



Verslag bijeenkomst Partij van de Arbeid op 12 oktober 2017 in Nuis

Bijeenkomst georganiseerd met Spinn, sociaal partner in het noorden van Nederland. Aantal aanwezigen is plusminus 20. Inleider is Erik Dannenberg, opvolger van Rene Paas bij Divosa, directeuren van sociale diensten.

Dannenberg stelde als **centrale vraag** voor zijn inleiding: **hoe organiseert de samenleving solidariteit met maatschappelijk zwakkeren?**

Ter vergelijking zou je kunnen kijken naar de manier waarop we de energievoorziening hebben georganiseerd: die verliep historisch gezien van turf naar kolen, gas en we gaan nu over op warmtewisselaars. De wisseling van energiesoort leidt tot enorme wijzigingen in de *organisatie* van de energievoorziening. Hetzelfde gebeurde in de muziekwereld bij de wisseling van muziekdrager van analoog naar digitaal, van vinyl naar cd, naar Spotify.

Tegen die achtergrond moet je naar de reorganisatie in de zorg kijken. De grootste stelselherziening ooit is nu gaande. Die krijgt vorm in de herziening van een groot aantal wetten, zoals de wet maatschappelijke ondersteuning (WMO), de Participatiewet, Passend Onderwijs et cetera et cetera. Wat is de historische lijn in deze ontwikkeling?

Familiekring

De zorg was oorspronkelijk georganiseerd in familiale kring, mede mogelijk gemaakt door de kerken en later de arbeidersorganisaties. Vanaf de jaren 50 en vooral 60 van de 20^{ste} eeuw is de zorg overgenomen door de overheid. Daarmee, aldus Dannenberg, verloor de samenleving zijn zelforganiserende vermogen. Er ontstond een sterke bureaucrativering rond de zorg, de welbekende verzorgingsstaat. Het Groningse gas maakte de financiering van dit toch wel dure zorggebouw/zorgstructuur mogelijk. Opbouw van die verzorgingsstaat kon in de jaren '60 op brede steun rekenen uit confessionele en sociaaldemocratische kring. Zorg werd staatszorg. Inherent daaraan was het creëren van categorale zorg: aparte werelden voor mensen met een vlekje, georganiseerd per handicap. Oftewel: *"we doen wat voor je, maar we zetten je wel apart"*. Dat kwam ook in de naamgeving terug: bijvoorbeeld mensen met 'afstand tot de arbeidsmarkt'. Ouderen werden bij elkaar gezet in verzorgingshuizen, psychiatrisch patiënten in inrichtingen, zwakzinnigenzorg et cetera et cetera. Echter, mensen met een *multiproblemen* pasten juist niet in die kaders en vielen buiten de boot. Het doorverwijzen verwerd dan tot een ontlopen van de zorgplicht van de overheid.

Deze categorale zorg leidde tot de wetgeving rond AOW, de AWBZ, de jeugdwet, de algemene bijstandswet, de kwajongen, sociale verzekeringswetten, etc.. etc... Elk van deze

wetten had de neiging uit te dijen. Zo was, aldus Dannenberg, de Algemene Bijstandswet bedoeld voor zo'n 10.000 mensen, maar al snel werd het een voorziening voor zo'n 500.000 mensen. Idem de WAO in de jaren '80. De kosten liepen daarmee dramatisch op zodat de overheid de neiging kreeg om de toeloop in te dammen door nieuwe wetgeving.

Dannenberg benadrukt in zijn inleiding dat deze manier van werken – toewijzing van zorg via indicatieorganen – weliswaar heel veel goeds gebracht heeft maar dat de nadelen overwegen, zoals de bureaucrativering, de oplopende kosten, het niet kunnen plaatsen van mensen met meervoudige problemen en het separeren van mensen met een vlekje. 'Handicaps, stoornissen, gebreken en tekortkomingen' werden benoemd maar de bijdrage die deze mensen konden leveren aan de samenleving bleef onbenoemd. Niet de bijdrage maar het ontbrekende werd de basis voor de zorg. Dannenberg geeft er vele sprekende voorbeelden van.

Nieuwe sturingsprincipes

In de stelselherziening zijn nieuwe sturingsprincipes geformuleerd. Het *doelgroepenmodel* van mensen met dezelfde beperking maakt nu plaats voor een *geografisch model*, zoals terug te vinden is in termen als wijkteam, dorpssteams, regioteams in bijvoorbeeld de arbeidsorganisatie. Van focus op de beperking komt er nu aandacht voor de participatiemogelijkheden. Van medezeggenschap gaat het naar zeggenschap; van een individuele voorziening naar een brede basisvoorziening, naar netwerken rond groepen mensen. Van hulp ver weg gaat het naar hulp dichtbij. Ofwel de systematiek van uitsluiting en categorale zorg maakt plaats voor insluiting en (mijn term, JE) integrale zorg, het gaat van separatie naar integratie.

Dannenberg illustreert hoe Nederland een eigen model creëerde dat elders in de wereld geen navolging kreeg. Nederland was kampioen separatie, bijvoorbeeld het aantal kinderen dat uit huis werd geplaatst was veel hoger dan elders. Goede bedoelingen leiden nog perse tot goede resultaten: het aan het spoor bouwen van heel veel instellingen voor psychiatrische hulp had de bedoeling de bereikbaarheid voor bezoek te verhogen, maar had onbedoelde, perverse effecten.

Een van de grote nadelen was dat re-integratie vaak erg moeilijk werd. Een ander nadeel was dat heel veel geld in de gebouwen ging zitten. Te weinig geld was er beschikbaar voor directe hulp in de wijk zelf, dicht bij en rond de cliënt. Ook de vroege signalering van problemen is zwak ontwikkeld. Het geld zit in de instituten, in de gebouwen, niet in de mensen. De oproep van Dannenberg is dus, zet mensen niet apart maar ga naar ze toe. In Canada kunnen kinderen met een handicap op de gewone basisschool meedoen, op basis van voldoende faciliteiten en voldoende geld. Motto is dus dat de zorg ook in Nederland meer gebiedsgericht moet gaan werken.

De sectorale versnippering moet dus plaats maken voor een wijkgerichte en gebiedsgerichte benadering. Evenmin als de brandweer bij een heel grote brand doorverwijst naar een andere organisatie maar opschaaft, zal de zorg bij grote problemen moeten opschalen, bijvoorbeeld van een wijkteam naar een regionaal team. De veiligheidssector kent het *motorkapoverleg* tussen politie, brandweer, zorg. De consequentie van de stelselherziening is dat in de zorg veel organisaties gaan verdwijnen en dat er nieuwe organisatievormen ontstaan. Een voorbeeld daarvan is de sociale werkvoorziening.

Eigen Kracht

Dannenberg benadrukt dat de oude situatie natuurlijk ook pluspunten kende en dat gemeenten nu soms doorslaan naar het Eigen Krachtverhaal. *Inclusief* organiseren van zorg is soms kwetsbaar, de samenleving is op dat proces van re-integratie niet altijd voorbereid en wil daar ook niet altijd aan. Professionals moeten zorgen dat dat proces veilig verloopt.

Conclusie: er ontstaat een nieuwe infrastructuur voor zorg die van exclusie naar inclusie gaat en die zorg dus in zekere zin terugbrengt van de staat naar de buurt.

Discussie:

* het dilemma voor de politieke partijen is dat deze zelfmoord plegen zodra zij de stelselwijziging omarmen.

* Een tweede dilemma is dat de stelselwijziging ook altijd is gepaard gegaan met bezuinigingsvoorstellen. Niet de positieve doelstelling en de geboekte successen, maar de opbrengst in financiële zin hebben te vaak de aandacht getrokken en leidden tot enorme weerstand.

* Ook een taalverandering moet plaatsvinden: benoem het talent van mensen, niet hun stoornissen. Een project in Zwolle is een groot succes, hier zijn geen begeleiders meer maar wel heel veel vrijwilligers, iedereen is er een vrijwilliger. De nieuwe werkwijze maakt het ook mogelijk de samenleving veel meer te betrekken bij de zorg.

*Dat kan betekenen dat de samenleving voor gelijke gevallen toch ongelijke oplossingen schept, en dat het steeds gaat om oplossingen op maat. Er moet meer ruimte komen voor creatieve oplossingen in plaats van standaardoplossingen.