



Debat

Zorg voor elkaar: Wat hebben we er voor over?

zaterdag 8 november 2014, Augustijnenkerk Eindhoven
verslag: Peter van Hasselt

WELKOMSTWOORD

door Joost Koopmans o.s.a., rector Augustijnenkerk-Eindhoven

Welkom in deze Eindhovense Augustijnenkerk.

Eindhoven is dit weekend en komende week in de ban van een Globefestival. Licht en Eindhoven zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en ook als Augustijnenkerk doen we daar aan mee zoals U kunt zien aan de indrukwekkende apparaturen, maar dat heeft niets met deze ochtend te maken. Vanmorgen hebben we een debat georganiseerd over de zich wijzigende zorg in onze stad. We willen als Augustijnenkerk niet alleen intern gericht zijn, maar ook ons ook richten op maatschappelijke aspecten. Kerk en maatschappij zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Op een verdiepende manier vanuit onze eigen achtergrond willen we ons laten informeren door deskundigen en hierover met elkaar in debat te gaan. Daarom hartelijk welkom Marie-Louise Vossen, Lenie Scholten, Kees Scheffers en Maarten Klomp.

EEN INLEIDEND WOORD

door Maarten Klomp, huisarts en vanmorgen voorzitter, c.q. gespreksleider

Het is heel goed dat U allen gekomen bent, want het is belangrijk om over het thema 'Zorg voor elkaar en wat hebben we ervoor over?' met elkaar te spreken deze morgen. Het thema 'zorg voor elkaar' staat op dit moment ook heel erg in de schijnwerpers in de media. Gisteren was er en nog een spotje op de radio van de overheid: Nederland verandert, de zorg verandert mee. Hiermee wil de overheid ons laten weten dat er in de zorg de komende tijd veel zal gaan veranderen. Ook is er een website gemaakt: 'de zorg verandert mee'. Hier kunt U lezen wat de belangrijke veranderingen die ingaan in 2015 zullen zijn.

Waarom gaat er zoveel veranderen? Wat je dan vooral leest dat er vooral bezuinigd moet worden in de zorg. Dat is natuurlijk ook zo. We hebben in de media kunnen volgen dat de zorgkosten de afgelopen jaren flink zijn gestegen. Maar er zijn ook andere belangrijke drijfveren om tot een andere organisatie in de zorg te komen. We willen daarmee de zorg ook dichterbij de mensen brengen en oproepen tot meer zorg voor elkaar (participatiesamenleving). Wellicht kunnen we hiermee een stukje van de professionele zorg overbodig maken.

Maar hoe gaan we die zorg voor elkaar invullen? En wat zijn nu de belangrijkste veranderingen in die wet- en regelgeving?

1. In de gezondheidszorg gaat een gedeelte van de ziekenhuiszorg en de zorg in de instellingen (GGZ) verschuiven naar zorg in de wijken en de huisartsenposten.
2. De tweede verandering is de verandering in de jeugdzorg. De gemeenten zullen hiervoor de verantwoordelijkheid moeten gaan nemen. Ook dit zal veel meer in de wijken georganiseerd gaan worden, zodat het dichterbij de gezinnen en de scholen komt.
3. De derde verandering gaat over de AWBZ. Dit is de wet die de zorg regelt voor de instellingen van verzorging- en verpleeghuizen. De wijkverpleging zal voor deze groep mensen anders georganiseerd gaan worden via de zorgverzekeraars, zodat mensen langer thuis kunnen blijven wonen. Hiervoor zullen er 6000 wijkverpleegkundigen bijkomen.
4. Tot slot de WAO, de wet maatschappelijke ondersteuning. Deze wet zal belangrijk worden uitgebreid en een deel van de zaken die eerst door de AWBZ werden gerealiseerd worden zullen in de toekomst ook worden uitgevoerd door de gemeenten. Gemeenten krijgen van het rijk de mogelijkheid om dat op hun eigen wijze te doen, afgestemd op de situatie in hun stad of dorp. Gemeenten zijn op dit moment druk doende om dit allemaal voor te bereiden. Ook hier geldt het principe: de zorg moet dichterbij de mensen worden gebracht, waarbij de mensen meer verantwoordelijkheid nemen en ook voor elkaar gaan zorgen.

Dit thema zal door de drie sprekers verder worden toegelicht. Na een pauze is er daarna gelegenheid om hierover met elkaar in gesprek te gaan.

ZORG VOOR ELKAAR, OOK VOOR BURGERS MET EEN PSYCHISCHE KWETSBAARHEID

Door Marie-Louise Vossen, lid Raad van Bestuur GGzE

Als we het hebben over het nieuwe beleid inzake zorg en welzijn zijn er al vele zaken concreet geregeld en afgesproken. Maar er zijn zeker ook nog vragen, waarop ook wij nog geen antwoord hebben. Dat geeft ons ook op dit moment nog onduidelijkheid.

Waar hebben we het over als we spreken over burgers met een psychische kwetsbaarheid?

Als we kijken naar de cijfers dan blijkt 1 op de 4 Nederlanders wel eens met psychiatrie te maken krijgt. Dat kunnen hele simpele dingen zijn, bijvoorbeeld een burn-out, maar het kunnen ook heel ingewikkelde psychiatrische problemen zijn, denk bijvoorbeeld aan een langdurige depressie (manisch depressief), psychotische kwetsbaarheid of een persoonlijkheidsstoornis (schizofrenie). Vaak hebben mensen naast psychiatrische problemen ook nog andere problemen, bijvoorbeeld verslavingsproblematiek of lichamelijke problematiek.

Wij behandelen als GGzE 18.000 mensen op jaarbasis. Laat ik de cijfers eens op een rijtje zetten als ik het heb over onze doelgroep:

- 23% van de bevolking heeft psychische problemen;
- 4,6% zodanig ernstig dat ze gespecialiseerde hulp nodig hebben;
- 0,2% daarvan is klinisch opgenomen;
- En 1% heeft zodanige multiproblemen dat langdurige outreachende hulp nodig is.

Wat hebben deze mensen met elkaar gemeen?

Ik kan dat het beste vertellen aan de hand van een concreet voorbeeld. Laat ik haar mevrouw Jansen noemen. Ze woont zelfstandig en is al lang onder behandeling door onze instelling. Ze heeft jarenlang in een inrichting gewoond en met hele kleine stapjes is het voor haar mogelijk geworden om weer zelfstandig te gaan wonen. Ze kan niet goed lopen en heeft daarom ook een rolstoel. Om haar heen is een soort steunsysteem gebouwd waardoor ze weer zelfstandig kon gaan wonen. Ze is nog wel heel kwetsbaar, want als er bijvoorbeeld een andere begeleider komt kan ze hierdoor van slag raken. En dat kan betekenen dat ze daardoor weer een terugval krijgt. Daarom dat bij circa 3 tot 4% expliciet of impliciet ondersteuning gewenst is. We zien ook dat onze doelgroep woont in achterstandswijken met een hoog percentage uitkeringsgerechtigden met weinig sociale cohesie.

Kenmerken van deze doelgroep:

- Ze hebben vaak een langdurig voortraject in de GGZ;
- Ze ervaren drempels om "mee te doen", intern of extern (schroom of schaamte);

- Ze hebben de ondersteuning veelal langdurig nodig omdat het probleem niet overgaat;
- En het herstel kost tijd (psychisch en maatschappelijk).

Wat gaat er veranderen in het beleid? Wat is nieuw?

We hebben de afgelopen week gezien hoe onze staatssecretaris geconfronteerd werd met zijn eigen persoonlijke verhaal (over zijn demente moeder in een verpleegtehuis). Ik denk dat iedereen die hier zit op dit gebied een persoonlijk verhaal heeft. Ik had respect voor de staatssecretaris dat hij zijn beleid met man en macht probeerde te verdedigen.

We kunnen het nieuwe beleid samenvatten vanuit een drietal componenten:

1. Ondersteuning is niet meer vanzelfsprekend. Indicaties zullen op een aantal punten veranderen;
2. Een tweede duidelijke verandering is dat we hier in Eindhoven gaan werken met wijkteams, waarin er een nieuwe rol komt van de generalisten, c.q. professionals en de mantelzorgers. Zij zullen heel dicht bij de problematiek van de burgers moeten gaan staan, signalerend en ondersteunend.
3. Er zullen hogere eisen aan de doelgroep worden gesteld m.b.t. participatie en zelfredzaamheid (participatiesamenleving). Over die eigen regie zullen we binnen de wijkteams heel duidelijk met de burgers in gesprek moeten gaan. De doelgroep is de laatste jaren veel te veel afhankelijk geworden van allerlei verschillende professionals en instanties. Mensen zullen weer moeten leren om regisseurs te worden van hun eigen leven, waarbij wij als gezonde mensen niet moeten gaan bepalen hoe die eigen regie eruit moet gaan zien. Dat is in mijn optiek een hele foute manier van werken.

Als we dit nieuwe beleid willen gaan realiseren, wat is dan daarbij belangrijk?

Ik gebruik hierbij bewust het woord 'connecting'. Connecting is zoeken naar verbindingen tussen mensen en organisaties. We zullen nieuwe paden moeten zoeken om met elkaar te communiceren: nieuwe sociale communities (van lotgenoten) en daarbij ook de opkomst van de sociale media gebruiken (bijvoorbeeld "proud 2 be me", een site voor anorexieproblematiek).

Bij dit alles moeten we niet alleen kijken naar de kwetsbare burger, maar we dienen ook veel aandacht te besteden aan de mantelzorgers. Over die mantelzorgers wordt heel vanzelfsprekend gesproken en er wordt heel veel bij hen neergelegd. Als we daar geen oog en oor voor hebben dan zal op een bepaald moment zo'n mantelzorger overbelast raken. Hoe kun je dat voorkomen? En wat betekent dat praktisch? Ook hier zal ik weer een paar punten op een rijtje zetten:

- Creëer plekken waar kwetsbare burgers zich welkom en veilig voelen op een efficiënte en doelmatige wijze;
- Zorg voor aangepast vrijwilligerswerk;
- Zorg voor beschikbare en betaalbare huisvesting;
- Werkgevers dienen inspanningen te leveren door banen te creëren;
- En zorg voor praktische steun in het huishouden en dagelijks leven.

Maar bovenal is binnen de psychiatrie belangrijk: antistigma, het bestrijden van vooroordelen, open staan voor diversiteit en kwetsbaarheid en tenslotte tijd en aandacht hebben voor kwetsbare burgers. We hebben pareltjes, dingen die goed gaan. We moeten die koesteren door: participatie in zorgadviesteams, inloopmogelijkheden in wijken en zelfhulp en ervaringsdeskundigheid.

Wat betekent dit alles voor de inzet van de GGzE?

Ook hier zal ik de zaken achtereenvolgens op een rijtje zetten:

- We zullen onze kennis in de toekomst beschikbaar blijven stellen;
- Er zal een heroriëntatie moeten plaatsvinden voor de generalistische wijkteams en mantelzorgers en onze bijdrage binnen dit geheel;
- We zullen de behandeling van specialistische problematiek blijven voortzetten;
- En voor de wijkteams veilige en beschermende plekken en daginvulling blijven bieden.

Dat alles kunnen we uiteraard niet alleen. Daarom: zorg voor elkaar blijft een zaak voor ons allen.

In dit betoog zal ik U een beeld geven wat er in het nieuwe beleid van de regering op ons als gemeente afkomt. Het is niet zo dat m.b.t. de zorg het gehele beleid van de overheid op de schop gaat. Waar hebben we het over als we als gemeente spreken over de zorg die we vanaf 2015 moeten gaan organiseren? We hebben het dan over de ouderenzorg, over mensen met een psychiatrische beperking en we hebben het over mensen met een verstandelijke beperking. Tegelijkertijd hebben we het ook over de jeugdzorg. Dat is veel ingewikkelder, want voor die zorg zijn we in zijn geheel verantwoordelijk. Dan moet U denken aan kinderen die verblijven in instellingen, jongeren die overdag voor behandeling naar de jeugdzorg gaan, gezinnen die begeleid worden. Dat is een veel complexer geheel om goed te regelen.

Wat ook een misverstand is dat in de pers de vraag wordt gesteld hoe die ambtenaren dat allemaal gaan doen. Die ambtenaren gaan dat helemaal niet doen. We blijven als gemeente gewoon samenwerken met dezelfde instellingen die ook nu deze zorg verlenen. De verandering van de overheid is echter dat wij het als gemeente nu gaan betalen. Dus heel veel mensen zullen er niets van merken dat deze zorg nu naar de gemeente gaat. Ik kan U nog meer geruststellen, want volgend jaar verandert er helemaal weinig, want iedereen die een indicatie heeft voor volgend jaar houdt die bij dezelfde zorgaanbieder. Dit alles wil echter niet zeggen, dat er niets gaat veranderen. Het is ook niet voor niets dat deze zorg naar de gemeenten komt. Er wordt nu over geklaagd, maar was het dan allemaal zo goed de afgelopen jaren? Ik ben heel blij dat deze zorg naar de gemeenten komt, omdat ik denk dat uiteindelijk de burger hier baat bij heeft. Ik denk dat we als gemeente de zaken beter kunnen organiseren en op elkaar kunnen afstemmen. We kunnen de zaken als gemeente veel beter met elkaar verbinden en omdat er binnen het gemeentelijk domein veel meer disciplines aanwezig zijn die je nodig hebt met elkaar om een aantal situaties te verbeteren.

Er veranderen ook zaken buiten de gemeente om. De GGzE krijgt de komende jaren veel minder bedden, minder mensen in de instelling, maar meer mensen in de wijk. Datzelfde verhaal geldt voor mensen met een verstandelijke beperking. En datzelfde geldt voor de ouderen. Het beleid is er ook hierop gericht om ook ouderen langer in de thuissituatie te laten verblijven.

Dit alles gaat een grote druk leggen op de wijken waar die mensen straks komen te wonen.

Als we bijvoorbeeld kijken naar de ouderen dan zien we dat de eenzaamheidsproblemen daarbij steeds meer toenemen. Ook al zit je in een verpleeg- of verzorgingshuis daar zitten ook heel veel eenzame ouderen. In de jeugdzorg zien we die problemen ook. Jongeren hebben mij wel eens gezegd: we zien alleen maar jongeren om ons heen met problemen. Het is ook niet gemakkelijk om als jongere in de jeugdzorg te zitten. De voorzitter zei het in zijn inleiding ook al. Het is een mooi verhaal die overheveling naar de gemeente, maar zit er niet gewoon een bezuinigingsagenda onder. En dat is natuurlijk ook een feit. We moeten het allemaal met minder geld gaan doen, want de financiën voor de zorg zijn de afgelopen jaren enorm gestegen. We zullen het dan ook fundamenteel anders moeten gaan aanpakken. Het vraagt een heel andere werkwijze. Met de omslag die we maken zijn die bezuinigingen op te vangen. En die omslag zal wat mij betreft niet ten koste gaan van mensen die een steuntje in de rug nodig hebben. Dat is het gesprek dat we als gemeente met onze burgers moeten gaan voeren. Hoe ziet de toekomst eruit en welke risico's zijn daaraan verbonden? Ik zie het als een grote kans, maar tegelijkertijd zeg ik dat het geen gemakkelijke opgave is. Het is ook een proces dat we niet in een jaar geregeld hebben. Dit gaat jaren duren en we moeten ook de tijd nemen om het zorgvuldig te doen. Het nadeel hierbij is dat er soms onzekerheden kunnen ontstaan bij mensen en dat het soms ook niet helemaal duidelijk is hoe de zaken geregeld gaan worden. Dat moeten we dan maar op de koop toenemen, maar we moeten daarbij wel zorgvuldigheid in acht nemen. We zijn al twee jaar bezig om dit alles voor te bereiden. We noemen dat WIJeindhoven.

Dit is de naam voor een operatie, waarbij de zaken rondom zorg en welzijn op een andere manier in onze stad willen realiseren. De kern van WIJeindhoven is: voor, door en met burgers.

Dat klinkt heel eenvoudig, maar het is ontzettend moeilijk om dat voor elkaar te krijgen. Hierbij gaan we uit van de eigen kracht van mensen. Dat klinkt eenvoudig, maar ook dat is moeilijk.

We hebben hiervoor wijkteams opgericht met generalisten. In de gesprekken met de burgers gaan we stapje voor stapje weer de verantwoordelijkheid aan de mensen teruggeven voor hun eigen herstel, voor hun eigen vragen, hun eigen leven. Dit doe je niet alleen, maar doe je altijd samen met anderen. Eigen kracht doe je met mensen uit je eigen omgeving, je eigen netwerk. En daar komen soms ook professionals bij. Bij mensen die een hulpvraag hebben zit vaak een complexere vraag onder. Wat we bijvoorbeeld zien bij de jeugdzorg dat er in gezinnen meestal veel meer problemen aan de orde zijn. Als de basis niet goed is escaleert het, dan loopt het uit de hand.

Daarom ben ik blij dat deze zorgvragen bij ons als gemeente komen, want wij hebben de disciplines in huis om deze zorgvragen met elkaar te verbinden. In het verleden hadden gezinnen met problemen soms wel met 10 instanties te maken, die soms geeneens van elkaar wisten wat ze deden en het vervolgens ook niet effectief aangepakt werd. We gaan dat nu anders doen. We gaan de zorg naar de wijken brengen. We blijven niet op een kantoortje zitten wachten tot de mensen komen, maar we krijgen signalen en we gaan naar de mensen thuis. Dit noemen we het zogenaamde 'keukentafelgesprek'. We hebben Eindhoven opgedeeld in 10 wijken. In al die wijken is een wijkteam. Inmiddels hebben we 192 generalisten en die komen van 20 verschillende instellingen. Op die manier hebben we alle kennis en ervaring in die teams aanwezig. WIJ Eindhoven is op deze manier een investeringsagenda aan de basis. Het is wenselijk om de sociale basis zo sterk te maken dat mensen voldoende bagage hebben om zelfredzaam te zijn. Hierbij maken we een onderscheid tussen de meer formele, georganiseerde sociale basisvoorzieningen zoals onderwijs en arbeidsmarkt en het meer informele deel dat wij 'samenkracht' noemen.

Er zijn hier in Eindhoven al vele organisaties die we van oudsher kennen: diaconie vanuit de kerken, zelfhulp, maatjes, vrijwilligers op allerlei gebied, humanitas, rode kruis, zonnebloem, ouderensoos, de zorgzame buurt, Pinoccio, de voedselbank, de stadsakker, dak- en thuislozen, enz. enz.

M.a.w. er gebeurt al heel veel, maar we zullen dit informele circuit meer met elkaar moeten verbinden. Ik geloof daarom in die nieuwe beweging om de zorg en het welzijn in deze stad te organiseren. Maar natuurlijk zie ik ook risico's en die wil ook niet onvermeld laten.

Eén van de aspecten is natuurlijk het hele bezuinigingsverhaal. De grote vraag hierbij is: hoe betaalbaar blijft die zorg? Een paar jaar geleden zijn we begonnen met eigen bijdragen te vragen. We hebben bijvoorbeeld een eigen bijdrage gevraagd in de thuiszorg voor hulp in de huishouding. Dat doen we naar inkomen. Daarbij moeten we als gemeente goed in de gaten houden dat mensen die vanwege hun inkomen het allemaal niet zelf kunnen betalen niet in de knel komen.

Ook moeten we zien te voorkomen dat mensen niet overbelast raken. We zullen dat goed in de gaten moeten blijven houden. We noemen dat respijtzorg (o.a. bij mantelzorgers).

M.a.w. we zullen flexibel op situaties moeten inspelen en niet star met regeltjes om moeten gaan. Dat vind ik het goede van die wijkteams, want die zien veel meer.

Ik zou willen afsluiten met een uitspraak die ik laatst van iemand hoorde n.a.v. WIJ Eindhoven: om van WIJ Eindhoven een succes te maken gun ik iedereen een goede buur. Dat hoeft niet direct de buurman of buurvrouw te zijn, maar wel iemand in de naaste omgeving. Daarin zullen we in de toekomst moeten gaan investeren. De grote uitdaging voor onze stad is en blijft: hoe krijgen we het voor elkaar om mensen in onze stad met elkaar te verbinden.

"HET LEVEN SMAAKT ME WEER"

door Kees Scheffers, gepensioneerd stafid van het Centrum Ontmoeting in Levensvragen in Nijmegen.

Laat ik me even aan u voorstellen. Mijn naam is Kees Scheffers, ik ben geestelijk verzorger. Op dit moment ben ik vervroegd met pensioen. Mijn eerste baan was in het godsdienstonderwijs als districtscatecheet bij de begeleiding van teams van basisscholen. Mijn tweede werkplek was Dekkerswald in Groesbeek. Ik was daar pastoraal werker in het verpleeghuis en het longziekenhuis. Over mijn derde baan als stafid van het Centrum Ontmoeting in Levensvragen wil ik u in mijn lezing een en ander vertellen. Tijdens mijn werk in het verpleeghuis en ziekenhuis merkte ik dat mensen

wanneer ze weer naar huis gingen in de thuissituatie ook graag nog eens een gesprek hadden. Ik kon die vraag niet altijd beantwoorden, ik was er voor de intramurale geestelijke verzorging. Tevens begrepen wij in het jaar 2000 uit een gesprek met de directeur dat de ouderzorg zeer zou veranderen. Ouderen zouden langer thuis, of in ieder geval zelfstandig, blijven wonen en kopen dan hulp in, die ze nodig hebben. Maar, zo vroeg ik mij af, hoe moet het dan met geestelijke verzorging? Nu is het zover. En we lezen in de kranten dat er veel vragen en veel onzekerheden zijn. Als ik enkele krantenkoppen noem:

- Overbelaste mantelzorgers.
- Gemeenten die aan een heel nieuw traject beginnen.
- Zorgen over een dreigend tekort aan personeel in de thuiszorg
- Mensen die tussen wal en schip terecht dreigen te komen.

Uit alle vragen, problemen en onzekerheden die zoals genoemd worden kies ik er één uit, namelijk **eenzaamheid**. Hoogleraar Ivan Wolffers ziet eenzaamheid als het probleem van deze tijd. En in de zorg moet dat probleem nog helemaal doordringen. Maar de artsen in de ouderenzorg, zo bleek in een uitzending van Zembla, voorzien grote problemen, samen te vatten met de begrippen verwaarlozing en eenzaamheid. Staatsecretaris Martin van Rijn, sprak in Buitenhof een keer over een taskforce eenzaamheid. Waar gaat het over als we spreken over eenzaamheid?

Emotionele eenzaamheid, wanneer je je partner hebt verloren en misschien wel veel mensen kent en om je heen hebt, maar je toch vaak heel alleen voelt en alle dagen lijdt aan het gemis. Als je veel contacten hebt en een sterk netwerk, dan kan deze eenzaamheid verminderen, maar soms gaat het niet over. **Sociale** eenzaamheid, daarvan spreken we als er niet die kring, dat netwerk om je heen is. Of ook kun je wel veel mensen kennen, maar heb je met hen niet de contacten en gesprekken op een manier die je graag zou willen, dan kun je nog eenzaam zijn. Misschien wel een eenzaamheid die ik **existentiële eenzaamheid** zou willen noemen. Het betekent je alleen voelen met je levensvragen, Het heeft te maken met geen zin meer in het leven hebben, niet gehoord en erkend worden in je zorgen, je verlangens, je herinneringen, in wie je bent. In Eindhoven was er ooit een onderzoek naar zelfdoding. Het bleek dat het aantal zelfdodingen onder ouderen en onder studenten procentueel gelijk was. Verder hoort hier zeker bij roze ouderen, oudere homoseksuelen en lesbiennes. Onder hen is veel eenzaamheid. En vaak gaan ze weer terug de kast in. Bijvoorbeeld, wanneer ze te maken krijgen met zorginstellingen. Er is schaamte en vooral angst vanuit de vraag zal ik op tijd de goede zorg krijgen die ik nodig heb. In mijn werk in verpleeghuis en ziekenhuis werd het me steeds duidelijker hoe belangrijk geestelijke verzorging voor mensen kan zijn. Het doet mensen zichtbaar zeer goed als ze hun verhaal kunnen vertellen aan iemand die echt luistert en daar tijd en vooral aandacht voor heeft. Laat ik u een voorbeeld vertellen. De verpleging roept mij naar een vrouw die niet meer wil eten en drinken. Als ik bij haar kom heeft ze geen behoefte aan gesprek, want ze wil dood. Wanneer we dan toch in gesprek komen op haar kamer zegt ze: ik wil naar mijn man. Door deze woorden krijgt dat doodgaan ineens een betekenis. Ik ga daar niet meteen op in en vraag hoe het indertijd allemaal gegaan is en of haar man is begraven of gecremeerd. Het blijkt dat ze vroeger zijn graf wekelijks en later elke maand bezocht, maar nu komt ze er al jaren niet meer, vanwege haar beperkingen. We besluiten naar het graf te gaan, met de rolstoeltaxi. 's Morgens vertelt ze dat ze niet geslapen heeft, ze heeft steeds met haar man gepraat. Op het kerkhof laat ik haar alleen bij haar man. Als ik terug kom wil ze ook graag naar het graf van de ouders van haar man. Ook daar staan we een tijdje in stilte. En dan gaan we naar de uitgang. Daar staat het busje al klaar. Als we goed en wel aan het rijden zijn zegt ze: ik zou wel soep lusten. Terug in het verpleeghuis gaat de voeding-assistente al rond met de soep. Ik beloof haar die avond nog even terug te komen. Als ik bij haar kom zegt ze: 'het eten smaakt me weer'. En, ik vraag: 'en het leven smaakt u weer?' 'Ja', zegt ze, 'het leven smaakt me weer'. Als je mensen vraagt naar de zin van hun leven antwoorden ze met hun levensloop, zegt Gorgy Konrad, de Hongaarse schrijver. Het levensverhaal kreeg in de gesprekken daarna alle ruimte, maar alleen al de **aandacht en** het bezoek aan de graven gaf haar weer levensmoed en vooral zin in het leven.

Ik vertelde u dat ik in 2000 hoorde van de veranderingen in de zorg. Ik vertelde u over meer aspecten van eenzaamheid en gaf u een voorbeeld van iemand die geen zin meer zag in haar leven. Dan wil ik

u nu iets zeggen over vier aspecten, vier invalshoeken, die belangrijk zijn als het gaat over het welzijn van mensen. Het is voor mij een basis onder mijn werk als geestelijk verzorger, dat er in de ene en ondeelbare mens vier aspecten van welzijn zijn te onderscheiden. Ze hebben met elkaar te maken, overlappen elkaar, zijn aspecten van die ene mens, maar zijn **ook te onderscheiden**.

Het gaat allereerst om het **lichamelijk** welzijn. Het terrein van artsen, tandartsen, fysiotherapeuten, enz. Ook al hebben die professionals aandacht voor de hele mens, ze zijn vooral fysiek gericht bezig. Vervolgens is er **emotioneel** welzijn, je gevoelens kunnen uiten, ruimte krijgen om je verhaal te vertellen, iemand die naar je luistert en met wie je ook je gevoelens en ervaringen van vroeger en nu kunt delen. Als er grote problemen zijn, dan is er de GGZ met specialistische hulp van psychiaters en psychologen en therapeuten. En dan is er **het sociaal** welzijn. Dit betreft de contacten die je hebt, thuis, partner, familie, vrienden, burens, je werk, hobby's, inkomen, een huis om in te wonen.

Maatschappelijk werkende zijn de eerst aanspreekbare personen als er op dit terrein problemen zijn en ze te groot zijn om ze zelf op te lossen. Uiteraard moet er daarbij ruimte zijn voor de eigen kracht en het zelfoplossend vermogen van mensen. Er wordt momenteel veel gewerkt met empowerment en de netwerkmethod. Het welzijnswerk in Nijmegen heeft daar erg op ingezet.

Tenslotte is er ook **het geestelijk welzijn**. Dat is iets anders dan emotioneel welzijn. Hier gaat het om zingeving, betekenisgeving, om waarden, om wat iemand richtinggevend vindt in zijn leven, het gaat ook om in tel zijn, ergens bij horen. Het gaat veel verder dan geloof of bij een kerk of religie horen. Ik heb dat wat verder uitgesplitst in de volgende punten met als titel: richtingwijzers voor goed en zinvol ouder worden. De eerste drie punten hebben we al besproken. Nu gaan we het vierde, **existentieel welzijn** nader uitwerken: het gaat hierbij om het kunnen aanvaarden van de veranderende omstandigheden in het leven. Het accepteren van verlies van dierbaren, vrienden, bekenden. Maar ook verlies van de woning of de buurt waarin je woont. Of om verlies van lichamelijke mogelijkheden, beperkingen dus. Hier hoort ook genoemd te worden: hoe ga je er mee om dat je leven niet geworden is wat je ervan verwachtte? Kun je je ermee verzoenen dat je kinderloos bent gebleven of dat je geen partner hebt gevonden. Bij punt vijf gaat het erom een gewaardeerd lid van de gemeenschap te zijn. Het heeft te maken met de gemeenschappen waartoe je behoort. Ervaren dat je meetelt en ook zelf vriendschappen kunnen onderhouden. Bij punt zes gaat het om te kunnen leven naar eigen **morele overtuigingen**. Autonomie, bijvoorbeeld in zaken als euthanasie, maar ook in hoe je verpleegd of verzorgd wilt worden. Zelf nog je keuzes kunnen maken. Maar ook heeft het te maken met kun je geven en nemen? Bij punt zeven gaat het meer expliciet over **zingeving**. Weet je je opgenomen in een groter geheel. Zijn er waarden voor je die heel belangrijk zijn, wat is kostbaar in je leven, wat inspireert je en geeft levensmoed. Het gaat om dagelijkse zingeving, waarom zou je opstaan? Misschien om de hond uit te laten, planten te verzorgen, burens die op bezoek komen, naar muziek te luisteren. Maar het gaat ook om **existentiële zingeving**, bestaansvragen, waar leefde ik voor? Waar ga ik heen? Hoe word ik ooit weer beter? Levensbeschouwingen, religies, kerken, het humanistisch verbond enz. hebben niet altijd het antwoord maar nemen de vragen heel serieus. Dit is natuurlijk een terrein waar je vaak alleen in beelden, symbolen, gedichten en verhalen over kunt spreken. Zelfs een bezoek aan een kerkhof kan al veel betekenen. Welnu, het is u duidelijk, dat in de zorg en het welzijn er een terrein is, dat ik nu even samenvat onder de noemer levensvragen en zingeving. Een belangrijk terrein, waar ook werkers in zorg en welzijn mee geconfronteerd worden, als ze luisteren naar hun cliënten. Ik vind het belangrijk dat ouderen, bij wie de eenzaamheid toeneemt en mobiliteit afneemt, bijvoorbeeld door beperkingen, dat zij toch geestelijke zorg kunnen krijgen.

In het jaar 2000 ben ik daarom begonnen mensen bij elkaar te roepen voor een gedachtewisseling hierover. Mede gestimuleerd door de SWON, aangezien men daar in een onderzoek onder 7000 ouderen had bemerkt dat er eenzaamheid is onder ouderen en dat er ook veel vragen zijn, die zijn samen te vatten onder de noemer: levensvragen. We spraken over seniorenpastoraat, maar het begrip pastoraat werd verlaten en zo werd het een veel breder plan. Veel mensen hebben immers de kerk verlaten of zijn er nooit bij geweest en we wilden iets opzetten voor geestelijke zorg aan **alle** ouderen in de stad. Zo kwamen bij elkaar aan één tafel te zitten:

- Geestelijk verzorgers in zorginstellingen;

- De Stichting Welzijnswerk Ouderen in Nijmegen;
- Ouderenbonden;
- Kerken, diaconie, de Raad van Kerken, de Deken van Nijmegen, de Raad voor Levensbeschouwing en Religie in Nijmegen;
- Het Humanistisch Verbond;
- En bestuurders uit welzijn- en zorginstellingen.

In 2003, toen er voor twee jaar financiën bleken te zijn, werd de Stichting Centrum Ouderen en Levensvragen (COL) opgericht. Later werd de naam: Centrum Ontmoeting in Levensvragen (COiL). Men kon solliciteren. Ik heb toen ook zelf gesolliciteerd en ben aangenomen naast een tweede parttime geestelijk verzorger en een parttime managementassistente.

Het Doel van de Stichting werd:

- Ouderen met elkaar in contact brengen; en ook het voorkomen van isolement onder ouderen.
- Vrijwilligers die ouderen thuis bezoeken. Al gauw hadden we 100 vrijwilligers, vaak komend uit de zorg, welzijn, onderwijs, dus al goed geschoold. Maar nu was een specifieke scholing en training nodig, niet meer in het zoeken naar oplossingen van problemen, maar in omgaan met levensvragen en die zijn vaak niet op te lossen. Maar het doet iemand wel goed om aandacht te krijgen. Vrijwilligers leren we present te zijn, nabij te zijn, actief te luisteren, en met goede reacties bij te dragen aan het aanvaarden van het leven, of aan het vinden van vrede met het leven zoals het nu eenmaal is. Kortom gesprekken over zingeving en levensvragen. Vrijwilligers van ons komen niet voor de gezelligheid of puur een wandelingetje. Daar zijn andere organisaties voor.
- Scholing dus van onze vrijwilligers en van professionals in de zorg- en het welzijnswerk. En juist omdat die niet altijd met ouderen werken, werd onze naam verbreed. Want ook begeleiders, bijvoorbeeld van mensen met een beperking komen die levensvragen tegen.
- Verder organiseerden we zelf of met andere organisaties, zoals ouderbonden, de zonnebloem, en kerkelijke groepen gespreksmiddagen en lezingen over onderwerpen die ouderen belangrijk vinden. Te geven door stafleden van het COiL of soms ook door ervaren en geschoolde vrijwilligers. Hier mag ook zeker genoemd worden: zes ontmoetingsmiddagen van 30 Nederlandse en dertig Turkse vrouwen.
- Er is ook een groep vrijwilligers geschoold in het schrijven van het levensverhaal van een oudere. In een proces van gesprekken en schrijven groeit een levensboek, dat een ouder op de 80^{ste} verjaardag bijvoorbeeld aanbiedt aan de kleinkinderen om te lezen hoe opa door de oorlog is gekomen.
- Een laatste heel belangrijk punt is de samenwerking met organisaties in zorg, welzijn en wonen. Nijmegen heeft een aantal jaren de Stichting MAAT gekend, een overkoepelende organisatie op het gebied van wonen, welzijn en zorg met het doel om grensoverschrijdende dus gezamenlijke thema's aan de orde te stellen en te ontwikkelen. Via een bestuurslid van ons, ook actief in een andere organisatie, zat het COiL hier ook aan tafel. Zingeving stond tot 2013 op de gemeenschappelijke agenda en een projectmedewerker werd belast met het ook in financiële zin mogelijk maken van projecten. Misschien is het goed om hier meer over de financiën te vertellen.

Het COiL kreeg startsubsidies van fondsen. Toen we na twee jaar werken aan de gemeente konden laten zien hoeveel ouderen we wekelijks bereikten en wat dat aan kosten voor een staflid betekent zei de wethouder: er is eenzaamheid onder ouderen, jullie doen daar echt iets aan en daarom krijgen jullie subsidie van de gemeente. De toenmalige wethouder is hier, dat was: Lenie Scholten.

De oprichting van het COiL heeft ook geleid tot een landelijk **Expertisecentrum Ouderen en levensvragen**, ondergebracht bij Vilans, het vroegere NIZW. Dit centrum coördineert initiatieven op het gebied van ouderen en levensvragen en maakt ook materiaal. Intussen zijn er in Nederland zo'n 40 soortgelijke initiatieven als het COiL, waarvan een groot gedeelte met succes werken.

ONDERZOEK

Van begin af aan is het werk van de Stichting ook door onderzoek begeleid. Ook is onderzocht wat nu de inhoud is van de gesprekken. De volgende vijf onderwerpen zijn het meest genoemd:

- Eenzaamheid en angst voor eenzaamheid;
- Veranderingen in de leefsituatie, bijvoorbeeld verhuizen, verlies van partner, of kind;
- Afhankelijk zijn van anderen en toch zo graag nog onafhankelijk, zelfstandig alles kunnen, wat niet meer gaat;
- Rouw en verlies;
- En tenslotte ziekte en teruggang van gezondheid.

Kortom het gaat om veranderingen in het levensperspectief. Gebeurtenissen in de levensloop vormen aanleiding tot gesprekken over levensvragen. Een vraag die daarbij nog op kan komen is: Heeft er in die gesprekken daadwerkelijk een verdieping van de zingeving plaats gevonden ??

Uit de literatuur haalden we daarvoor een definitie over zingeving:

Die maakt onderscheid tussen de volgende aspecten van zingeving:

1. De zoektocht naar orde, samenhang en richting in het bestaan, zin **in** het leven;
2. Het nastreven van een leven dat de moeite waard is, zin **van** het leven;
3. Daaraan voldoening beleven, de zin **om** te leven.

Uit onderzoek blijkt dat deze aspecten in meerdere of mindere mate voorkomen en een aantal vrijwilligers tekent aan, dat de gesprekspartner ook en juist zin ontleent aan het gesprek zelf.

Tot slot:

Vanuit het COil is het ook gelukt om onderzoekers van de Radbouduniversiteit een onderzoeksproject op te laten zetten over mensen met schijnbaar onverklaarbare lichamelijke klachten. Binnen dit onderzoek zijn gespreksgroepen opgezet met patiënten die hier aan lijden. In die gespreksgroepen konden mensen hun verhaal vertellen, ze konden alles vertellen wat ze kwijt wilden en er werd goed naar hen geluisterd. Er waren tien bijeenkomsten, waarvan zij zelf de onderwerpen bepaalden en ze konden ook mensen uitnodigen, ze werd bijvoorbeeld een huisarts uitgenodigd aan wie ook als vraag werd gesteld: waarom een bezoek maar tien minuten mag duren. Bij alles in de groep was er aandacht voor deze drie dimensies:

1. Identiteit, wie ben jij, wat zijn jouw vragen?
 2. Het levensverhaal kon helemaal verteld worden waarbij er alle aandacht was voor verlieservaringen en wat die in het leven betekend hebben.
 3. En er was steeds aandacht voor de invalshoek zingeving, levensvisie, levensvragen.
- Het resultaat van deze groepen was zeer positief. Bijvoorbeeld het aantal bezoeken aan de huisartsen verminderde.

Meer informatie over mijn inleiding vindt u in het artikel:

De inzet van vrijwilligers doet er toe, het Centrum Ontmoeting in Levensvragen in Nijmegen 2005-2013 door Kees Scheffers en Ren Lantman.

In de bundel: In het oog in het hart. Geestelijke verzorging 2.0

Door : Sjaak Körver [red.] Valkhofpers 2014

Een bundel over vernieuwingen in de geestelijke verzorging.

IN DEBAT MET DE INLEIDERS

Gespreksleider: Maarten Klomp

Na de pauze was er een levendig debat tussen de inleiders en de aanwezigen.

We hebben ervoor gekozen om niet alle vragen en antwoorden te verslaan, maar het geheel samen te vatten in aanbevelingen, c.q. aandachtspunten, die tijdens dit debat naar voren werden gebracht:

- Er zal in het gemeentelijk beleid meer aandacht moeten zijn voor levensvragen (zie inleiding van Kees Scheffers). In de gemeente Eindhoven zullen professionals op dit gebied geschoold moeten gaan worden;
- De jongeren zullen ook duidelijk betrokken dienen te worden bij het beleid m.b.t. zorg en welzijn;
- Er zullen andere manieren moeten worden gevonden om als instanties met elkaar in gesprek te gaan;
- Er wordt binnen deze regio samengewerkt met 21 gemeentes. In regionaal verband worden ook de contracten met de instellingen gemaakt.
Er zal een goede afstemming dienen te zijn in wat lokaal en regionaal geregeld is, want er zullen zeker verschillen tussen gemeentes blijven bestaan;
- Er zal gelet moeten worden dat er de zaken niet bureaucratisch georganiseerd moeten worden (bijvoorbeeld door het invullen van allerlei formulieren). Het gaat om handen aan het bed en een luisterend oor.
- De kranten en de media dienen meer aandacht te besteden wat er goed gaat binnen de zorg en niet alleen maar negatieve zaken publiceren;
- Er zijn genoeg vrijwilligers en mantelzorgers in de stad Eindhoven (40% van de inwoners in deze stad is vrijwilliger). Er zal op dit gebied goed geluisterd en gekeken moeten worden hoe we deze mensen meer kunnen betrekken bij het beleid;
- De communicatiekanalen binnen de eerstelijns zorg, de wijkteams en allerlei (nieuwe) initiatieven zullen goed op elkaar afgestemd dienen te worden. Dit zal ook moeten gebeuren tussen de verschillende wijkteams onderling;
- De privacy van de cliënten zal goed gewaarborgd dienen te worden. Hiervoor bestaat er een wet die dit heeft geregeld (het medisch dossier);
- Er zal binnen het beleid ook duidelijk gekeken moeten worden naar verschillen in culturen m.b.t. zorg en welzijn. Je zal dit per individu steeds opnieuw moeten bekijken, waarbij het altijd gaat om het welzijn van de persoon;
- Het ouderenbeleid is duidelijk aan het veranderen. Dit is belangrijk aandachtspunt binnen het geheel van het beleid;
- Mensen zullen altijd zelf de regie in handen moeten houden. Men blijft zelfverantwoordelijk;
- Je zult mensen moeten helpen aan het opbouwen van een goed netwerk;
- Er dient ook veel aandacht te zijn binnen het beleid voor het investeren in randvoorwaarden;
- Het gaat bij het indicatiesysteem om een middel en het mag nooit een doel gaan worden. In zoverre zijn de 'keukentafelgesprekken' een duidelijke verbetering;
- We dienen een groter beroep te doen op eigen initiatief van mensen en op saamhorigheid voor wat we voor elkaar kunnen betekenen;
- En tenslotte: we moeten niet denken in bedreigingen, maar vooral in (nieuwe) kansen.

Peter van Hasselt
November 2014