



European Anti Poverty Network Nederland

Verslag van het Seminar “Zorg”
Van 5 en 6 november 2002

Het project ‘Indicateurs de Pauvreté’ wordt ondersteund door de Europese Commissie van de Europese Unie en het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Verslag van het Seminar “Zorg” Van 5 en 6 november 2002

Het programma

Het programma is als volgt opgebouwd:

Na een korte uitleg over het EAPN Nederland en de connectie met het Nationaal Actie Plan ter bestrijding van Armoede en Sociale Uitsluiting (NAPas) zal er een toelichting worden gegeven door de heer drs. Gerard van Rienen, van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De tweede toelichting zal worden verzorgd door de heer Christiaan Huitinck van de Geestelijke GezondheidsZorg Nederland (GGZ). Dit heeft als doel dat de deelnemers meer zicht krijgen op de standpunten van het ministerie als ook van de GGZ Nederland met betrekking tot het onderwerp “Zorg”. Na deze inleiding zullen de deelnemers in twee werkgroepen uiteengaan. In deze werkgroepen zal eerst een inventarisatie plaatsvinden op de eigen praktijkervaringen. Vanuit deze praktijkervaring zal worden bekeken of er gezamenlijke (knel)punten te vinden zijn die mogelijk de doelstelling van het NAPas in de weg staan. Te weten:

- Het terugdringen, of het voorkomen, van sociale uitsluiting en armoede.

Uit deze (knel)punten zal geprobeerd worden “indicatoren” (meetpunten) te ontwikkelen om veranderingen in het bestaande beleid te krijgen waarmee mogelijk de genoemde doelstelling van het NAPas gediend zal zijn.

Inleiding

De uitleg over EAPN wordt verzorgd door Dorus Been.¹

Na de uitleg over EAPN geeft Dorus aan dat het eerste NAPas voornamelijk een opsomming is geweest van het bestaande beleid. Dit seminar is vooral bedoeld om nu iets te kunnen betekenen in het kader van ‘zorg’ voor het komende NAPas.

Na deze uitleg wordt het woord gegeven aan de heer G. van Rienen.

De heer van Van Rienen sluit zich aan bij de opmerkingen van de heer Been over het eerste NAP.

Voordat hij daarover meer wil zeggen, geeft de heer van Rienen allereerst duidelijkheid over zijn functie en taken. Hij is verantwoordelijk voor de Internationale zaken van het ministerie van VWS en tevens verantwoordelijk voor de komende welzijnsnota en de nationale aspecten hiervan. Deze twee taken geeft hem het voordeel van het hebben van een ‘overview’ vanuit de internationale standpunten naar de nationale standpunten. De heer van Rienen is vanaf 1992 betrokken bij de discussie rondom het verdrag van Amsterdam.

¹ De uitgebreide uitleg over ‘EAPN’ kunt u lezen in het eerste verslag van het Seminar “inkomen(swaarborg)” van 31 oktober en 1 november 2002.

Hij geeft aan dat hij niet veel ziet in deze “sociale benadering” van het Europese beleid. Dit omdat voor deze route (nog) geen sanctiemogelijkheden zijn vanuit de Europese Unie (EU). Sinds 2 á 3 jaar moet iedere lidstaat van de EU laten zien wat men doet op het gebied van sociale uitsluiting en bestrijding van de armoede. Op dit moment is er discussie gaande of Nederland ‘zorg’ wel wil opnemen in het volgende NAP. De heer van Rienen geeft aan dat dit seminar precies op het juiste moment inspeelt op die discussie.

Vanuit de randvoorwaarden (NAPas doelstellingen):

1. bevordering arbeidsparticipatie en toegang tot hulpmiddelen, rechten en diensten;
2. voorkoming van sociale uitsluiting;
3. de positie van de meest kwetsbare groepen en;
4. betrekken van alle actoren,

is juist voor punt 3 een brede definitie in ‘actieprogramma’ en de rapportage genomen. Het voordeel is dat bijna alle ministeries hiervoor rondom de tafel moeten. Het ministerie VWS en SZW hebben hierin het grootste aandeel. Het nadeel hiervan is dat niet altijd zicht is op welke zaken nu van belang zijn. Hoort bijvoorbeeld vrijwilligerswerk, dak- en thuislozen en sociale activering nu ook bij het NAPas-proces? De heer van Rienen vraagt zich dan ook af of met name deze punten zouden moeten worden meegenomen in de discussie van dit seminar. Of zijn er andere punten die van belang zijn voor het NAPas-proces?

De heer van Rienen vraagt dringend om een aanzet vanuit dit seminar om los te kunnen komen van de zogenaamde ‘hokjesgeest’.

Terugkomend op de opmerking van de heer Been, is ook de heer van Rienen van mening dat het NAPas 2001 voornamelijk een opsomming is geweest van het bestaande beleid.

Hoofdstuk 1 gaat over de gekozen onderwerpen;
hoofdstuk 2 gaat over de gekozen beleidslijnen hiervoor;
en in hoofdstuk 3 staan de streefdoelen gemeld.

De heer van Rienen stelt de vraag of wij – de mensen waar het om gaat – dit willen voor Nederland en of het dan goed is dit zo te laten omdat ‘Brussel’ dit zo wil?

De heer van Rienen geeft aan regelmatig getuige te zijn geweest van het werk dat EAPN en EAPN Nederland op het gebied van het NAPas-proces heeft verricht en nog steeds verricht. Hij complimenteert de EAPN met hun werk en erkent dat het zeer goed werk is. Wel vraagt hij zich af of EAPN Nederland niet teveel en te goed werk hiervoor doet. Het NAPas-proces heeft namelijk nog geen status waar ook sancties aan vast zitten als een Lidstaat zich niet houdt aan de afspraken. Met andere woorden: als een land besluit niet meer te doen dan een opsomming van het bestaande beleid, dan zijn er geen pressiemiddelen om dit land te verplichten meer te doen. Het is dan ook voornamelijk een Europese aangelegenheid.

De EAPN reageert hierop door te stellen dat dit nu juist de reden is waarom de EAPN het NAPas-proces wel belangrijk vindt. Via dit soort initiatieven –dat overigens niet alleen in Nederland gebeurt- wordt steeds meer druk uitgeoefend op de lidstaten om wel degelijk

iets te móeten doen op het gebied van sociale uitsluiting en de bestrijding van armoede. Ja, het is nu nog te vrijblijvend en er is vaak niet voldoende samenhang tussen de verschillende beleidsvisies. Zo vindt EAPN dat er nog steeds teveel nadruk wordt gelegd op het hebben van ‘werk’ als ultieme oplossing voor alle soorten van problematiek. Ook de heer van Rienen is van mening dat ‘werk’ te veel ‘krediet’ wordt gegeven.

Waar de EAPN zich ook zorgen over maakt is de overheveling van een aantal ‘zorg’-onderwerpen naar andere ministeries. Zoals bijvoorbeeld de kinderopvang, die is door de overheveling naar SZW nu een arbeidsmarktinstrument geworden, onlosmakelijk verbonden aan het hebben van betaalde arbeid.

De heer van Rienen geeft aan dat ‘zorg’ in twee zaken is onder te verdelen.

1. zorg bijvoorbeeld de Arbeid & zorg verdeling.
2. gezondheidszorg bijvoorbeeld de gezondheidsbeleving en de dagelijkse praktijk.

Over de gezondheidsbeleving en de werkelijke situatie kan ook de koppeling gemaakt worden naar iemands inkomenspositie (de commissie Albeda heeft hierover een rapport gepubliceerd).

De heer van Rienen stelt ter discussie de invloed van het nationaal beleid op het internationale beleid. Hij vraagt zich af of beleid voor het bestrijden van sociaal economische gezondheidsverschillen zou moeten worden opgenomen in het Nederlandse NAPas?

Is dit iets dat meegenomen kan worden naar het internationale vlak?

Frankrijk bijvoorbeeld heeft een (bijna) dekkend ziekenverzekerings-systeem, dus wat moet Frankrijk met beleid in Nederland tegen de sociaal economische gezondheidsverschillen?

Een andere invalshoek is de beschikbaarheid (en toegang) tot de zorg en zorginstellingen. Denk bijvoorbeeld aan de wachtlijsten etc.

Opmerking vanuit de zaal:

1. *Je hebt –bij de uitvoerenden en in de financiële vergoedingen- ook te maken met de beeldvorming die hier uit voortvloeit. Men heeft hierdoor liever niet teveel ziekenfondspatiënten.*
2. *Daarnaast is de collectieve verzekering die sommige sociale diensten afsluiten voor hun bijstandcliënten wanneer het gaat om geestelijke gezondheidszorg geen verbetering. Het leidt zelfs vaak tot een verslechtering.*

De heer van Rienen gaat door met de uitleg over de procedure van het NAPas.

Op 3 oktober 2002 is de aftrap gegeven voor de vorming van het NAPas 2003. hiervoor waren 80 mensen (vanuit de NGO's) uitgenodigd om mee te discussiëren over de invulling. Hier kwam bijvoorbeeld uit dat er ook aandacht moet worden geschonken aan de (financiële) positie van de chronisch-ziekten en gehandicapten.

Het is op dit moment de bedoeling dat medio juli 2003 het NAPas voor 2003-2005 klaar moet zijn.

Voordat dit zo ver is zal nog een bijeenkomst worden gehouden waar wederom de NGO's voor zullen worden uitgenodigd. Dit zal waarschijnlijk in januari of februari 2003 plaatsvinden.

Al de Naprapporten die iedere lidstaat dan klaar heeft, zullen naast elkaar gelegd worden. Hieruit zal een gezamenlijk rapport voortkomen. Dit is de Europese synthese met 'highlights' van de belangrijkste punten.

De discussie die op dit moment gaande is gaat over de indicatoren (meetpunten). In de tot nu toe voorgestelde indicatoren is de 'zorg' niet goed vertegenwoordigd. Deze seminars en met name dit thema komt dus precies op het juiste moment.

Hierna wordt de deelnemers gevraagd of ze nog toelichtende vragen hebben. Hieruit komen de volgende opmerkingen/vragen:

- 1. De gehandicaptenzorg, met name de medische zorg in de instituten, voldoet uitstekend. Het is de directe –aan huis- zorg en de andere zaken eromheen die absoluut niet voldoen. Wat gebeurt hiermee?*

Antwoord van de heer Huitinck(GGZ): *hiervoor is nu het Persoonlijk Gebonden Budget (PGB) bedoeld. Het is de bedoeling dat hiermee de positie van de gehandicapte wordt verzelfstandigd. Het is wel zo dat het PGB in de experimentele fase zit en er teveel bureaucratische rompslomp omheen zit.*

Willem Zillig maakt hierop de opmerking dat hiervoor mogelijk een indicator zou kunnen worden ontwikkeld.

De EAPN merkt op dat het EAPN mogelijk haar eigen Synthese zou moeten maken.

De heer van Rienen stelt de vraag hoe het NAPas lokaal gemaakt zou kunnen worden.

De EAPN antwoordt hierop:

De deelnemers/deelneemsters van de 5 seminars krijgen het verzoek mee naar huis het NAPas op de lokale agenda – hun gesprekken met de gemeenten- te plaatsen. Zo komt er aandacht voor dit proces. In het najaar zal het EAPN de mensen vragen hoe de gemeenten hierop reageren en de uitkomsten bij de ministeries en de politiek neerleggen. Op deze wijze tracht het EAPN armoede(bestrijding) en sociale uitsluiting weer op de politieke (en maatschappelijke) agenda te plaatsen.

Tot zover de inleiding van de heer van Rienen.

De inleiding van de heer Huitinck, beleidsmedewerker bij de Geestelijke GezondheidsZorg (GGZ).

De heer Huitinck geeft aan blij verrast te zijn met deze uitnodiging. Hij concludeert hieruit dat de GGZ is gekoppeld aan armoedebeleid. Hij ziet dit als een erkenning dat veel GGZ cliënten wel degelijk in de armoede zitten.

De heer Huitinck geeft aan dat hij zelf uit de belangenbehartiging afkomstig is. Hij heeft in de GGZ-clëntenparticipatie gezeten en dit ging zelfs op Europees niveau.

Vanuit de bezoeken die hij in dit kader heeft gedaan in de Oost-Europese landen geeft hij aan dat het internationale beleid voor een onbehagelijk gevoel zorgt bij hem. Als hij het Nederlandse beleid met betrekking tot armoedebestrijding vergelijkt met bijvoorbeeld de realiteit van armoede in deze Oost-Europese landen, dan zorgt dit verschil tussen

Nederland en de genoemde landen voor bescheidenheid ten opzichte van de armoede in Nederland.

Hij vraagt zich af of deze verschillen niet leiden tot ondersneeuwen van het Nederlandse beleid.

De GGZ waar hij nu de vertegenwoordiger van is, is de aanbieder van ‘zorg’ op het gebied van Psychische aandoeningen zoals de RIAGG. Daarnaast gaat de GGZ ook over de verslavingszorg en de instellingen waar begeleid wonen wordt aangeboden.

Vanuit de zaal komen opmerkingen over het te weinig hebben van zak- en kleedgeld binnen een aantal instituten. Hierop reageert de heer Huitinck dat dit onderzocht is door de NIBUD en dat daaruit de conclusie is gekomen dat dit wel mee valt. Er is wel sprake van armoede maar niet erger dan elders (bijvoorbeeld bij uitkeringsgerechtigden).

Hierop wordt gereageerd met de opmerking dat dit een typische reactie is vanuit dit soort instellingen. Natuurlijk zullen ze niet zeggen dat er armoede is.

EAPN reageert hierop door te stellen dat de uitkomsten van een onderzoek afhankelijk zijn van de definitie die men hanteert. Het EAPN hanteert een ruime definitie en daardoor wordt het onderzoeken van armoede wel lastiger. EAPN is van mening dat de definitie zoals zij die hanteert meer recht doet aan de beleving van armoede dan sec kijken naar de financiële armoede.

Definitie Armoede van de EAPN Nederland

“Armoede is het ontbreken van zekerheden, zoals het ontbreken van betaalde arbeid, goede scholing en toereikende huisvesting, die mensen in staat stellen hun eigen verantwoordelijkheden te nemen en van hun fundamentele rechten gebruik te maken. Dit wordt armoede als zekerheden op meerdere levensgebieden ontbreken – een duurzaam karakter hebben- en als de kansen zelf de aanwezige rechten op te eisen c.q. op te kunnen eisen worden aangetast. Armoede is een fundamenteel kenmerk van onze hedendaagse maatschappij.”

EAPN zou een rol kunnen spelen (via dit seminar bijvoorbeeld) om meer handvatten te bieden – vanuit de mensen zelf – om de betrokken instellingen anders te laten kijken naar hun eigen beleid.

De heer Huitinck geeft aan dat het zijn ervaring is dat instellingen niet uit zichzelf in beweging zullen komen. Volgens hem moet dit komen vanuit de mensen zelf (eventueel via cliëntenorganisaties). Vaak zorgen de initiatieven en signalen vanuit de cliënten ervoor dat een instelling het beleid begint aan te passen.

Hij pleit voor een grotere samenwerking tussen de organisaties van uitkeringsgerechtigden en de cliëntenbonden van de geestelijke gezondheidszorg om zo de beweging bij de instituten van de geestelijke gezondheidszorg voor elkaar te krijgen.

Daarnaast geeft de heer Huitinck aan dat er grote verschillen bestaan tussen de groepen binnen de GGZ qua inkomen en de positie die ze innemen.

Reactie uit de zaal: *deze grote ongelijkheid is een van de redenen waarom GGZ is uitgenodigd voor dit seminar. Daarnaast signaleren we ook dat de doelstellingen die GGZ hanteert in combinatie met de verschillende doelgroepen die gebruik maken van de vele mogelijkheden van GGZ het risico verhogen voor zogenaamde 'draaideurpatiënten'.*

Antwoord van de heer Huitinck: *Nederland heeft een hoog niveau van geestelijke gezondheidszorg. Ondanks dat gaat er wel eens wat mis. De reacties hierop worden door de media vaak opgeblazen tot buitenproportioneel waardoor de maatschappij een vertekend beeld krijgt.*

Reactie vanuit de zaal: *dat neemt niet weg dat er wel degelijk sprake is van mensen die gemangeld worden door het systeem en dat ook bij de GGZ uitsluitmechanismen werkzaam zijn.*

Tot hier het eerste plenaire gedeelte.

**Verslag van de werkgroep A.
voorzitter Willem Zillig
Notulist Quinta Ansem**

Aan de hand van de ervaringsverhalen starten we deze werkgroep. Al heel snel blijkt men aan de slag te gaan met inventariseren van knelpunten met af en toe voorbeelden uit de praktijk ter ondersteuning van het geuite knelpunt.

- De partner is tussen de instellingen komen te hangen. De een verwijst door naar de ander en zo ging het verder. Het resultaat is dat de partner uiteindelijk niet geholpen werd maar verder afgleed in de ellende. Dit heeft geresulteerd in het overlijden van de partner.
- De instellingen stellen hun 'eigen belang' boven het belang van de cliënt. Er is geen innovatie meer binnen de instellingen. Hulpverlenend Nederland kent (bijna) geen personen meer die zich verantwoordelijk voelen voor de cliënt. Degene die dat (nog) wel heeft, loopt stuk op de regels. Deze verzakelijking van de hulpverlening heeft geleid tot 'verarming' van de hulpverleners.
- De cliënt is als een bal die de berg af rolt die niet meer te stuiten lijkt en niemand die zich verantwoordelijk voelt om achter de bal aan te hoppen om die te stoppen.
- Er wordt geen betrokkenheid meer ervaren vanuit de hulpverleners.
- De vrijheid van handelen van de hulpverlener is door de regels beperkt.
- Ook de verkokering van de geestelijke gezondheidszorg is debet aan de slecht werkende hulpverlening.
- De mantelzorg is overbelast. Vaak moet de mantelzorg gedaan worden door mensen die zelf ook al op leeftijd zijn en de verantwoordelijkheid hebben voor hun nog levende ouders. Dit is een neveneffect van de vergrijzing. Deze steeds groter wordende groep heeft dan te maken met de wachtlijsten in de ouderen-

verzorgingsinstituten waardoor er schrijnende gevallen ontstaan. Voorbeelden van mensen die dreigen te bezwijken onder deze verantwoordelijkheid door gebrek aan professionele ondersteuning zijn te over. Ook gebeurt het dat iemand wel zijn moeder kan plaatsen maar niet de vader. Veel mensen krijgen te horen dat ze één jaar tot wie weet hoe lang moeten wachten voordat een hulpbehoevende ouder geplaatst kan worden en als er ineens wel plaats is, dan durven ze niet te weigeren omdat men anders weer op de wachtlijst komt. Veel hulpbehoevende ouders overlijden voordat ze aan de beurt zijn. De hulp en verzorging die deze ouderen nodig hadden of ondersteuning voor de mantelzorgers is pas aan het einde of nooit gekomen.

- Ook heeft deze groep vaak te maken met een slechte financiële situatie. Hierover hoor je bijna niemand. Er is sprake van stille armoede.
- Het vinden van een hulpverlener is een hachelijke zaak. Heel vaak duurt het jaren voordat je een hulpverlener hebt gevonden waarbij je je vertrouwd en op je gemak voelt en waarbij je het gevoel hebt dat ‘jij’ centraal staat. Als je die gevonden hebt dan wil je die voorlopig niet meer kwijt. En dan hoor je van die hulpverlener dat die stopt met het werk wegens overplaatsing of andere redenen. Negen van de tien keer moet je maar zien waar je dan weer terecht kunt. De hulpverlener die ik nu heb, en waar ik dus heel blij mee ben, wordt ook overgeplaatst. Gelukkig neemt deze hulpverlener mij mee zodat ik niet weer opnieuw hoeft te beginnen. Ik weet dat dit een uitzondering is
- Men ervaart dat als men met lichamelijke klachten bij de arts komt, alles wordt afgeschreven naar ‘het zal wel psychisch zijn’. Er wordt niet meer gekeken naar de mens en de lichamelijke klachten.
- Opgemerkt wordt dat de instellingscapaciteit de “maat” van het zogenaamde “maatwerk” is. De “maat” behoort “de behoeften/hulpvraag van de cliënt (de mens dus)” te zijn.
- Over belemmeringen gesproken. 40% van het totale bestand van de sociale diensten bestaat uit mensen met een lichamelijke handicap. Wordt hier rekening mee gehouden?
- Dan heb je nog de jeugdzorg. Je hebt jeugdzorg algemeen (de voorzieningen op het gebied van welzijn voor de jeugd), en je hebt de jeugdzorg voor psychische en opvoedingsproblematiek. Beide invalshoeken zijn niet toegerust op de vraag die er is.
- Je kunt spreken over het “olievlek fenomeen”. Zonder goede ondersteuning wordt de opvoedingsproblematiek doorgegeven aan de volgende generatie.
- In Oosterhout bijvoorbeeld is er gebrek aan niveau op het gebied van beleid voor jongeren en gehandicapte jongeren.

Algemeen wordt opgemerkt dat armoede betekent: het niet in staat zijn om oplossingen te kunnen vinden, keuzes te kunnen maken. Het is dus meer dan alleen het financiële plaatje.

Vanuit het gebrek aan jongerenbeleid op lokaal niveau komt de opsomming van problematiek vanzelf terecht op ‘veiligheidsproblematiek’.

- “Halt” werkt voor 14-15 jarigen. De wat oudere jeugd valt hier weer buiten.

- Er wordt nauwelijks geluisterd naar de ellende die iemand meemaakt. In dit voorbeeld gaat het om het niet gehoord worden in verband met mishandeling door een buurman.
- Men vraagt zich af of cliënten in de gezondheidszorg wel kritisch durven te zijn. De ervaring is van niet. De cliënten zijn bang dat kritisch zijn ten koste kan gaan van het contact met de beleidsmakers.
- Ook heeft men de ervaring dat ‘welzijn’ vaak meer bezig is om de subsidie op te maken om te voorkomen dat men het volgende jaar minder zal krijgen. Over het algemeen geldt dat als je niet alles hebt opgemaakt je dan ook niet meer zoveel nodig zult hebben. Deze subsidiestrijd zorgt er (ook) voor dat de kwaliteit van de zorgaanbieders zeer vaak beneden peil is.
- Enkele deelnemers maken melding van de ‘tendens’ dat door de onmachtgevoelens er steeds meer agressiviteit bij mensen waar te nemen is.
- In de hulpverlening blij je vaak het snelst geholpen te worden als je doordraait. Dus de tendens in de hulpverlening, om pas in actie te komen bij dreigende agressiviteit en escalatie, versterkt het gevoel van ‘niet geholpen worden’ bij de hulpvragenden en daardoor worden mensen steeds bozer en agressiever.

Willem Zillig stelt dat hij uit al deze opmerkingen en knelpunten kan halen dat “de zorg” wordt overladen met een hele grote vraag om hulp.

Waarom is dit? Heeft dit iets te maken met de sociale structuur? Of juist met een gebrek aan sociale structuur?

- De maatschappij is aan het verharderen.
- Zorg houdt in: welzijn op alle gebieden. Als die er niet is dan is het onmogelijk om uit de armoede te komen.
- De onbekendheid met de regels, maar ook de grote hoeveelheid regels zorgt voor een zware belasting voor de mantelzorg. De regels sluiten heel vaak niet aan op elkaar².

Willem stelt de vraag wat er bedoeld wordt met “welzijn op alle gebieden”?

- Het gaat om welzijn van de geest en lichaam, hiervoor zal een holistische benadering van de mens nodig zijn. De verslechtering van sommige zorgonderdelen (bijvoorbeeld de huisarts, de tandarts en sommige specialisten) in combinatie met de armoede leidt tot een verminderde veerkracht van de mens.
- De onzekerheid die vele moeten ondergaan over hun positie (bijvoorbeeld qua inkomen, huisvesting en wachttijden in de hulpverlening) in het algemeen leidt ook tot verslechtering van het geestelijk welzijn. Dit zorgt weer voor een verminderde weerstand.
- Welzijn houdt ook in: “de kwaliteit van de hulpverlening en zorginstellingen”. Te vaak zien we dat een WIW-er als sluitpost wordt gebruikt.

² Een deelnemer maakt ons attent op vele wettelijke regels die positief zouden kunnen werken als men dit zou weten. De hoeveelheid van kennis die deze deelnemer heeft over al deze regelgevingen is indrukwekkend. Wel geeft ze direct aan dat enkele zullen verdwijnen of zullen worden aangepast. Hierdoor wordt bij onze werkgroep bekrachtigd dat het ‘up to date’ zijn en blijven van de regelgeving bijna een dagtaak is en voor de gemiddelde mens niet te doen is.

- Men zet ze in zonder een gedegen ondergrond. Dit kan leiden tot een kwaliteitsvermindering van de zorg in het algemeen.
- Hoe zit het met de dak- en thuislozen? Ook hier is een tekort.
 - De hoerenzorg.
 - De “niet verzekerden”? Er blijken namelijk steeds meer mensen te komen die niet verzekerd zijn. Of die geen huisarts hebben. De huisartsenposten bij de EHBO's proberen hierop een beetje in te spelen.
 - De dekkingsgraad is vooral een papieren dekkingsgraad en strookt niet met de praktijk.

Alles gehoord hebbende komen we tot de conclusie dat het gaat om alle mensen van 0 tot 18 jaar, de ouderen (55+ers), de dak- en thuislozen, prostitutiezorg, gehandicaptenzorg en de uitkeringsgerechtigden. Kortom, de zorg schiet op bijna alle gebieden en voor bijna alle mensen te kort. Waarbij benadrukt wordt dat dit bijna altijd gaat om mensen die op de een of andere manier ook weinig geld hebben.

De menselijke maat ontbreekt bij:

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

We komen tot de conclusie dat het “zelfoplossend vermogen” van de mensen is verminderd door de verharding van de maatschappij.

Daardoor wordt de “zorg” overladen met vragen om hulp.

Wat heeft dit veroorzaakt?

1. De wijzigingen in de arbeid (toename van vrouwen, en het werk, werk, 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).
- Deze punten hebben geleid tot een vermindering van de sociale cohesie waardoor de zorgtaken in de knel zijn gekomen.
 - Er is een grotere behoefte aan zorg maar een afname aan de invulling van die behoefte.
 - Een hoop zorgtaken “moeten” hierdoor overgeheveld worden naar instellingen zoals scholen en buitenschoolse opvang. Maar ook de (nu genoemde) mantelzorg komt hierdoor onder enorme spanning te staan.
 - Er wordt nauwelijks naar de balans tussen de ‘draaglast’ en de ‘draagkracht’ gekeken.
 - De productiviteitseis ligt te hoog. 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 weg. Daarvoor zijn de grote supermarkten in de plaats gekomen maar die werken dit soort ontmoetingen niet in de hand.
- Het bij je aan de deur komen van de melkboer en anderen was een vorm van sociale controle. Nu komt bijna niemand meer regelmatig bij je aan de deur en wie weet is het daarom ook wel zo dat iemand enkele weken (tot zelfs wel langer) in zijn/haar huis ligt (ziek of zelfs dood) terwijl niemand het in de gaten heeft.

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

- De weduwe- en wezenwet is zo aangepast dat ook voor hen de combinatie Arbeid & Zorg niet meer goed te doen is.
- De vrouwen krijgen nu te horen dat de tijd welke 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 veel, kost te veel tijd, waardoor je geen tijd meer over hebt voor solidariteit en de sociale cohesie.

Uit al het besprokene legt Willem een stelling neer waar vanuit we gaan proberen te werken.

Stelling: hoe stimuleer je de maatschappij om “maatwerk” in de eigen straat terug te krijgen (de sociale cohesie terug brengen)

Maatschappelijk niveau:

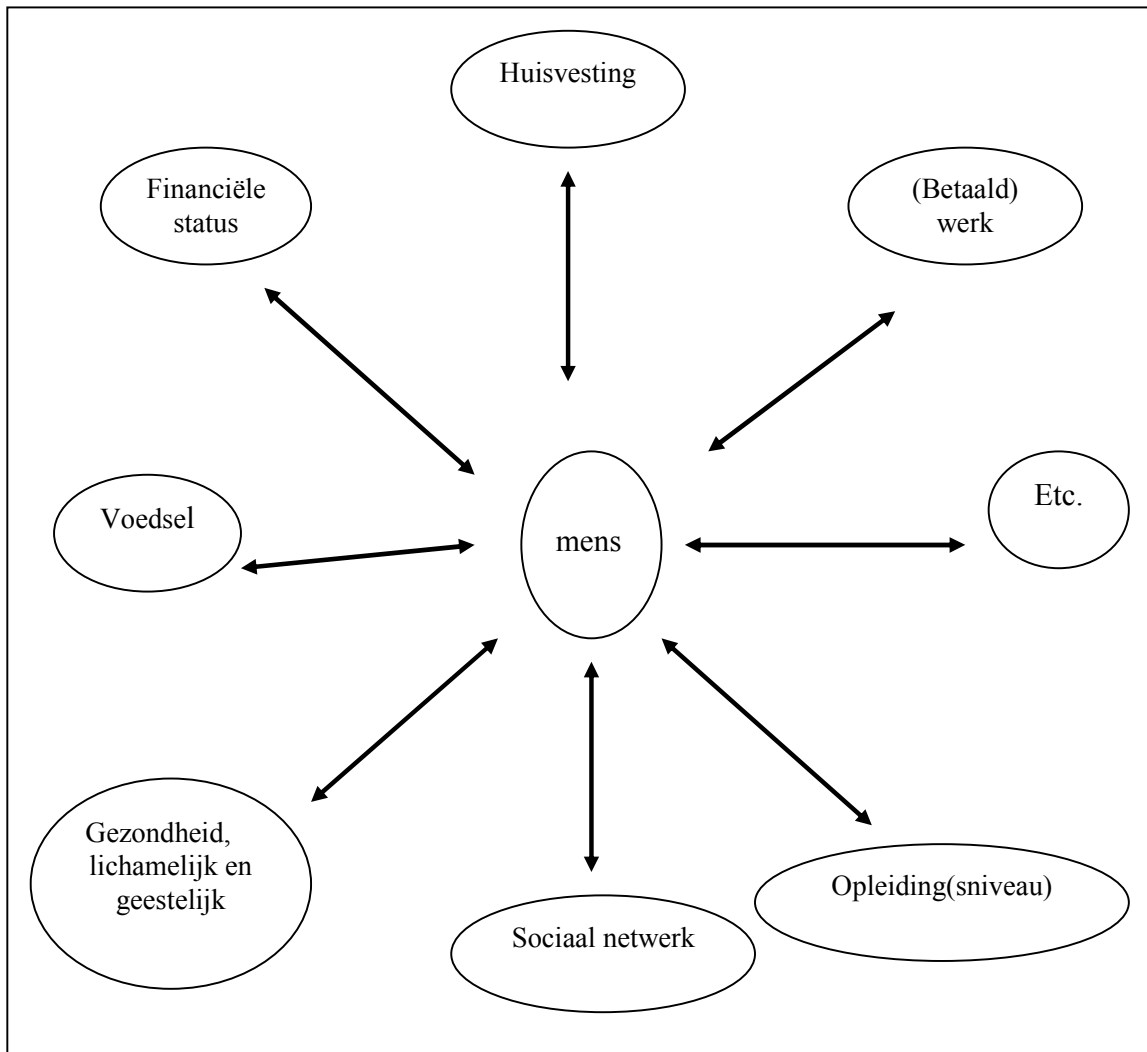
- Door dit een verantwoordelijkheid te laten zijn van alle mensen, dus ook de rijken.
- Door positief te blijven.
- Door goede voorbeelden in het zonnetje te zetten zodat die als stimulans kunnen werken voor een socialere maatschappij.
- Door de opvoedtaak (opbouwwerk) bij verenigingen en welzijn terug te brengen (nu zijn activiteiten en verenigingen vooral gericht op ‘tijdverdrijf en vermaak’).
- Door te erkennen dat zorgtaken en sociale cohesie tijd kosten. Deze zouden ruimte en (financiële) waardering moeten krijgen.

Conclusie: de verdeling tussen Arbeid & Zorg is op dit moment “knellend”.

Instelling niveau:

- Door het scenario van een zorgplan in je eigen handen te kunnen houden. (Eigen regie).
- Door een koppeling van bestanden, wettelijke- en dossierbestanden.
- Door instellingen meer informatie te verschaffen.

Allereerst constateren we dat de mens, en het welzijn van de mens, door meerdere factoren wordt beïnvloed. Iemand die financiële armoede kent heeft vaak ook te maken met schulden en/of psychische nood, etc. Het volgende plaatje geeft aan met welke factoren een mens bijna dagelijks te maken heeft en welke gegevens daarover relevant kunnen zijn voor het bepalen van een totaal hulpaanbod.



Al deze gegevens kunnen relevant zijn om een goed, passend hulpplan te maken. Is ergens in deze factoren iets mis dan kan dat invloed hebben op de rest van de factoren. Komt iemand bij de psychische hulpverlening en men neemt bijvoorbeeld niet de huisvestingssituatie mee in het geheel, dan kan dit tot terugval leiden.

Wat als iemand de regie niet in eigen handen kan houden? (Uit deze vraag onstaat een soort van draaiboek waarvan de werkgroep denkt dat het voor een verbetering zou kunnen zorgen van het hulpaanbod en de uitwerking daarvan.)

Voorwaarden:

1. Regie in eigen hand betekent dat er toestemming moet worden gegeven voor een koppeling van deze gegevens.
2. Nadat een koppeling niet meer nodig is, moet men de gegevens ontkoppelen.
3. Bij het niet in staat zijn om de regie in eigen handen te hebben is er een autoriteit nodig die dan kan beslissen.
4. De huisarts kan hierin als poortwachter functioneren.
5. Daarvoor behoort de communicatie van cliënt naar huisarts naar instelling naar cliënt en weer terug goed te werken. Hierbij behoort de communicatie vanuit de cliënt naar huisarts en instelling ook altijd mogelijk te zijn.
6. Een klachtensysteem, dat totaal onafhankelijk is! Nu komt de klacht terecht bij de instelling waar de persoon werkt waar de klacht over gaat.
7. Er zou een coach (begeleider) moeten zijn met autorisatie tot het nemen van beslissingen voor elk van zijn/haar cliënten. Hiervoor kun je denken aan de wijkverpleegster of iemand bij de poliklinieken of een spreekuurhoudster/houder.
8. Hoe dan ook, de cliënt moet altijd centraal staan.

NB. Om de zorginstellingen weer cliëntgericht te laten werken zal een gigantische cultuuromslag nodig zijn.

Kwaliteit bij de zorginstellingen

Voorwaarden:

1. Als men gebruik maakt van WIW-ers (of I/D-ers) dan zal men de capaciteiten die iemand heeft moeten vergroten door te investeren in scholing in het vak.
2. Bij het behalen van een vakdiploma zal de WIW-er in vast- en cao- dienstverband moeten worden aangenomen.
3. Men kan denken aan een andere indeling van werktijden. Bijvoorbeeld 4 dagen werken, 3 dagen vrij. Hierdoor krijgen de uitvoerders van de zorgtaken in de zorginstellingen minder stress. Nu blijken mensen vaak onmogelijke diensten te moeten draaien waardoor er wel heel erg veel gevraagd wordt van iemands incasseringsvermogen.
4. De medische wereld moet niet (zoals nu ervaren wordt) te snel verwijzen naar een zogenaamd psychische oorzaak. Hierdoor worden lichamelijke klachten niet serieus genomen. Dat men (de medici) niet altijd weet waar iets vandaan komt hoeft niet te betekenen dat men dan ook niets hoeft te doen aan de lichamelijke klachten. Het doorverwijzen naar een therapeut kan een onderdeel zijn van de aanpak van lichamelijke klachten maar wordt nu vaak gebruikt als dé aanpak en verder doet men niets.

Politiek niveau

1. De 100% dekkingsgraad die men nastreeft zal moeten worden gerealiseerd door:
 - Een basiszorg voor iedereen;
 - keuze vrijheid “welke zorg” plus toegankelijkheid voor iedereen;
 - geen onderscheid tussen arm en rijk.

Op dit moment kan een uitkeringsgerechtigde op bijstandsniveau in de geestelijke gezondheidszorg bijvoorbeeld alleen terecht bij de RIAGG's. Men kan niet kiezen voor een vrij gevestigde hulpverlener omdat hiervoor geen geld genoeg is.

2. Gelijktrekking van de verzekeringsleeftijd en de volwassenengrens.
3. Werkelijke waardering voor de mantelzorg en andere zorgtaken als onmisbaar onderdeel van het zorgsysteem.
4. Zorg – in al zijn aspecten- zal meer ruimte moeten krijgen in het ‘levenssysteem’.
5. Waardering voor het para-professionele hulpaanbod.

NB. Mantelzorg moet overbrugging zijn, geen structurele situatie!

Verslag werkgroep B.

Voorzitter Koos Mirck

Notulist: Dorus Been

Gezondheidsproblematiek

- 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 geven.
- Er is niet echt sprake van een verwijsfunctie onderling.
- Aan de andere kant gebeurt het ook wel dat sommigen die wel mondig zijn een onterechte voorrangpositie verkrijgen.
- 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.
- Je hebt mondige mensen, mondige mensen met hulp en onmondige mensen zonder hulp die de klos zijn.
- Je moet met jouw PGB binnen bepaalde termijn al ingekocht hebben, anders vervalt het aan de “grote pot”.
- Het PGB-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 hulpbehoevendheid is zorg nodig en moeten kosten worden gemaakt die niet worden vergoed.

- Als mensen te lang in financieel moeilijke omstandigheden leven, plegen ze ‘roofofbouw’ op lichaam en geest. De omstandigheden veroorzaken stress en 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 ‘reïntegreren en het werk hervatten. Als hierbij de financiële omstandigheden ook nog eens niet verbeteren, krijgt men eerder te maken met een nog grotere belasting.

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 sociaal-economische 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.
 - ❖ Op de vraag hoeveel men dacht naast de zorg te kunnen werken kwam een gemiddelde van circa 12 uur per week naar voren.

Beschikbaarheid Gezondheidszorg

Over het algemeen is men van mening dat:

- De zorg ‘verschraalt’;
- de geboden kwaliteit door werkdruk sterk is verminderd;
- 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;
- de behandeling in onder andere verzorgingstehuizen vaak de kwalificering ‘onaanvaardbaar’ verdient;

- er steeds meer moet worden teruggevallen op mantelzorg;
- het ziekenfondspakket verschaalt en tevens duurder wordt;
- er sprake is van tweedeling in de zorg; sommige medicijnen zijn niet voor iedereen binnen bereik!

Bij de plenaire terugkoppeling worden de volgende conclusies getrokken:

1. Verkokering instellingen.
2. De instelling bepaalt 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.
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!
11. We hebben te maken met zorgvermijders. Waarom is dat?
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. Dit blijkt niet vooraf planbaar.
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 zelfoplossend vermogen van de 'mens' aangetast en uitgehold.

Aanbevelingen

1. Om de knelpunten genoemd onder de conclusies 1, 10, 15, 18 en 19 mogelijk op te lossen, de huisarts te ontlasten en daarmee aan de roep van de cliënt -voor meer aandacht voor de omstandigheden- gehoor te geven, zou gekeken kunnen worden naar een ondersteuning van **coaches** (voormalige dokterassistenten, verpleegkundigen etc. die zich kunnen laten opleiden tot intermediair = HBO-niveau) die de taak zouden kunnen krijgen te zorgen voor de coördinatie tussen de huisarts en de mogelijk verschillende specialisten waar een cliënt naar is doorgestuurd. Deze coach bewaakt in samenspraak met de cliënt en huisarts het dossier en zorgt ervoor dat geen (onnodige) dubbelingen voorkomen. Tevens zorgt de coach ervoor dat de verschillende specialisten en de huisarts ieder goed op de hoogte worden gesteld van de reeds genomen stappen en de voorgenomen stappen.

Op pagina 19 vindt u gevisualiseerd hoe dit er uit zou kunnen zien:
(De totale uitwerking is vanuit 1 cliënt beschreven. Deze methode is toepasbaar voor iedere cliënt.)

2. 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.
 - 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.
3. Wij adviseren 'dringend' om te investeren in sociale structuren en met name in sleutelpersonen ter ondersteuning voor het terug kunnen brengen van het zelfoplossend vermogen van de individuele mens³.

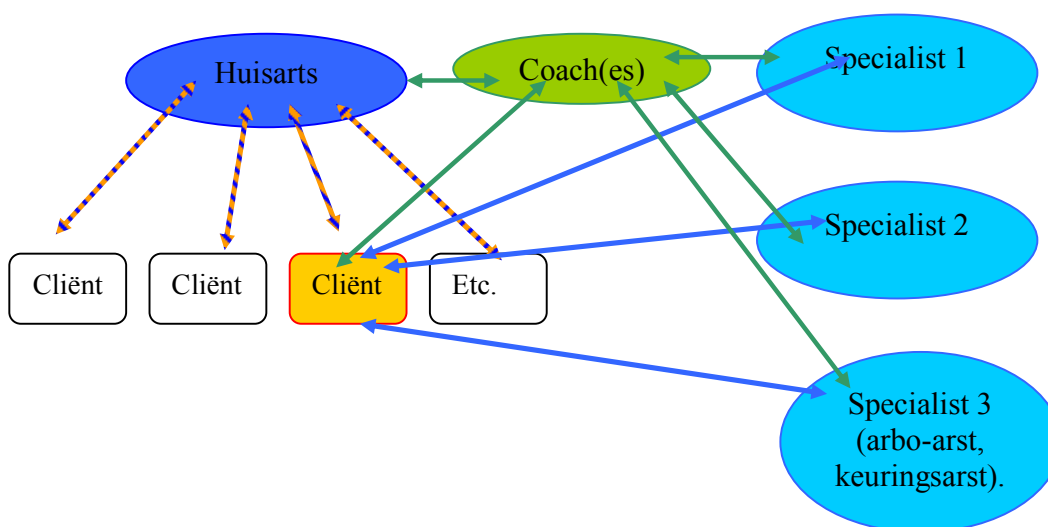
³ Een uitgewerkte visualisatie vindt u op pagina 20.

- 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 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.
 - 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. Voor alle Nieuwe (eventueel ook bestaande) WAO’ers zou –voordat men begint aan een reïntegratietraject richting de (betaalde) arbeidsmarkt- een cursus moeten komen waar de WAO’er naar toe móet en waar voornamelijk de aandacht ligt in het leren omgaan met de nieuwe situatie/veranderingen met alle daarbij horende zaken.
- Een zogenaamde **WAO In Zicht** cursus (**WIZ**-cursus).
- Vragen zoals:
- Welke effecten heeft het hebben van een WAO-uitkering op de privé- omstandigheden?
 - Wat kun je wel? Het (her)ontdekken van de aanwezige talenten.
 - Met welke instanties en trajecten krijg je te maken?
 - Welke invloed heb je zelf op dit totale proces?
- zouden hierin aan de orde moeten komen.

Voor deze (verplichte) cursus zou gebruik moeten worden gemaakt van trainers en begeleiders die ruimschoots ervaringen hebben met de doelgroepen die multidisciplinaire problematiek hebben. De Landelijke Kaderscholing Uitkeringsgerechtigden (**LKU**), die hiermee al jaren ervaringen heeft opgedaan, zou –ons inziens- een goede optie zijn voor het maken en uitvoeren van deze cursus.

5. We hebben gekozen om voor de hierboven genoemde punten een goed uitgewerkt en beargumenteerd advies neer te leggen. Als allerlaatste advies doen we een dringend beroep op de lezers van dit verslag, en met name de beleidsontwikkelaars, om ook te kijken naar de andere, nog niet in adviezen uitgewerkte, ervaren knelpunten. De hoeveelheid aan knelpunten roept ons inzien de terechte vraag op of ons zorgstelsel niet dringend moet worden geëvalueerd en worden herzien. Wij spreken de hoop uit dat de doelgroepen -die afhankelijk zijn van het zorgsysteem- hierin een vaste en serieus genomen “meedenk” plek zullen hebben.

Visualisatie van de nieuwe situatie.

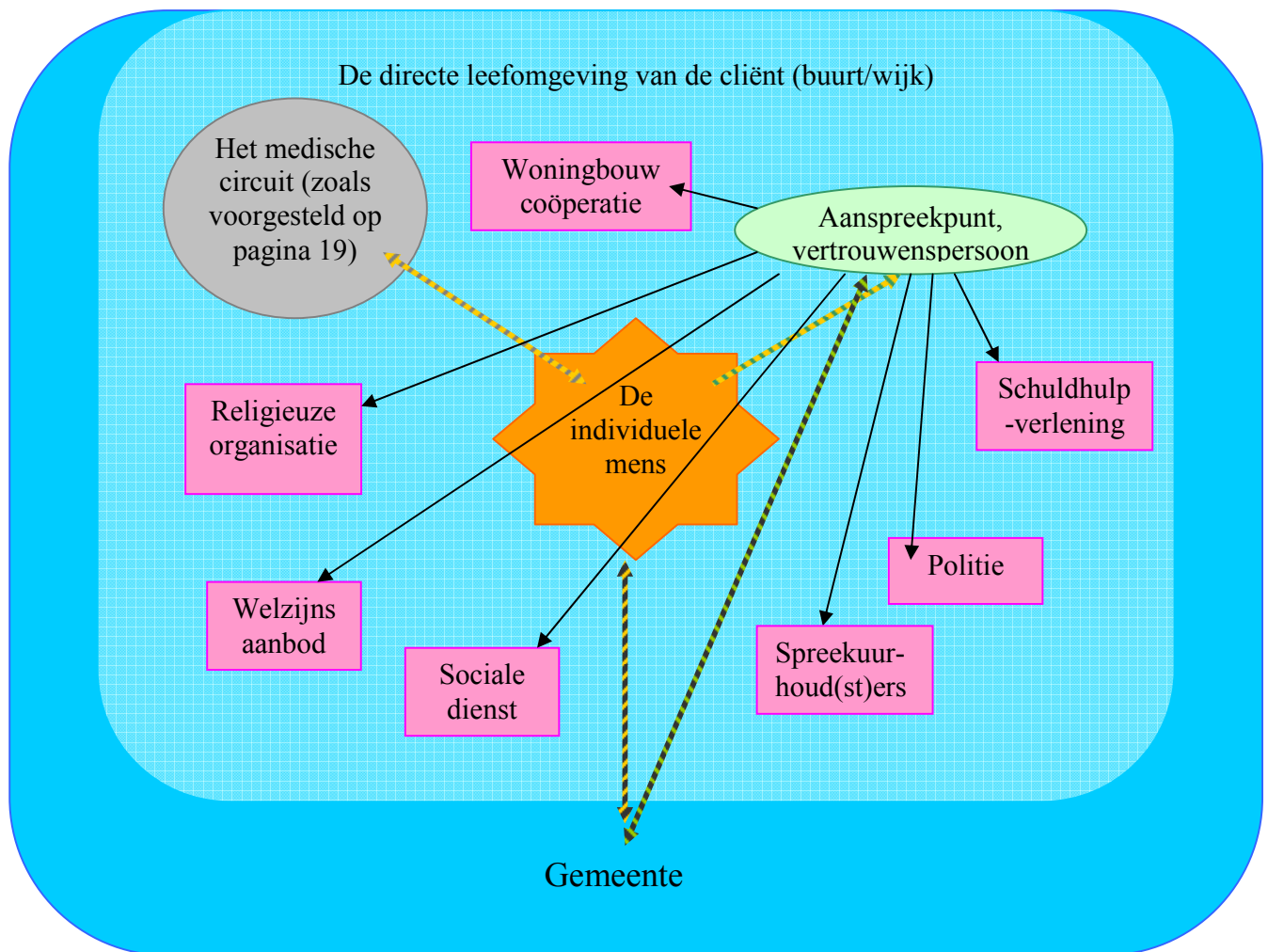


- ↑ Deze pijl staat voor het rechtstreekse contact tussen huisarts en cliënt.
- Deze pijl staat voor het rechtstreekse contact tussen specialist en cliënt.
- Deze pijl staat voor de dossierscoördinatie -door de coach- tussen huisarts, specialist(en) en de cliënt. Hierin speelt de cliënt een grote rol. De cliënt is immers degene die uiteindelijk contact heeft met alle actoren. Op deze wijze kan de cliënt meesturen in een 'eigen' medisch traject.

Door deze dossierbewaking in handen te geven van een door de cliënt geautoriseerde tussenpersoon kunnen ook 'dubbelingen' van medische handelingen worden voorkomen. Daarnaast kan deze tussenpersoon (met toestemming van de cliënt) noodzakelijke medische gegevens opvragen van- en verschaffen aan een eventueel nieuw ingeschakelde specialist naast de al ingeschakelde specialist(en).

De bewaking van de dossiers heeft vijf positieve effecten.

1. De cliënt krijgt een stem en inzicht in het totale behandelplaatje;
2. De huisarts wordt beter op de hoogte gehouden van de genomen stappen door een van de ingeschakelde specialisten;
3. De specialist wordt beter op de hoogte gehouden van de genomen stappen door de huisarts of andere ingeschakelde specialisten;
4. Resultaten van onderzoeken die reeds zijn gedaan hoeven niet meer door een andere specialist te worden herhaald wegens gebrek aan informatie hierover (een röntgenfoto hoeft dan niet nog een keer worden genomen);
5. De totale kosten in de zorg kunnen hierdoor worden verminderd.



Deze pijl staat voor het medisch contact.

Deze pijl staat voor het contact met betrekking tot de leefomstandigheden problematiek

Deze pijl staat voor het –altijd nog mogelijk- rechtstreekse contact met de gemeente.

Deze pijlen staan voor het netwerk van de vertrouwenspersoon die -voor het mogelijk oplossen van knelpunten in de leefomstandigheden- kan worden ingeschakeld.

Meetpunt

Registreer of en welke zorgvraag iemand met een uitkering stelt. En of deze vraag om zorg voorkomt 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 reïntegreren in het arbeidsproces (betaald of onbetaald). Plus of door een succesvolle (duurzame) (part-time-)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 reïntegreren en of deze geslaagde herintreding de armoede doorbreekt.

Tot slot.

Na elke plenaire terugkoppeling krijgen de deelnemers/deelneemsters van een seminar de kans om over de andere onderwerpen, in dit geval over Inkomen(swaarborg), Zorg, Onderwijs en Participatie, hun meningen en ideeën te ventileren. Dit gebeurt in zogenaamde ‘roep rondes’. Om de deelnemer/neemster van de komende seminars niet vooraf te beïnvloeden, hebben we besloten deze meningen/ideeën niet te vermelden in de afzonderlijke verslagen. Al deze meningen – mits ze aanvullend of nog niet naar voren zijn gekomen– zullen worden vermeld in het afsluitende eindrapport.

Utrecht, 23 januari 2003

Quinta Ansem.