Truus moesten willen blijven, maar gewoon naar een andere streek moesten verhuizen’.

Deze punten hebben geleid tot een vermindering van de sociale cohesie waardoor de zorgtaken in de knel zijn gekomen. Een hoop zorgtaken “moeten” hierdoor overgeheveld worden naar instellingen zoals scholen en buitenschoolse opvang. Maar ook de mantelzorg komt hierdoor onder enorme spanning te staan. Er wordt nauwelijks gekeken naar de balans tussen de ‘draaglast’ en de ‘draagkracht’ van mensen.

Een ander factor speelt binnen het werkleven: de productiviteitseis ligt te hoog. Dit gaat tegenwoordig ook buiten het werkleven verder, want zelfs bij verenigingen wordt méér verwacht van de vrijwilliger. Deze staan daardoor ook onder spanning. Wat hadden we vroeger, waardoor mensen elkaar wel ontmoetten en zo de sociale structuur wellicht ondersteunden? Vroeger had je hele duidelijke ontmoetingsplekken. Deze zijn bijna allemaal wegbezuinigd in de afgelopen twee decennia. Daarvoor zijn, vooral voor ouderen, de koffiehoecken in de grote supermarkten in de plaats gekomen.

Wat is er aan de hand waardoor de sociale cohesie onder druk staat?

- De Nabestaandenwet is zo aangepast dat ook voor hen de combinatie Arbeid & Zorg niet meer goed te doen is.
- Vrouwen krijgen nu te horen dat de tijd die ze besteed hebben aan het grootbrengen van de kinderen economisch niets waard is. Armoede is hun toekomst! Ze moeten nu wel herintreden.
- De werkenden en niet werkenden worden tegen elkaar opgezet. Je bent pas iets waard als je –het liefst betaald- werkt.

- De wet- en regelgeving die we hebben stimuleert de “ik” maatschappij.
- De regelgeving is te veelomvattend, kost te veel tijd, waardoor je geen tijd meer over hebt voor solidariteit en de sociale cohesie.
- Als je zelf initiatief toont inzake woonbegeleiding krijg je te maken met stapels papier. Heb je psychosociale problematiek, word je van het kastje naar de muur gestuurd. Men bekijkt het van de regelzijde. Veel indicatiecommissies.
- Je moet voldoende mondig en assertief zijn of familie hebben die ondersteuning geeft.
- Hoe kan maatwerk geleverd worden als er onvoldoende afstemming is?
- Mensen komen bij ons die door omstandigheden in een situatie terecht zijn gekomen zonder dat ze er zelf iets aan kunnen doen. Toeslagenaffaire is hier een voorbeeld van.
- Je hebt mondig mensen, mondig mensen met hulp en onmondige mensen zonder hulp die de klos zijn.
- Het Persoons Gebonden Budget is niet helemaal dekkend, je moet daarnaast ook nog een beroep doen op informele hulp. Dit kan ook geld kosten en waar haal je dat dan weer vandaan?
- Indien de informele hulpverlener in de bijstand zit wordt het eventueel verdiende in mindering op de uitkering gebracht, hetgeen niet bepaald motiverend werkt.
- Zorg is ingesteld op zoveel mogelijk zelfstandigheid. Bij bejaarden betekent het zolang mogelijk zelfstandig, bij mensen in een GGZ-instelling betekent het zo snel mogelijk weer terug in de maatschappij. Daar is (na)zorg voor nodig. Voor het oplossen van eenzaamheid en hulpbehoefendheid is zorg nodig en moeten kosten worden gemaakt die niet worden vergoed.
- Binnen het beleid is er een duidelijk verschuiving waar te nemen van bescherming van het individu tegen de maatschappij naar bescherming van de maatschappij tegen het individu. De ‘angst’ van de overheid voor de ‘shoppende burger’.
- Als mensen te lang in financieel moeilijke omstandigheden leven, plegen ze ‘roofbouw’ op lichaam en geest. De omstandigheden veroorzaken stress. Stress is een belangrijke ziekmakende factor. De oorzaak waarom de aansluiting vaak niet lukt zit ook in het feit dat mensen de lichamelijke- en geestelijke littekens meenemen als ze bijvoorbeeld re-integreren en het werk hervatten. Als hierbij de financiële omstandigheden ook nog eens niet of niet echt verbeteren, krijgt men eerder te maken met een nog grotere belasting.
- En dan is er nog die groep werknemers die gewoonweg niet kan voldoen aan de steeds ingewikkelder eisen die aan hen gesteld worden. Daardoor komen ze buiten de samenleving te staan, zeker toen de enige voor hen open weg, de sociale werkplaats, gesloten werd.



Zorg – Arbeid – Zorgtaken

- Er is verschil in beleid per gemeente hoe deze met mensen in de bijstand ten aanzien van zorgtaken omgaat. Over het algemeen wordt arbeid vóór zorg gesteld.
- Als ouder moet er gekozen kunnen worden voor de zorgtaak voor je kinderen.
- Je moet aan het werk, je hebt niet de vrije keuze je kind zelf op te voeden. Er is maar één alternatief. Je kunt je kind alleen bij een opvang onderbrengen die de gemeente bepaalt. Je hebt hierin geen keuze.
- Plaatselijk: mantelzorg kan met een ontheffing als er een goedkeuring is van huisarts of GGD.
- Kinderopvang wordt door de huidige regering als arbeidsmarktinstrument gezien, terwijl het eerder een middel was om de mogelijkheid tot deelname aan de maatschappij én de arbeidsmarkt te vergroten. Nog eerder was het een emancipatie-instrument. Want was de belangrijkste verworvenheid van de emancipatie niet juist dat vrouwen keuzevrijheid hadden gekregen?
- Het is ook een acceptatieprobleem voor mensen. Terwijl we zijn opgegroeid met voornamelijk onze moeder thuis als opvoeder, moeten we dat idee onder sociaaleconomische druk opgeven en moet dit door de veranderende tijdgeest anders ingevuld worden.
- In de regeling Arbeid & Zorg kan een man of een vrouw 10 dagen zorgverlof opnemen. Als Bijstandsontvanger heb je dat recht niet. Ook al ben je niet aan het werk, kun je niet zomaar mantelzorg verlenen. Je moet beschikbaar zijn voor de arbeidsmarkt.

Beschikbaarheid Gezondheidszorg

Over het algemeen is men van mening dat:

- De zorg ‘verschraalt’. Kwaliteit van zorg, empathie en compassie van personeel hebben erg te lijden onder de enorme regeldruk en administratieve last die gepaard gaat met het uitvoeren van zorg. Regelarme zorg is noodzakelijk om de kwaliteit en werkplezier te verbeteren.
- De geboden kwaliteit door werkdruk sterk verminderd is.
- Het beleid er op gericht is, dat mensen zo lang (ouderen) mogelijk en zo vroeg mogelijk (GGZ, Verslavingszorg) weer zelfstandig zijn.
- Er is bezuinigd op de opvang.
- Bij GGZ en Verslavingszorg de nazorg en resocialisatie onder druk staat zodat het fenomeen draaideurpatiënten niet vreemd is en maatschappelijke overlast het gevolg kan zijn. Dit heeft ook te maken met het gegeven dat zowel de GGZ als de Verslavingszorg zich te eenzijdig op de stoornis en te weinig op de persoon met een stoornis richt. Een persoon die ook te maken heeft met relaties, wonen, werk, geld, hobby’s enzovoorts. Nazorg is altijd al mager geweest. Dit heeft geleid tot de oprichting van organisaties als het Zwarte Gat. [Powerpointpresentatiezwartgatblauwgroen.pdf \(hanze.nl\)](https://www.hanze.nl/onderzoek/onderzoekrapporten/Powerpointpresentatiezwartgatblauwgroen.pdf) Deze is opgericht door oud-cliënten die vonden dat de behandeling wel redelijk was, maar dat er daarna niets meer is, waardoor je het risico loopt in een zwart gat terecht te komen. Dit verhoogt het risico op hernieuwde verslaving. De zorg is verkokerd. Nazorg bestaat grotendeels uit voorzieningen binnen het sociale domein, gefinancierd vanuit de WMO.
- De behandeling in onder andere verzorgingstehuizen vaak de kwalificering ‘onaanvaardbaar’ verdient.
- Er steeds meer moet worden teruggevallen op mantelzorg.
- Er sprake is van tweedeling in de zorg; sommige medicijnen zijn niet voor iedereen binnen bereik! Steeds meer worden -bepaalde- medicijnen luxe voorzieningen, zoals ook de woonvoorzieningen voor ouderen luxe zijn geworden.

- En laten we vooral niet vergeten dat verarming van kwaliteit is ontstaan door het uitkleden van het zorgverzekeringspakket. Dat fysiotherapie en tandheelkunde niet meer in het basispakket zitten, maakt de scheidslijn tussen 'arm' en 'rijk' letterlijk zichtbaar en voelbaar. Dit geldt tevens voor eigen risico en eigen bijdragen, die zorgmijding in de hand werken. Daarnaast wordt deze scheidslijn zichtbaarder doordat steeds meer mensen kiezen voor particuliere zorg. Ze krijgen op die manier, tegen hoge kosten, wel de zorg die nodig is (verpleeghuizen). Het zegt tevens iets over de kwaliteit van andere zorginstellingen waar men terecht komt als de financiën particuliere zorg niet toelaat. De kloof wordt hierdoor steeds groter.



Conclusies

1. Verkokering instellingen bemoeilijkt vernieuwingsprocessen en oefent steeds grotere druk uit op zorgwerkers en patiënten.
2. De instelling en degene, die financiert bepalen de maat, in plaats van **de cliënt is de maat**.
3. Er is ongelijkheid van behandeling, kosten en budgetten en zakgeldregelingen tussen de verschillende instellingen.
4. Er is lokaal sprake van 'onthechttingsproblematiek'. Is dit wellicht ook nationaal?
5. Er ontbreken vele sociale structuren.
6. Op dit moment worden problemen doorgegeven van ouder op kind.
7. Er is weinig verschil tussen grote plaatsen en kleine plaatsen met betrekking tot de problemen die er zijn.
8. De kwaliteit van de instellingen wordt steeds minder.
9. Er is sprake van gebrek aan compassie en empathie bij instellingen, de politiek en de maatschappij. Een van de redenen die genoemd wordt, is de enorme toename van de administratieve last, waardoor er steeds minder tijd voor de mens overblijft en waardoor mogelijk ook de compassie afneemt, want die kost tijd en die heb je niet.
10. Er is sprake van dossiervervuiling (ze zwerven rond, sluiten niet aan, of leven een eigen leven). Vaak weet de behandelende dokter niet wat zijn collega al gedaan en geconcludeerd heeft! Een van de trieste voorbeelden is Duurzaam Verblijf in Beilen. Toen zij begonnen, bleken de dossiers van mensen uit Amsterdam en Rotterdam incompleet. En, wat nog erger is, onjuiste diagnoses te bevatten.
11. We hebben steeds meer te maken met zorgmijders. Onder andere door de eigen bijdragen.
12. Er is een te groot verschil tussen het beleid op papier en het beleid in de praktijk.
13. Er is te weinig aandacht voor nazorg. Er is vaak gewoonweg te weinig oog voor dat mensen ook zelf willen (mee)doen. Deze participatie helpt om de draaglast voor onoplosbaar psychisch lijden te vergroten.
14. De mantelzorg dreigt te bezwijken.
15. Men zegt wel te werken vanuit de vraag van de cliënt, maar dit wordt niet zo ervaren. Wat de cliënt werkelijk wil zou een onlosmakelijk onderdeel moeten zijn van een hulpaanbod, met regelmatige evaluatie.

16. We hebben steeds meer mensen zonder verzekering.
17. We hebben steeds meer mensen zonder huisarts.
18. Er is een algemeen gebrek aan 'aandacht' voor de mens en de omstandigheden die mogelijk ziekmakend kunnen zijn.
19. De huidige zorginrichting van de maatschappij heeft het zelf oplossend vermogen van de 'mens' aangetast en uitgehold.

Aanbevelingen

1. Er zouden (weer) aanspreekpunten/vertrouwenspersonen (bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige) moeten komen en georganiseerd moeten worden voor de individuele mens. Waar de individuele omstandigheden en de daaruit voortkomende mogelijke problemen een plek krijgen en waar gezocht kan worden naar mogelijke oplossingen. Voor de bemensing van deze aanspreekpunten zou gedacht kunnen worden aan sleutelfiguren die reeds in ons huidige systeem bestaan. De (voormalige, wellicht arbeidsongeschikte) wijkverpleegkundige zou zo'n iemand kunnen zijn. Met een gedegen sociale kaart kan gezocht worden naar plekken/mensen/organisaties die hulp kunnen bieden voor de aanwezige knelpunten in de leefomstandigheden. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan spreekuurhouders van lokale zelforganisaties; het aanwezige welzijnsaanbod; religieuze organisaties/instituten, maar ook aan de woningcoöperatie en politie etc.

2. Als blijkt dat de huisarts voor een of meerdere geuite klachten geen medische oorzaak en oplossing kan vinden, zou de huisarts vragen moeten stellen naar de huiselijke en sociale omstandigheden van de cliënt. Een simpele vraag zoals: **"Bij wie gaat u deze week een bakje koffie drinken?"**, zou enig inzicht kunnen verschaffen of er sprake is van mogelijke vereenzaming. In deze gevallen zou de huisarts moeten doorverwijzen naar de bovenstaande aanspreekpunten waar wel ruimte en tijd is om aandacht te kunnen geven aan deze individuele omstandigheden. Wij adviseren 'dringend' om te investeren in sociale structuren en met name in sleutelpersonen ter ondersteuning voor het terug kunnen brengen van het zelf oplossend vermogen van de individuele mens. Dit alles is helemaal niet nieuw. Al in 1988 bracht het project "Baanloosheid & Gezondheid" o.l.v. de Amsterdamse psycholoog Heinz Mölders dit onder de aandacht van de eerste lijns gezondheidszorg, maar er was geen interesse voor!

3. Er kan ook gedacht worden aan het opleiden van uitkeringsgerechtigden om deze sleutelposities als aanspreekpunt/vertrouwenspersoon in te kunnen vullen. Door het opleiden van uitkeringsgerechtigden maak je gebruik van de ervaringsdeskundigheid en daarmee herkenning van de problemen en/of vragen die cliënten hebben. Daarnaast zou de opgeleide uitkeringsgerechtigde en de bijgeschoolde wijkverpleegkundigen gebaad zijn bij een minimale vorm van 'supervisie/begeleiding' om zelf een uitlaadklep te kunnen hebben.

4. Een voor de toekomst belangrijk onderwerp is de ontwikkeling die we in sommige gemeenten zien van het concept positieve gezondheid. Hier is veel te winnen en te hopen is dat dit zich de komende jaren als een olievlek over Nederland zal verspreiden.

5. Huisartsen en POH/ GGZ kunnen vraaggericht werken door gebruik te maken van het gespreksinstrument Positieve Gezondheid aan de hand van het spinnenweb Positieve gezondheid, Dr Machteld Huber [Institute for Positive Health \(iph.nl\)](http://instituteforpositivehealth.nl), van waaruit hulpvragen en wensen gefilterd worden. Positieve gezondheid als visie voor de zorg nemen, maakt dat ingezet wordt op preventie van klachten en dat integrale zorg geboden wordt waarbij aandacht is voor alle aspecten van gezondheid (fysiek, mentaal, participatie, zingeving etc). Zorg dient herstelgericht te zijn en aandacht te hebben voor alle aspecten van gezondheid en niet alleen het medisch model te hanteren.

Ondanks chronische klachten kan iemand een waardevol leven leiden waarbij, wanneer men inzet op zingeving en participatie, een hogere kwaliteit van leven bereikt kan worden.

6. Door meer in te zetten op preventie, neemt de toestroom naar specialistische zorg af, wat de zorg goedkoper maakt. Zowel voor lichamelijke als psychische problemen (preventieve scans, aandacht voor eenzaamheid in de buurt etc).

7. Wat, zeker ook kijkend naar punt 3, ook helpt, is het investeren in het creëren en versterken van sociale verbanden. Voorbeelden zijn de in 'arme buurten' gecreëerde laagdrempelige ontmoetingsruimten, met activiteiten in zelfbeheer van de deelnemers. Goede voorbeelden zijn www.onzedroombrummen.nl en www.inloophuisdekans.nl.

Idee

Registreer of en welke zorgvraag iemand met een uitkering stelt. En of deze vraag om zorg voortkomt uit belemmeringen die deze persoon ervaart door het moeten leven in en van een uitkering dan wel doordat zij/hij –al dan niet- probeert te re-integreren in het arbeidsproces (betaald of onbetaald). Plus of door een succesvolle (duurzame) (parttime-) herintreding de financiële positie duidelijk (op korte termijn) verbetert en welk effect dit heeft op de zorgvraag. We stellen voor een statistisch onderbouwd aantal personen te volgen via een longitudinaal onderzoek dat start op het moment dat mensen in een uitkering terecht komen. Op deze wijze wordt duidelijk welke en hoeveel zorgvragen er gesteld worden; welke belemmeringen deze (kunnen) opleveren om te kunnen re-integreren en of deze geslaagde herintreding de armoede doorbreekt.

December 2020