

Document 3. Zorg.

O, o, o, o, o.....

Ouderen, onrust, onveilig, ontoereikend, ontwikkelingen

Steeds meer **onrust** en **onzekerheid** groeit onder **ouderen** over de vraag of ouderenzorg straks nog wel geleverd wordt. Die zou onbetaalbaar zijn geworden. Ouderen voelen zich **onveilig** bij de condities waaronder zij moeten zien te overleven nu bejaardenhuizen gesloten zijn, er veel te weinig verpleeghuisbedden beschikbaar zijn en het aanbod vanuit de thuiszorg absoluut ontoereikend is. Verdringing van het werk van professionals maakt de kwaliteit bovendien **ontoereikend**.

Leeftijdscriminatie.

Tijdens de Coronacrisis werd voor het eerst het begrip code Zwart geïntroduceerd. Een leeftijdsgrens (70 jaar) en het gezondheidsperspectief van betrokkene moesten uitkomst bieden bij een tekort aan middelen en/of personeel.

Recht op Zorg: een mensenleven lang of zolang mensen . . .

Na een decennium vrije marktwerking is er van goed functionerende zorg geen sprake meer. Er is een gigantisch tekort aan middelen en personeel ontstaan. Ca. 100.000 vacatures worden in de zorg niet ingevuld. Nederland steekt slecht af bij de zorg in omliggende landen. Duitsland en België helpen ons uit de nood.

Voor **kwetsbare mensen** brengt dit veel onrust met zich mee. Zij hebben vaker chronische zorg nodig en zijn afhankelijker van andere publieksdiensten zoals vervoer, energie of een aangepaste woning. De WMO vergoedt maar een klein deel van de werkelijk gemaakte kosten en het aanbod verschilt per gemeente.

De koopkracht van deze groep is hierdoor nog verder gedaald. **Bestaanszekerheid** is daarom zowel wat betreft inkomen als wat betreft goede zorg, voor steeds meer mensen in het geding.

Toch worden er nog steeds beleidskeuzes gemaakt die juist de positie van kwetsbaren verslechteren. Via de media worden wij erop voorbereid dat ouderenzorg in de toekomst wellicht niet meer geleverd kan worden. Het aantal ouderen neemt steeds toe, het wordt onbetaalbaar, de koek is op.... Maar hoeveel koek er geleverd wordt is een politieke keuze!!

Hier ligt een taak voor de vakbeweging. Belangenbehartiging zowel op beleidsmatig niveau als op het niveau van de uitvoering van de WMO in de gemeentes. FNV-kaderleden en Werkorganisatie zouden in elkaars verlengde moeten werken en elkaar versterken.

Deze maand diende D'66 opnieuw een initiatiefwetsvoorstel in:

De "Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek". Vraag is: hoe belangrijk worden de redenen gevonden die aan het "verzoek" ten grondslag liggen? Ook nu wordt weer een leeftijdsgrens geïntroduceerd: 75 jaar. Het is belangrijk dat mensen zeggenschap over hun eigen leven en dus ook over hun eigen dood hebben. Maar waarom nu juist vanaf 75 jaar?? De angst bestaat dat dit getal een eigen leven gaat leiden. Er wordt fel op gereageerd.

De artsenorganisatie KNMG reageert als volgt. Citaat: "In de Wet toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek" zou het gaan om mensen die 'bestaansmoedigheid en existentiële eenzaamheid ervaren' en om mensen die 'piekeren en het gevoel hebben weinig invloed meer te hebben op het eigen leven".

Net als de Raad van State (RvS) is de KNMG van mening dat het begrip 'voltooid leven' in het maatschappelijk debat een veel te positieve betekenis heeft gekregen. Deze term suggereert dat het hier gaat om een groep mensen die 'heeft afgerond wat men wilde doen

in het leven en daardoor 'klaar met leven is' (RvS p.4). Uit nader PERSPECTIEF -onderzoek dat onder deze groep werd gehouden blijkt echter dat het in de praktijk vooral gaat om mensen in een kwetsbare positie die verlies van zingeving ervaren en vaak afhankelijk zijn van de hulp van anderen. Doorgaans zijn deze mensen **lager opgeleid** en hebben zij een **zwakke sociaaleconomische positie**. Ook gaat achter de doodswens vaak complexe problematiek schuil, zoals **eenzaamheid, woonproblematiek en sociale isolatie**. Soms ook gaat het om een (huur)schuld of andere financiële problemen.

Ook blijkt dat de stervenswens in veel gevallen niet consistent is, maar doorgaans juist heel ambivalent en veranderlijk. Bij een groot deel van de deelnemers aan het onderzoek is ook sprake van somatische en psychische gezondheidsproblemen en zou goede zorg uitkomst bieden.

Concluderend lijkt het erop dat het hier dus eerder gaat om mensen **die hulp nodig hebben bij het leven**, dan bij het sterven. (Alhoewel een goede begeleiding daarbij natuurlijk ook vanzelfsprekend is).

Met de kennis die het onderzoek opleverde kun je je misschien afvragen of het initiatiefwetsvoorstel niet ook getuigt van minachting voor de noden van deze doelgroep.

Een fatsoenlijk inkomen of pensioen, een goede (geïsoleerde) woning en toereikende betaalbare zorg zijn 3 belangrijke materiële voorwaarden waaraan moet worden voldaan om een goed leven te kunnen leiden.

Zij gaan hand in hand. In de afgelopen jaren is de kwaliteit van de zorg achteruit gehold. De uitbraak van de Coronacrisis bracht grote paniek met zich mee. Er bleek een tekort aan alles. Een decennium lang bezuinigen op de zorg heeft enorme gaten geslagen.

Anno 2024 is de situatie alleen maar verslechterd. Het goed zorgen voor mensen lijkt niet meer het belangrijkste te zijn. De menselijke benadering heeft plaats gemaakt voor een economische. "Efficiënt plannen" d.w.z. zo min mogelijk "kosten" maken is het uitgangspunt. Men is geslaagd wanneer "niets ongebruikt" wordt gelaten. Dat betekent automatisch dat er geen reserves worden opgebouwd en dat bij toename van de vraag er direct een tekort op treedt. Een puur financiële benadering, die geen rekening houdt met menselijke reacties op bacteriën en virussen, waarvan de uitbraak alleen nog maar zal gaan toenemen. Neem daar de uitstoot van giftige stoffen door industrieën nog bij en je kunt je afvragen of de "mens" nog wel het uitgangspunt of doel is waarop het zorgaanbod wordt afgestemd. Of is de keuze inmiddels gemaakt dat het oké is wanneer het volledige aanbod slechts voor een deel van de mensen beschikbaar is nl. voor hen die direct inzetbaar en dus beschikbaar moeten zijn.

Tot slot: enkele cijfers. Mensen met hogere inkomens leven gemiddeld 18 jaar langer dan mensen uit de laagste inkomensgroepen. Bovendien leven zij langer zonder gezondheidsproblemen zoals versleten gewrichten of verwoeste longen. 30% van de lagere inkomens bezuinigt op specialistische zorg om te voorkomen dat zij hun eigen risico moeten gaan inzetten. Het tandartsenbezoek is enorm afgenomen toen de bekostiging daarvan niet langer onder de basiszorg viel. Op dit moment zijn, door het beleid van de ziektekostenverzekeraars, 2300 medicijnen niet meer uit voorraad leverbaar. Voor sommigen een levensbedreigende situatie.

Bestaanszekerheid en de rol van de vakbond.

Van de FNV mag in het kader van belangenbehartiging worden verwacht dat zij:

- de ontwikkelingen in de zorg, ook landelijk, op de voet volgt
- van zich laat horen en actiebereid is wanneer budget en kwaliteit van het zorgaanbod in het geding zijn

- zich uit spreekt tegen vrije marktwerking, leeftijdsdiscriminatie en de praktijk van het efficiënt plannen.
- zich inzet om het beleid t.b.v. de WMO zoveel mogelijk te centraliseren.

Het is belangrijk dat wij ook in Nederland, net als in de ons omringende landen, kunnen beschikken over een adequaat zorgaanbod dat stoelt op solidariteit en niet op winstbejag. Dat wij kunnen beschikken over een aanbod dat net iets ruimer is dan het absolute minimum zodat calamiteiten of gewoon drukke tijden kunnen worden opgevangen en medewerkers niet structureel worden overbelast.

Aandacht voor zorg betekent ook: meer aandacht voor preventie en voor het bestrijden van de negatieve gevolgen van eenzaamheid voor de gezondheid. En vooral dat het complete aanbod van de zorg voor alle mensen beschikbaar is, zodat mensen ook op hoge leeftijd kunnen blijven **mee doen!**